

Ein Essay von Guido Burkhardt

# Der Mensch in der Intensivmedizin

Foto: BKK Klinikum

**E**in grüner Punkt zeichnet eine Kurve auf einem kleinen Monitor, der in ein vergleichsweise monströses Gehäuse mit allerlei mechanischen Knöpfen eingebaut ist. Dann ertönt ein Alarmton und automatisch spuckt dieses Gerät einen rosafarbenen Papierstreifen mit der Monitorkurve aus, deren Ausschläge sich nun schlagartig beschleunigt haben. Gleichzeitig blinkt eine kleine rote Lichtanzeige. Nach Quittierung des Alarms durch den Intensivpfleger hält der Streifen an und auf dem Papier bildet sich beim angehaltenen Schreiber ein blauer Tintenkleck am Ende der hektischen Zacken, die wohl von einem ebenso hektischen Herzen verursacht wurden. Der Patient schaut gelangweilt. „Das macht das Ding mehrmals am

Tag.“ Der Pfleger nimmt sein Stethoskop aus der Hosentasche und misst den Blutdruck. Danach reguliert er an mechanischen Drehrädchen an einem elektronischen Gerät, durch den der Infusionsschlauch aus der Glasflasche darüber geführt wird, die Fliessgeschwindigkeit der Infusion. Ein Arzt erscheint und verändert die Einstellungen an einem weiteren Gerät, von dem aus ein Schlauch zum immer noch gelangweilten Patienten führt. In dieses Gerät ist eine überdimensionale Spritze eingespannt. „Sie haben davon wieder nichts gemerkt, oder?“, fragt der Arzt den Patienten. „Nein“ sagt der und verlangt, endlich auf eine normale Station verlegt zu werden. Die ständigen Alarme sind ihm lästig. Der Arzt lehnt ab. „Die Medikamente müssen erst richtig


eingestellt sein. Auch wenn Sie es nicht spüren: Diese Herzepisoden können lebensgefährlich sein.“ „Mir ist langweilig hier“ antwortet der und verhandelt über eine Verlängerung der täglich fünfzehnminütigen Besuchszeit, was barsch abgelehnt wird. „Sie brauchen die Ruhe.“ Beim Nachbarpatienten piepten derweil die Beatmungsalarme. Er wurde gerade in einem aufwändigen Prozess von der Beatmungsmaschine entwöhnt, wie es hieß.

Am 1. Oktober 1981, als ich meinen ersten Dienst auf einer Intensivstation antrat, also der Tag, von dem die Geschichte oben handelt, hat einen bleibenden Eindruck bei mir hinterlassen. Ich erinnere mich an viele Details. In späteren Jahren habe ich

das im Kontakt mit Patienten und Angehörigen, die ebenfalls erstmals mit einer notfall- oder intensivmedizinischen Situation konfrontiert waren, immer im Auge behalten. Die gebotene Sensibilität muss dabei hoch sein, denn diese Menschen haben nicht so wie ich einen professionellen, selbst geplanten Umgang mit schwer Erkrankten oder Verletzten – sie sind die Betroffenen.

Die Betroffenen zu Beteiligten zu machen, Patienten in ihre Pflege- und Behandlungsprozesse mit einzubeziehen, das ist in gut geführten Kliniken eine Selbstverständlichkeit. Intensive Pflege in der Intensivpflege, intensive Behandlung in der Intensivmedizin fand schon immer, schon rein räumlich, nahe beim Patienten statt. Natürlich sind die mechanischen Knöpfe an den Überwachungs- und Beatmungsmaschinen längst Vergangenheit. Nicht mehr durch Druckluft angetriebene, pneumatische Steuerungen regeln die Beatmung, sondern Mikroprozessoren. Und sie sind es auch, die Infusionen in der richtigen Menge und Geschwindigkeit verabreichen. Der Mensch, sie zu bedienen, bleibt unverzichtbar. Der Mensch, die Menschen zu behandeln und zu pflegen, sowieso. Doch die Intensivmedizin hat nicht nur technologische Entwicklungen erlebt. Viele Erkrankungen, die noch vor wenigen Jahren zu schicksalhaftem Verlauf führten, sind mit ihrer Hilfe heute gut behandelbar, viele sogar vollständig heilbar. Diese Entwicklung ist noch längst nicht zu Ende und so sind auf Intensivstationen Innovationen und stetiger Wandel Alltag.

