

Dokumentation der Veranstaltung vom 8.11. 2012

Dialogversuche: Medizin und Theologie im Gespräch

Reiz(w)ort Intensivstation

Der Begriff „Intensivstation“ löst unterschiedliche Reaktionen aus. Für viele ist es der Ort, der ihnen das Überleben bei schwerer Erkrankung, nach einem Unfall oder einer Operation gesichert hat. Für andere ist dieser Ort verbunden mit der Vorstellung eines Lebens an Schläuchen und Apparaten – was keiner für sein Lebensende möchte. Für diejenigen, die als Ärzte und Pflegekräfte dort ihren Dienst tun, ist die Intensivstation der Ort, an dem sie Verantwortung für das Leben anderer Menschen haben, wo sie Erfolge erleben, aber auch in ethische Konflikte und Entscheidungssituationen kommen.

Der Abend geht den verschiedenen Sicht- und Erfahrungsweisen der Intensivmedizin nach und versucht, ein differenziertes Bild aufzuzeigen.

Referenten

aus den Bereichen Medizin, Pflege und Theologie am Universitätsklinikum Bonn:

Dr. Martin Scholz Anästhesist, Oberarzt der chirurgischen Intensivstation

Prof. Dr. Ulrich Eibach Klinikseelsorger i. R.

Liliane Beste Pflegewissenschaftlerin, Bildungszentrum

Pfr. Bernd Müller Klinikseelsorger

Einführung: Pfr. Walter Koll, Klinikseelsorger

Moderation: Prof. Axel von Dobbeler, Evangelisches Forum Bonn

Veranstalter:



Evangelisches Forum Bonn
Katholisches Bildungswerk Bonn

Gefördert durch:



Einführung

Pfarrer Walter Koll, Leiter der katholischen Klinikseelsorge am Universitätsklinikum

Reizwort Intensivstation, Reizort Intensivstation

So lautet unser Thema an diesem Abend, zu dem ich Sie alle im Namen der evangelischen und katholischen Klinikseelsorge, der Bildungswerke der beiden Kirchen sowie der evangelischen Stiftung Krankenhausseelsorge ganz herzlich begrüße.

Das Wort Intensivstation löst eine Fülle von Assoziationen wach, eine Fülle von Gefühlen (Ängsten wie Hoffnungen), eine Fülle auch von Erfahrungen (positiven wie negativen)

Es ist ein Wort, dem wir nicht ohne innere Regungen, ohne innere Beteiligung begegnen können.

Der Ort Intensivstation ist ein Ort, der verbunden ist mit der Frage nach Leben und Tod.

Sie ist ein Ort intensiver Lebenserfahrungen, intensiver Auseinandersetzungen, intensiver Betreuung auch durch Medizin und Pflege.

Wie keine andere Station im Krankenhaus ist die Intensivstation gespickt mit neuester Technik, mit Geräten und Gerätschaften, die der Lebenserhaltung dienen sollen: Beatmung, Dialyse, Infusionsständer, Bildschirme und Vieles andere mehr, an denen sozusagen wie am seidenen Faden das Leben des Kranken hängt.

Wie keine andere Station ist die Intensivstation ein Ort höchster, intensivster emotionaler Belastung: für Patienten, für Angehörige, aber genauso auch für die Pflegenden und Ärzte.

Wer als Patient/in auf die Intensivstation kommt, ist in der Regel in einer lebensbedrohlichen Lage. Er/sie kommt nach einer Operation oder Transplantation oder nach einer akuten Verschlechterung seines Zustandes von der Normalstation dorthin, um unter ständiger Beobachtung zu sein oder weil eine Beatmung notwendig ist. Er/sie kommt nach einer akut aufgetretenen Lebensgefährdung durch einen Unfall oder einen Zusammenbruch im persönlichen oder häuslichen Umfeld. Er/sie liegt oft ohne Bewusstsein, liegt oft lange Zeit hilflos und angewiesen, liegt oft zwischen Leben und Tod – keiner kann sagen, wohin der Weg führt.

