

angeschlossen ist. Dennoch habe ich so meine Erfahrungen, was viele negative Verläufe nach Reanimation betrifft, bei dem zwar das Herz wieder schlägt, das Gehirn aber unwiederbringlich geschädigt ist. Daher schenke ich den Angehörigen immer reinen Wein ein und stimme sie auf das Schlimmste ein. „Meine Hauptsorge ist, dass sein Gehirn großen Schaden genommen haben könnte.“ Aus diesem Grund wird der Patient gekühlt bei 33 °C, in der Hoffnung, dass dadurch sein Gehirn geschont wird. Eine Praxis, an deren Nutzen zuletzt Zweifel aufgekommen sind.

Insofern bleiben berechtigte Zweifel: Wird er es schaffen? Wird er wieder ganz gesund werden? Oder gravierende Einschränkungen haben? Immerhin hatte sein Herz 60 Minuten lang nicht geschlagen, das ist kein Pappenthiel.

Unsere Hauptsorge ist also der Zustand, den Neurologen Zustand der reaktionslosen Wachheit nennen. Heißt auf Deutsch: keine Möglichkeit der Kommunikation oder Wahrnehmung. Ein Mensch, der praktisch nur atmet. Ein Albtraum, nicht nur für Intensivmediziner. Und gewiss kein Ziel, wofür sie kämpfen. Wir mussten also die neurologischen Untersuchungen abwarten, die erst nach 72 Stunden durchgeführt werden können.

Die Untersuchungen erbrachten hoffnungsvolle Ergebnisse. Die Empfehlung des Neurologen lautete: So schnell wie möglich in die Reha. Wir verlegten ihn daraufhin, sogar als er noch nicht ganz bei sich war. Doch wir wussten nicht, ob sich dieser Riesenaufwand, all unser Einsatz, gelohnt und ausgezahlt hatte, als er unsere Station verließ.

Ein paar Wochen später meldete sich seine Frau bei uns, um sich zu bedanken. Er sei wieder ganz der Alte und könne in der Reha bereits wieder seiner Beratertätigkeit nachgehen. Unglaublich! Ich hatte keine Worte dafür und war einfach froh, dass sich all unser Aufwand für ihn gelohnt hatte.

Einige Monate später kam er uns sogar selbst besuchen. Er war wiederhergestellt, geistig voll auf der Höhe. Wir nutzten die Gelegenheit und machten ein paar Fotos. Ich bin bis heute mit ihm und seiner Frau in Kontakt und freue mich immer, wenn sie sich melden oder vorbeikommen. Zwei Jahre ist das Ganze nun her, und ich habe vor wenigen Wochen einen Brief von ihm erhalten, in dem er dankbar schreibt, wie gut es ihm weiterhin gehe.

Seine Geschichte werde ich nie vergessen. Oft, wenn ich ausgelaugt bin, der „Laden“ schlecht läuft und alle unzufrieden sind, hole ich seine Briefe hervor. Geschichten wie diese gibt es bei allem Leid, bei allem Sterben zuhauf. Wir müssen sie uns vor Augen halten, nicht um selbstgerecht oder eitel zu werden, wie toll man ist. Nein, die Gewissheit, dass unsere Mühe auch einen Sinn hat und Menschen hilft, ist für einen selbst und das ganze Team so wichtig wie vergleichsweise Tore für einen Spieler und Siege für eine Fußballmannschaft.

EIN GANZ NORMALER TAG

Für mich ist die Intensivmedizin der schönste Arbeitsbereich der Welt. Wäre sie ein Film, würde ich sagen, sie vereint Action, Gefühle und Krimi. Als Intensivteam haben wir nämlich wie in einem spannenden Krimi oft den Tod vor Augen. Das ist gewiss nicht schön, aber eben unser Alltag. Doch diese Tatsache vergegenwärtigt uns, wie wertvoll jeder einzelne Tag ist, den wir als Menschen leben und genießen dürfen.