Die Ökonomisierung der Medizin der vergangenen 20 Jahre hat in vielen Krankenhäusern dazu geführt, die Intensivstationen wie auch die Operationsabteilungen als sogenannte „hochteure“ Bereiche optimal zu führen und auszulasten, um sie wirtschaftlich betreiben zu können. Im

Zuge des Demographischen Wandels stellen nun viele fest, dass Optimierung in diesen Bereichen ohne die vorgelagerten und nachversorgenden Strukturen in bester Qualität und Quantität anbieten zu können, in eine gefährliche Sackgasse führt. Die stetige Vermehrung medizinischen Wissens, die Spezialisierung und Subspezialisierung der medizinischen Fachbereiche und die immer kürzere Verweildauer der stationären Patienten im Krankenhaus haben zu einer sehr erheblichen Belastung der Normalpflegeabteilungen geführt. Viele Kliniken können durch den Fachpersonalmangel „ganz normale“ Stationen personell nicht mehr besetzen. Ohne fachkompetente Normalpflege als vor- und nachgelagerte Struktur, ist moderne Intensivmedizin jedoch nicht möglich. Zur Intensivmedizinischen Behandlung mit ihrem hohen Grad an Technisierung, gehört also ein gesundes Krankenhaus, ohne die Intensivpflege nicht angeboten werden kann. Intensiv- und Spitzenmedizin kann nur dort geleistet werden, wo Medizin und Pflege, Hauswirtschaft und Logistik, Therapeuten, Verwaltung und alle anderen Bereiche Hand in Hand arbeiten. Ohne hygienisch einwandfrei gereinigte Zimmer beispielsweise, kann auch die beste Intensivmedizin keine großen medizinischen Erfolge feiern. Der Mensch steht im Mittelpunkt der Medizin, besonders, wenn er manchmal zum Patienten wird. Der Mensch ist es aber auch, der als Mitarbeiterin und Mitarbeiter des Krankenhauses Intensivmedizin überhaupt erst ermöglicht. Egal an welcher Stelle sie oder er auch tätig ist. 

## Information

### Guido Burkhardt

... ist Inhaber und Head Consultant von qhit healthcare consulting in Basel ([www.qhit.ch](http://www.qhit.ch)). Er beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Optimierung von Prozessen im Gesundheitswesen und der besten Unterstützung der Arbeitsabläufe mit IT, jüngst insbesondere mit dem Spezialgebiet Behandlungslogistik. Schwerpunktmäßig ist er in der Schweiz und in Deutschland tätig und berät auch weitere internationale Kunden. Er verfügt als Registered Nurse Advanced Federal Diploma of Higher Education über schweizerische Diplombildungen auf der Grundlage eines deutschen Staatsexamens in Krankenpflege. Bereits Ende der 1980er Jahre war Burkhardt in frühe IT- und Organisationsprojekte involviert, seit den 1990ern als Nutzervertreter am Kantonsspital Aarau aus seinem Background als Dipl. Pflegefachmann HF und Dipl. Experte in Notfallpflege NDS HF. Insgesamt war er 24 Jahre in direktem Patientenkontakt tätig, die meiste Zeit davon in critical care Bereichen der Notfall- und Intensivmedizin. Ab dem Jahr 2000 wechselte er in das Inhouse Consulting und Multiprojektmanagement im Stab der Spitalleitung am Kantonsspital Baden und war hier unter anderem als Leitender Projektmanager (ZfU) für die Einführung und den Ausbau der klinischen Informationssysteme verantwortlich. 