Wer als Angehörige/r auf die Intensivstation kommt, wird neben der lebensbedrohlichen Situation des Patienten konfrontiert mit all den medizinischen Geräten, mit den vielen Schläuchen, mit den verschiedensten Bildschirmen, mit vielen Geräuschen und Tönen, die er/sie nicht einordnen kann. Er/sie kommt in eine fremde Welt, kommt oftmals wochenlang, um seinen Angehörigen zu begleiten. Er/sie erlebt die eigene Ohnmacht, erlebt seine eigene innere Situation als Achterbahn zwischen Hoffen und Bangen, erlebt sich oft als störend, ist aber vor allem emotional gefordert, oft überfordert.

Ich kann und will das alles nur plakativ anreißen.

Wer als Krankenschwester oder Krankenpfleger auf der Intensivstation arbeitet, hat es in den meisten Fällen mit bewusstlosen, nicht verbal kommunikationsfähigen Menschen zu tun, hat es mit extrem belasteten Angehörigen zu tun, muß selber aushalten und einen Umgang damit finden, dass trotz intensiver Behandlung viele Menschen auf der Intensivstation sterben. Ein kürzlich erschienenenes Buch zu diesem Themenkomplex trägt den Titel „Wieviel Tod verträgt ein Team“ Er/sie muss auch mit den verzweifelten, nervlich angespannten und trauernden Angehörigen umgehen. Er/sie muss auch einen Weg und eine Haltung finden, mit der eigenen emotionalen Belastung und den ethischen Grenzfällen und Konfliktsituationen umzugehen.

Wer als Ärztin / als Arzt auf einer Intensivstation Dienst tut, hat es in der Regel mit schwerstkranken Menschen zu tun, mit zumeist sehr komplexen Krankheitsbildern, die ihn zunächst und vor allem medizinisch herausfordern. Er/sie ist einerseits dem eigenen medizinischen Ethos verpflichtet, Leben zu erhalten, ist andererseits auch verpflichtet, die z.B. durch Patientenverfügungen geäußerten Vorstellungen über Behandlungsbegrenzungen oder Behandlungsverzicht ernst zu nehmen und zu beachten. Er/sie handelt in vielen Fällen in Grenzsituationen und ethischen Konfliktfeldern. Er/sie muss einen eigenen Umgang finden mit der Verantwortung in der Entscheidungsfindung in der Frage, was dem Leben des jeweiligen Patienten dient. Er/sie muss eine persönliche Haltung haben gegenüber dem Sterben und dem Tod – und dem Recht auf Sterben.

Nach dieser wie schon gesagt plakativen Vorstellung des Ortes Intensivstation bzw. der verschiedenen Personengruppen einer Intensivstation und ihrer jeweiligen Situa-

tion, möchte ich Ihnen nun die Referenten und die Referentin des heutigen Abends vorstellen.

Ich begrüße zunächst – Ladies first – Frau Liliane Beste, die viele Jahre als Krankenschwester hier im Uniklinikum auf der Intensivstation der Neurochirurgischen Klinik gearbeitet hat und jetzt als Pflegewissenschaftlerin im Bildungszentrum des Uniklinikums tätig ist.

Ich begrüße als Mediziner Herrn Dr. Martin Scholz. Er ist Anästhesist und ist als Oberarzt auf der chirurgischen Intensivstation hier im OPZ (Operatives Zentrum) tätig.

Ich begrüße als Theologen unseren langjährigen evangelischen Kollegen Prof. Ulrich Eibach, der jetzt im Ruhestand ist, aber noch ehrenamtlich in der Seelsorge hier im Klinikum mitarbeitet.

Und ich begrüße - last but not least - unseren katholischen Kollegen Pfr. Bernd Müller, der als Seelsorger seit vielen Jahren hier im OPZ für die drei chirurgischen Intensivstationen zuständig ist.