Als Medizinerinnen und Mediziner sowie Pflegefachkräfte lernen wir unglaublich viele Menschen in ihren schwächsten Momenten kennen und versuchen, für sie viel zu erreichen. Aus Sicht der Intensivpflege machen wir, salopp gesagt, ganz schön viel Action. Doch wir wissen auch: Vor der „intensivmedizinischen“ Wahrheit und den Fakten ist am Ende jeder Mensch gleich, egal ob Hartz-IV-Empfänger oder Manager. Die Intensivmedizin macht da keinen Unterschied. Wir sind gefordert, mit medizinischen wie auch unseren menschlichen Möglichkeiten dem einzelnen Menschen zu helfen, der uns in seiner schwächsten und vulnerabelsten Lebenssituation anvertraut ist – und wenn nichts mehr geht, eben auch in seinem Sterben.

Die Anspannung ist bei jedem von uns hoch, der Druck oft immens. Das bringt Emotionen mit sich, die an niemandem einfach so vorübergehen. Man schiebt zwar während des Dienstes manches beiseite, ist Profi und ganz bei der Sache, aber spätestens nach der Schicht, wenn man den Tag oder die Nacht noch einmal Revue passieren lässt, kommt da viel hoch. Das Erlebte sucht sich seinen Kanal und will verarbeitet werden.

Letztlich ist da aber auch noch das Team an sich. Niemand von uns macht diesen Job allein. Man darf Teil eines wunderbaren Teams sein und erfahren, was es bedeutet, Unterstützung und Hilfe zu bekommen – sei es bei der anspruchsvollen Arbeit wie auch einem Gespräch nach Dienstschluss. Und ja, unsere Bedingungen sind manchmal schwierig ...

Ich möchte Einblick schenken, was es heißt, Arzt auf einer Intensivstation zu sein. Zwar hat es in der Coronapandemie schon viele Fernsehbilder von Intensivstationen gegeben. Selbst wir waren mit der vierteiligen Doku „Charité intensiv“ des rbb ein Teil davon. Doch mir ist es wichtig, exemplarisch mal so einen Tag zu schildern. Was passiert da eigentlich? Mit welchen Herausforderungen haben wir auf der Station zu kämpfen? Und wie behält man Ruhe und Konzentration, wenn Alarmtöne zur täglichen

Hintergrundbeschallung gehören wie das Vogelgezwitscher im Garten? Natürlich wird mir das nicht so eindrücklich gelingen wie mit einem Fernsehbild, auch werde ich darauf verzichten zu schildern, wie oft wir eine Schutzausrüstung gegen Covid oder Krankenhauskeime an- und ablegen und wie lange das Umziehen dauert. Aber mir ist es wichtig, einmal zu beschreiben, was sich bei uns so alles abspielt. Damit sich in Zukunft etwas ändert und Sie mitbekommen, warum ich diesen Beruf trotz allem so sehr liebe.

Ein Tag, besser gesagt ein Dienst, beginnt auf unserer Station mit der ärztlichen Übergabe. Sie dauert 60 Minuten und kann je nach Anzahl der Unterbrechungen durch Notfälle oder notfallmäßige Bettenanfragen auch mal 90 Minuten in Anspruch nehmen. Vier Ärztinnen und Ärzte der Nachtschicht übergeben an vier Kolleginnen und Kollegen der Tagschicht. Wir sitzen mit Kaffee oder Tee bestückt abseits der Alarme und Pieptöne in einem Raum. Per Computer und Beamer schauen wir uns die Patientenkurven mit den Blutgasanalysen, die Röntgenbilder und die Aufnahmen der Computertomografie an.

„Wie hat sich der Patient mit dem akuten Leberversagen entwickelt? Gab es ein Organangebot für den Patienten?“

„Wie ist die Beatmungssituation bei der Patientin mit der schweren Lungenentzündung?“

Das Telefon klingelt. „Der Blutdruck von der Patientin in Zimmer 4 bricht ein, sie spricht auf die Gabe von Kreislaufmedikamenten nicht mehr so recht an. Da muss jetzt mal jemand kommen“, sagt die Pflegefachkraft. Eine Assistenzärztin flitzt los, um zu sehen, was mit der Patientin ist. Weiter geht's mit der Übergabe ...