Ich begrüße auch den Moderator der heutigen Veranstaltung, Herrn Prof. Axel von Dobbeler, den Leiter des Evangelischen Forum und alten Bekannten in der Aufgabe der Moderation unserer Dialogveranstaltungen.

Ich wünsche uns allen einen intensiven Abend und im Anschluss an die Vorträge einen intensiven Austausch.

Reiz(w)ort Intensivstation

Liliane Beste

Pflegewissenschaftlerin im Bildungszentrum des Universitätsklinikum Bonn

1. Einführung

Die Krankenhausstatistik des Bundes¹ zeigt für das Jahr 2010 2.049.888 Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung. Das sind Personen je eigener Intensiv-Geschichte und Angehörige, die begleitet, mitgelitten und mitgehofft haben.

Ich arbeite als Pflegewissenschaftlerin hier am Klinikum. Vorher habe ich 23 Jahre auf verschiedenen Intensivstationen gepflegt als FGKP A & I, das bedeutet Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Anästhesie- und Intensivpflege. Intensivstation war für mich ein positiv besetztes Wort und ein Ort intensiver menschlicher Begegnung. Es ist eine gute und sinnvolle Arbeit, dazu beitragen zu können, dass ein Patient das erste Mal die Augen öffnet nach langer Bewusstlosigkeit oder wieder alleine atmen kann nach langer Abhängigkeit von der Maschine. Mich hat die Herausforderung gereizt, genau diese Patienten zu pflegen und an diesem besonderen Ort achtsam mit Gefühlen umzugehen.

Manchmal haben Patienten aber auch nicht mehr die Augen geöffnet, sie lernten nicht mehr alleine atmen und ich kann mich an Situationen erinnern, in denen ich im Pflegearbeitsraum geweint habe, z.B. wenn ein Patient starb und die Sterbebegleitung diesen Namen nicht verdiente.

Im Laufe meines Lebens lernte ich Intensivstation auch aus der Angehörigenperspektive kennen, zuletzt nach der Reanimation meines Mannes. In diesem Beitrag lade ich Sie ein zu einer Verknüpfung dieser privaten mit der beruflichen Perspektive.

2. Studie zur Patientenversorgung und zur Situation der Pflege auf Intensivstation

¹ <http://www.gbe-bund.de>

Aus intensivpflegerischer und wissenschaftlicher Sicht möchte ich Ihnen zunächst eine Studie des deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung vorstellen. Diese Studie nimmt die Patientenversorgung und die Situation der Pflege auf Intensivstationen in den Blick.

Warum wurde die Studie überhaupt gemacht? Amtliche Statistiken liefern Strukturdaten, z.B. dass 2.049.888 Fälle in 2010 auf Intensivstationen behandelt wurden, dass es in Deutschland 1247 Krankenhäuser mit insgesamt 24.886 Intensivbetten gibt. Sie berichten auch, dass die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, die Betten für die intensivmedizinische Versorgung vorhalten, zwischen 2002 und 2010 um 7,7 % sank oder dass sowohl ein Anstieg der Behandlungsfälle auf Intensivstationen (7,84%) als auch die Zahl der Betten insgesamt (8,84%) zu verzeichnen ist. Auch die Fallschwere ist gestiegen, was sich daran erkennen lässt, dass es mehr beatmungspflichtige Patienten gibt.

Diese amtlichen Daten sind in ihrer Aussage jedoch limitiert. Ein Bezug zum Lebensgeschehen in den Einrichtungen – zu dem, was tatsächlich passiert – kann daraus nur begrenzt hergestellt werden. Deshalb liefert das deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung seit nunmehr 5 Jahren ergänzende Berichte. Diese Berichte werden Pflege-Thermometer genannt. Im Fokus stehen Einschätzungsfragen zu unterschiedlichen Themen der Pflege. Sie holen die Sicht von Pflege-Experten vor Ort ein und sind dadurch eine Interpretationshilfe hinsichtlich zentraler Entwicklungen. Pflege-Thermometer richten sich nicht nur an Fachleute, sondern auch an die Bevölkerung.

Im Pflege-Thermometer 2012 wurden Führungskräfte² der Intensivstationen zur Patientenversorgung und der Situation der Pflege auf ihren Stationen befragt. Man hat Führungskräfte gewählt, weil angenommen wurde, dass sie am ehesten einen Überblick über qualitätsbezogene Aspekte ihrer Stationen haben.

Der für die Studie verwendete Fragebogen wurde vom Institut für angewandte Pflegeforschung entwickelt. Grundlagen waren u.a. Qualifikationsarbeiten von Studierenden an der Katholischen Hochschule Köln im Bereich Intensivpflege. Der Bogen

² Der durchschnittliche Wert der Berufstätigkeit in der Pflege liegt bei den Befragten bei 24,63 Jahren. Sie sind durchschnittlich seit 11 Jahren in der Leitungsposition. In der Regel haben sie zusätzlich zur 3jährigen Ausbildung als Gesundheits- und Krankenschwester eine 2jährige Zusatzqualifikation in der Anästhesie und Intensivpflege und eine Weiterbildung als Stationsleitung, d.h. insgesamt einen Qualifikationsweg von 7 Jahren. Lediglich 23 % der Befragten sind komplett freigestellt für Leitungsaufgaben, d.h. mehr als $\frac{3}{4}$ ist trotz Leitung weiterhin eingebunden in die Patientenversorgung.

enthält 38 Fragen³. Ein Entwurf wurde zunächst an ausgewählte Intensiv-Pflegeexperten gesendet. Sie sollten die Vollständigkeit und Verständlichkeit beurteilen. Ihre Rückmeldungen wurden anschließend eingearbeitet.

Die Leitungskräfte wurden zu folgenden Themen befragt: zur Einrichtung, zur personellen und apparativen Ausstattung, zur pflegerisch-medizinischen Behandlung, zur Patientenversorgung und –sicherheit und zur Angehörigenarbeit.

Bezogen auf das Thema Reiz(w)ort Intensivstation schienen die Aspekte pflegerisch-medizinische Behandlung und die dazugehörigen Unterpunkte Verantwortung und Versorgungslücken sowie das Thema Angehörigenarbeit interessant.

Wie kam der Fragebogen zu den Leitungskräften? Da es in manchen Kliniken mehrere Intensivstationen gibt, wurden die Pflegedienstleitungen angeschrieben und jeweils 2 Fragebögen mitgeschickt. Insgesamt wurden 2144 Fragebögen verschickt. 552 Fragebögen kamen zurück, davon konnten 535 in die Studie einbezogen werden⁴. Die Studie ist somit nicht repräsentativ; es handelt sich vielmehr um eine Gelegenheitsstichprobe. Sie liefert allerdings durch ihre Größe eine breite Einschätzungsbasis. Die Stichprobe vereint Aussagen für 6.833 Intensivbettenplätze.

2.1 Studienergebnis pflegerisch-medizinische Behandlung und Verantwortung

Die Studienergebnisse in Bereich pflegerisch-medizinische Behandlung sind im Licht der Diskussion um eine Neuausrichtung der Arbeits- und Verantwortungsbereiche der Pflege zu sehen. Diese Diskussion wird seit einigen Jahren verstärkt geführt. Nicht zuletzt hat eine vom Bundesministerium für Gesundheit in 2012 beschlossene Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege die Debatte weiter beflügelt.

Den Untersuchungsergebnissen zufolge nehmen Pflegefachkräfte⁵ auf den Stationen in erheblichem Maße steuernde, klinisch einschätzende und auch therapieführende

³ mit 230 kodierten Variablen

⁴ aussortiert wurden z.B. Fragebögen, bei denen sich herausstellte, dass es sich um Intermediate Care Units (eine Art Zwischenstation zwischen „Normalstation“ und Intensivstation) und nicht um Intensivstationen handelte

⁵. Insgesamt waren Ende 2012 373.331 Personen im Pflegedienst beschäftigt. Die Krankenhausstatistik des Bundes weist 31.186 Personen mit einer Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege aus.