Ein Kollege berichtet: „Aufnahme heute Nacht in Zimmer 8: 55-jährige Dame von der Normalstation mit Leukämie. Beginn der Chemotherapie vor einigen Tagen und nun quantitative Bewusstseinsminderung. Wir mussten sie beatmen, mit Kathetern versehen. Im Anschluss sind wir dann ins CT gefahren, da war aber nichts, was die Symptomatik erklärt hätte. Wir haben noch um 1 Uhr nachts die Liquorpunktion (Nervenwasserprobe) gemacht. Eine Meningitis (Hirnhautentzündung) scheint sie auch nicht zu haben.“

„Hm ... Wahrscheinlich liegt es an ihrer Infektkonstellation. Da muss noch mal der Neurologe seinen Senf dazugeben. Der wird ja wahrscheinlich ein MRT wollen. Ich glaube, das können wir schon mal anmelden. Gekrampft hatte sie nicht?“, frage ich nach.

„Kein Laktat, CK normal.“

„Ich melde mal noch ein EEG an.“

„Okay, wir müssen weiterkommen. Da draußen ist gut was los.“

Fokussierte, problemorientierte Übergabe bis zum Schluss. Zwischendrin kommt die Kollegin wieder, die eben zum „Lebenretten“ weg war. Sie verkündet: „Die Patientin ist wieder stabil.“

„Okay, also der Patient hier hat jetzt verdoppelte Katecholamindosen (Maßnahme bei einem septischen Schock (Blutvergiftung)) und der Hämoglobinwert fällt. Ich habe die Endoskopie angerufen und gebeten, ihn heute als Ersten zu spiegeln. Die müssen kommen und da reinschauen, ob der im Magen blutet. Vier Erythrozyten-Konzentrate sind bestellt. Aber der muss jetzt erst mal intubiert und beatmet werden, sonst geht die Aktion nach hinten los.“

„Super, so machen wir es! Schönen Feierabend an den Nachtdienst“, sage ich.

Wir als Tagdienst sind nun gebrieft und können durchstarten. Wir fangen da an, wo die Kolleginnen und Kollegen aufgehört haben. Schnurstracks geht es in die Situation der Patienten. Vielleicht ist das Ganze vergleichbar mit einem Wechsel der Feuerwehr bei einem Waldbrand. Nun stehen wir vorne und löschen, wo das „Feuer“ gerade wütet. Jedenfalls kommt es mir manchmal so vor. Oder wer lieber für den Vergleich ein Bild mit einem Auto mag: von null auf hundert in weniger als fünf Sekunden.

Geleitet von den schrillen roten Alarmen, die leuchten und schellen, wenn der Blutdruck unter der kritischen Marke von 90 systolisch ist und die Herzfrequenz über 120 Schläge/h geht, treffen wir vier Ärztinnen und Ärzte in dem Zimmer ein, in dem an diesem Morgen bereits besonders schlechte Stimmung herrscht. Tagdienstpfleger Manni hat ein chaotisches Zimmer und den wohl gerade instabilsten Patienten des Hauses übernommen. Zwanzig Jahre ist Manni schon dabei und hat gefühlt alles gesehen. Doch Chaos hat er überhaupt nicht gern. Entsprechend mies ist seine Laune. „Bevor hier irgendjemand endoskopierte werden kann, braucht dieser Patient erst mal einen Tubus, und zwar hurtig.“ – „Ja, Manni. Haben wir uns auch schon überlegt, aber gut, dass du d'accord bist.“ „Hab schon alles vorbereitet. Narkose mit Mida, Esketamin, als Muskelrelaxans Rocuronium. 8er-Tubus, 4er-Spatel für die Intubation. Ist das genehm?“ – „Ja, Manni.“

Dem Patienten erklären wir noch, was wir gleich vorhaben. Reden und informieren ist wichtig – auch wenn der Patient selbst es kaum noch registriert. Er ist schon weit weg und nimmt das alles um ihn herum wohl nur noch peripher wahr. Also Attacke! Den Assistenzarzt schicken wir derweil schon mal durch die anderen Zimmer, damit er nach dem Rechten sieht und uns nichts akut Gröberes durch die Lappen geht.

Bei der Blitz-Intubation kommt uns zunächst ein Schwall Blut aus dem Magen entgegen, die Kollegin saugt ihn schnell ab und platziert sogleich gekonnt den Tubus. Die Kreislaufmedikamente gehen weiter durch die Decke.

„Ist das Blut schon da?“

„Ja, gerade angekommen.“

Kurz darauf trifft das Endoskopie-Team ein und führt die angekündigte Magenspiegelung durch. Sie finden blutende Krampfader in der Speiseröhre. Nicht gut. Die Folge einer alkoholischen Lebererkrankung.