Aufgaben wahr. Das steht in Zusammenhang mit ihrer ständigen Anwesenheit beim Patienten.

Fast alle Aspekte der Beatmungstherapie werden von den Befragten als gemeinschaftliche und kooperative Leistungen zwischen Pflege und Medizin gesehen. Dazu zählen die Anpassung der Beatmungsmaschine an den Beatmungsbedarf des Patienten, die Bewertung der Auswirkungen der Beatmung auf den Patienten, die Entscheidung über die Sedierungstiefe⁶ und zahlreiche weitere Parameter der Geräteeinstellung. Diese Aspekte werden von 3 von 4 Leitungen als interdisziplinäre Leistung beschrieben. Auch die Entscheidung, wann ein Patient vom Beatmungsgerät abtraintiert wird, wird überwiegend gemeinsam getroffen. Die Extubation, also die Entfernung des Beatmungsschlauches aus der Luftröhre, wird ebenfalls bei 52,6% der Stationen sowohl von Pflegefachkräften als auch von Ärzten durchgeführt.

Weiterhin übernehmen Pflegende eigenverantwortlich die Regulierung der Insulingabe (85,8%), sie regulieren kurzzeitig herzwirksame Medikamente über Dauerspritzenpumpen (84,7%), saugen Schleim aus der Luftröhre ab (99,4%), führen Laboruntersuchungen (86,4%) durch oder legen Blasenverweilkatheter (82,2).

Die Ergebnisse zeigen die hohe Selbstständigkeit der Pflegenden auf Intensivstation. Für die Übernahme dieser Leistungen ist ein profundes Hintergrundwissen entscheidend, um die Folgen der Regulierung abschätzen zu können. Die Werte verdeutlichen, dass die klinische Realität eine andere ist, als sie sich aus Positionspapieren erahnen lässt⁷. Die Übernahme der Leistungen folgt keinem Selbstzweck, sie dient der Stabilisierung und Fortführung der medizinisch-pflegerischen Therapie. So berichten Graf et al, dass ca. 60% der Intensivstationen über keine kontinuierliche Anwesenheit eines Arztes verfügen.

Meine Tätigkeit auf Intensivstation endete im Dezember 2006. Ich habe alle in der Studie beschriebenen pflegerischen Interventionen auch damals bereits durchgeführt, und als mein Mann auf Intensivstation lag, hat das dortige Intensivpflegepersonal es genau so getan.

⁶ damit ist gemeint, wie viel Schlaf- und Schmerzmittel der Patient bekommt

⁷ „...muss die Leistungsdelegation an nichtärztliche Mitarbeiter, deren Auswahl, Anleitung, Koordination und Kommunikation, Durchführungs- und Erfolgskontrolle sowie deren Dokumentation, vollständig in der Verantwortung des Arztes bleiben.“ (Bundesärztekammer, 2012, S 2)

2.2 Studienergebnis zur Einschätzung aufgetretener Versorgungsmängel

Um zu untersuchen, welche konkreten Probleme in der Versorgung existieren, wurden mögliche Versorgungsproblematiken beschrieben. Hierbei sollte eingeschätzt werden, wie häufig diese Probleme in den letzten sieben Arbeitstagen auf der Intensivstation beobachtet wurden.

Die Aussagen zeigen, dass relevante und typisch pflegerische Maßnahmen nicht umfänglich sichergestellt werden können. Besonders problematisch erweisen sich Maßnahmen der emotionalen Unterstützung sowie Mobilitätsmöglichkeiten. Patienten zu mobilisieren bedeutet, sie zu bewegen, zu lagern, auf die Bettkante oder in den Stuhl zu setzen. Das ist sehr wichtig zur Verhütung von Druckgeschwüren, zur Unterstützung der Atmung, für das Funktionieren des Kreislaufs und für die Orientierung des Patienten. Hier sind es 51,2%, die angeben, dass diese Leistungen in den letzten sieben Arbeitstagen häufiger oder oft nicht erbracht werden konnten.

Lediglich die Hälfte der Befragten gibt an (55,3%), dass eine notwendige Körperpflege immer durchgeführt werden konnte. Ähnliche Ausprägungen sind im Bereich der Mundpflege zu beobachten. Bei der Sicherstellung der Nahrungsaufnahme geben 19% an, dass eine Unterstützung häufiger (18,3%) oder oft (0,7%) nicht angemessen erfolgen kann. Selbst klinisch hoch relevante Aspekte wie die Tubuspflege (Sauberhalten des Beatmungsrohres), die notwendig sind, um Lungenentzündungen zu verhindern, können nicht sichergestellt werden.

Bedeutsam ist auch die Frage der freiheitseinschränkenden Maßnahmen auf Intensivstationen. Eine Freiheitseinschränkung, z.B. durch Fixierung der Hände, ist eine rechtlich wie persönlichkeitsbezogen hoch problematische Maßnahme, die eine absolute Ausnahme darstellen sollte. Längerfristige und wiederkehrende Fixierungen sind nur mit einer richterlichen Genehmigung einsetzbar.

Bezogen auf diesen Aspekt der Patientenfreiheit sind es jedoch 33,5%, die angeben dass häufiger eine Fixierung vorgenommen werden musste, welche bei einer anderen Personalausstattung hätte vermieden werden können. 16% geben sogar an, dass dies oft vorgekommen sei. Unruhige Patienten, die nach für sie störenden Fremdkörpern greifen und diese zu entfernen versuchen (Tubus, Dauerkatheter, Drainagen,

Ernährungs sonden) bedürfen einer intensiven Überwachung und kontinuierlichen Betreuung. Fixierungen sind keine probate Maßnahme.

Es werden Probleme in erheblichem Ausmaß in der Sicherstellung der Überwachung von Patienten mit einem Delir beschrieben.

In der Studie wurde auch die Personalausstattung abgefragt. Bezogen auf die beschriebenen Mängel zeigen sich bei zahlreichen Aspekten Hinweise darauf, dass es mehr Mängel gibt, wenn die Betreuungsquoten⁸ schlechter sind; d.h. zahlreiche Indikatoren der Sicherheit lassen sich in einen Zusammenhang mit der Betreuungsquote bringen. Bewertungen sind eindeutig und richtungsstabil.

2.3 Studienergebnisse zur Angehörigenbetreuung

Auf den Intensivstationen steht nicht nur die direkte Patientenbegleitung im Vordergrund. Die Pflegefachkräfte sind erste Ansprechpartner für Angehörige, die die Situation oft als familiäre Krise erleben und in hohem Maße Informationsbedarf haben. Die Hilfestellung hierbei ist u.a. Aufgabe der Pflege.

Es wurde u.a. erhoben, ob Angehörige jederzeit die Möglichkeiten haben, auf die Station zu kommen. Dies wird von 31,4% bejaht. 2006 wurde durch die Stiftung Pflege die Initiative „Die angehörigengerechte Intensivstation“ ins Leben gerufen. Ein zentraler Aspekt ist es, die Zeitenregelungen aufzuweichen und Rechte zu verankern, die die Angehörigen einfordern können. Hinsichtlich des zeitlichen Aspektes geben 10,5% der Befragten an, dass sie ausreichend Zeit haben, um sich mit Angehörigen zu verständigen und Gespräche mit Ihnen zu führen. Die überwiegende

⁸ Ein zentrales Merkmal der Patientenversorgung ist die Personalausstattung. Die deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF) fordert eine 1:1 Betreuung beatmeter Patienten und eine Fachkraftquote von 70%. Die deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin empfiehlt für 2 Behandlungsplätze auf der Intensivstation eine Pflegekraft pro Schicht (DIVI 2010).