Nach sechs Erythrozyten-Konzentraten, einigen Frischplasmakonserven sowie reichlich Gerinnungsprodukten für den Patienten und einem Kaffee für Manni sieht die Welt hier im Chaos-Zimmer schon wieder anders aus. Immerhin steigen die Katecholamine nicht weiter, der Gipfel ist erreicht. Richtig gut geht es ihm aber noch nicht, das liegt unter anderem an der Prognose ...

Der Mann ist mit seinen 62 Jahren zwar nicht wirklich alt, aber seine Gesamtsituation ist schwierig: Die Leberfunktion ist aufgrund seiner Grunderkrankung schlecht. Eine Transplantation wird schwierig, da er bis kurz vor Aufnahme reichlich Pfefferminzlikör genossen hat. Die Haarprobe zwecks eines Nachweises von Alkohol könnten wir uns so gut wie sparen. Was dabei rauskommt, weiß schon jeder. „Gut, wir versuchen ihn jetzt mal zu stabilisieren“, sage ich, „wir schauen, wie die Welt in 72 Stunden aussieht. Vielleicht fängt er sich ja und mit ihm seine Leberfunktion.“

Die Kolleginnen und Kollegen widmen sich nun den anderen Patienten, visitieren, sichten Laborbefunde und bereiten alles dafür vor, um mit einem beatmeten Patienten runter in den Keller zur Computertomografie zu fahren. Der Mann hatte eine Hirnblutung erlitten und heute steht ein Kontroll-CT seines Kopfes an. Der Aufwand für diese Aufnahmen gleicht den Vorbereitungen für eine Weltreise. Nur haben wir eigentlich kaum Zeit dafür. Diese Aktion im Hinblick auf die Verfügbarkeit unserer Pflegekräfte in den Zimmern ist ein gewaltiger Einsatz: Zwei Pflegekräfte sind nun ein bis zwei Stunden lang damit beschäftigt, alles für den Transport vorzubereiten und für den Fall der Fälle dabeizuhaben. Für sie heißt es jetzt: Transport-Beatmungsgerät vorbereiten, Medikamentenpumpen neu befüllen und aus der Wandhalterung ins Bett legen, Notfallmedikamente in ausreichenden Mengen aufziehen und mitnehmen, Notfalldefibrillator, Beatmungsbeutel, Notfallrucksack bereithalten. Ein letzter Check. Alles dabei? Wäre blöd, bei einem Notfall erst mal zehn Minuten auf Station zurückjoggen zu müssen. Geübte Griffe machen aus dem Intensivbett eine mobile Intensivstation. Auf geht's! Und die ganze Prozedur nach der CT-Aufnahme noch einmal zurück.

„Okay, den können wir wach werden lassen“, entscheide ich. „Das CT sieht gut aus. Wenn er Aufforderungen befolgt, wird er extubiert.“

Ich habe die Anweisung gerade zu Ende formuliert, da sehe ich, wie die Pflegeleitung mit einer ernsten Miene auf mich zu schlendert: „Wenn du 'ne Minute hast, können wir dann mal reden?“ Ich muss schlucken. Ich meine, allein diese Einleitung, diese Art von Formulierung deutet auf nichts Gutes hin. Irgendwas ist da jetzt schiefgelaufen oder von der Beziehung her in die Hose gegangen. Oder nach dem Wörterbuch „Krankenhaus – Deutsch“ übersetzt: Entweder hat sich jemand aus meinem Team mit einer Pflegekraft angelegt oder wir haben noch schlimmere Personalsorgen als sonst. Und alle, die diesen Satz schon einmal gehört haben, wissen auch: Die angekündigte „Minute“ ist unausweichlich. Bei ihr gibt es nur ein Jetzt oder Später. Doch da es sich nicht lohnt, Probleme auf die lange Bank zu schieben, antworte ich: „Jetzt passt's gut! Was ist los?“

„Das wird dir nicht gefallen, aber ich habe bei ohnehin schon schwieriger Personalsituation eine Krankmeldung für den Spätdienst. Damit sind nachher hier bei euch nur 8 statt 10 Leute.“

„Hm, das ist schlecht“, sage ich und versuche im gleichen Atemzug gegenüber der Pflegeleitung die daraus resultierende Situation noch einmal direkt zu spiegeln: „Das