Ergebnis der Befragung ist, dass überwiegend 2 beatmete oder 3 nicht beatmete Patienten im Frühdienst von einer Pflegekraft versorgt werden. Hierbei ist zu bedenken, dass die Betreuungsrelation über den Tag hin abnimmt. Im Spätdienst sind in der Regel weniger Leute als im Frühdienst, im Nachtdienst weniger als im Spätdienst. Es gilt somit zu prüfen, ob eine risikofreie Behandlung über den gesamten Zeitraum gewährleistet werden kann. Z. B. ob begonnene Versuche, Patienten von der Beatmung abzutrainieren, abends abgebrochen werden müssen, weil über die Nacht nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht. Ein bislang nicht hinreichend untersuchtes Phänomen ist die Frage nach der Verteilung der Patienten auf unterschiedliche Räume (Boxen). Es gilt zu klären, wie häufig Pflegenden bei der Patientenversorgung die Räume wechseln und wie häufig kritisch Kranke dabei in der Folge ohne Beobachtung bleiben müssen.

Mehrheit stimmt dem eher zu, mehr als jede vierte Einrichtung stimmt dem eher nicht zu.

Nicht nur die Gespräche sind entscheidend sondern auch die Fragen der konkreten Ausstattung und der Angebote, die Angehörigen unterbreitet werden können (Einbeziehung in Entscheidungsfindung, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, eigenes Besprechungszimmer, Verpflegungsmöglichkeit, Informationsbroschüre, Patiententagebücher). Durch die Pflegefachkräfte erfahren die Angehörigen in 46,9% der Stationen eine erste Erläuterung zu den eingesetzten Geräten und den unterschiedlichen Anzeigen auf den Monitoren. Fast ein Drittel bieten Sprechstunden oder gesondert vereinbarte Gesprächstermine für Angehörige an. Drei von vier Stationen haben eine Informationsbroschüre für Angehörige. Etwas mehr als jede Dritte der Stationen dokumentiert die Anwesenheit der Angehörigen. Von den befragten Stationen waren 10,8 % im Rahmen der Initiative angehörigengerechte Intensivstation mit einem Zertifikat ausgestattet. 71,8% nehmen zurzeit nicht solche Überlegungen vor.

3 Verknüpfung mit eigener Erfahrung

Mein Mann hatte während des Joggens einen Herzinfarkt, war sofort bewusstlos und ohne Puls. Ein junger Mann hatte beobachtet, wie er stürzte, begann sofort mit der Reanimation und sorgte dafür, dass er sogleich ins Krankenhaus kam. Ihm verdanken wir sehr viel.

Im Krankenhaus sah man schnell, dass ein Herzinfarkt die Ursache war, er bekam sofort Gefäßprothesen, sogenannte Stents. Er wurde beatmet und mit Opiaten und Schlafmitteln im künstlichen Koma gehalten. Das Blut wurde mit Medikamenten verdünnt, um die Herzdurchblutung zu verbessern. Nach drei Tagen versuchte man, ihn wach werden zu lassen. Opiate und Schlafmittel wurden an der Dauerinfusionspumpe reduziert. Alles was passierte war, dass er körperlich so unruhig wurde, dass eine Fixierung an beiden Händen erfolgte. Sein Blutdruck stieg auf Werte über 250mmHg und er versuchte mit aller Kraft, sämtliche Kabel zu entfernen. Am 3. oder 4. Tag vergrößerte sich eine Pupille. Die kleinen Gehirnquetschungen waren zu größeren Beulen angeschwollen und durch die Blutverdünnung war Blut ausgetreten. Jetzt war klar, warum er nicht richtig wach wurde. Also bekam er wieder Opiate und Schlafmittel in der Hoffnung, dass das Gehirn sich erholt. In den folgenden Wochen wurde in kurzen Abständen immer wieder versucht, ihn aus dem Koma zu holen. Opiate und

Schlafmittel reduzieren, warten, erste Bewegungen, behutsames Streicheln, die Frage: „Hören Sie mich? Sie sind im Krankenhaus. Sie hatten einen Herzinfarkt. Machen Sie mal die Augen auf! Drücken Sie die Hand!“ Mein Mann drückte nicht die Hand und machte nicht die Augen auf. Immer wieder kam es zur körperlichen Unruhe, zu Blutdruckanstieg und Schweißausbrüchen, die dann zu Feuchtigkeitswunden führten. Oft war kein Pflegender im Raum, weil sie in anderen Zimmern beschäftigt waren. Der Schleim brodelte manchmal im Beatmungsrohr. Es war keiner da, der absaugen konnte.

Ich war verzweifelt und habe immer wieder überlegt, was jetzt zu tun ist. Schließlich fragte ich den Oberarzt, unter welchen Bedingungen der Beatmungsschlauch (Tubus) entfernt werden würde (Extubation). Mein Mann konnte keine Aufforderung befolgen, aber er schluckte und er hustete. Er durfte extubiert werden. In den folgenden Stunden wurden die Medikamente wieder reduziert. Es war wieder so wie zuvor. Der Tubus kam nun raus, die Unruhe blieb. Mein Mann wurde fixiert, er zog trotzdem an allen Kabeln und wollte ständig aufstehen. Schließlich wusste ich mir keinen anderen Rat mehr, als zu ihm ins Bett zu klettern. Abwechselnd mit Freunden verbrachten wir so die nächsten Tage und Nächte. Immer wenn er unruhig wurde, nahm ihn einer fest in den Arm. Die Pflegenden unterstützten mich bei der Handhabung dieses besonderen Ehebettes und dafür bin ich ihnen noch heute dankbar.

Ein Jahr später konnte mein Mann wieder seinem Beruf nachgehen. Er hat ein großes Verständnis entwickelt für Menschen, die krank sind oder in ihrer Wahrnehmung verändert. Oft kommt es ganz unvermittelt vor, dass ich ihn anschau und ein tiefes Gefühl der Dankbarkeit empfinde. Dankbarkeit gegenüber demjenigen, der ihn reanimiert hat, gegenüber den Ärzten und Kollegen und gegenüber unseren Freunden.

Und trotzdem habe ich in meiner Patientenverfügung stehen und mit meinem Mann abgesprochen, dass ich nicht reanimiert werden will, wohl wissend, dass das nur in seltenen Fällen entschieden werden kann. Es ist aus meiner Sicht kein Widerspruch. Ich weiß für mich persönlich, dass ich diese Begleitung nicht noch einmal schaffen würde, mein Mann könnte es nicht bei mir und für unsere Kinder wäre es auch nicht möglich.

Diese Veranstaltungsreihe nennt sich Theologie und Medizin im Gespräch. So will ich mit einem Gedanken zu Markus 10, Vers 46 – 52 schließen. Es geht um die Hei-

lung des blinden Bartimäus in Jericho. Als Bartimäus merkt, dass Jesus kommt, ruft er ganz laut nach ihm. Man bringt Bartimäus zu Jesus und dieser fragt: „Was willst du, dass ich für dich tue?“

Mir gingen Parallelen zur Situation Intensivstation durch den Kopf. Intensivpatienten sind oft nicht in der Lage zu rufen so wie Bartimäus, aber Pflegende, Ärzte oder Angehörige können rufen und alle diejenigen, die vielleicht selbst einmal Intensivpatienten werden. Wenn Jesus mich fragen würde „Was willst du, dass ich für dich tue?“, so hätte ich folgende Wünsche

- laut sagen zu dürfen, wie ich versorgt werden möchte
- den Mut zu haben, Versorgungslücken zu benennen und die Kraft, mich für die Behebung dieser Lücken einzusetzen
- nie zu vergessen diejenigen zu stärken, die heute gute Arbeit auf den Intensivstationen leisten.

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bekanntmachung eines Beschlusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege. Download unter http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20_RL_%C2%A7-63_Abs-3c_Erstfassung_BAnz.pdf
Zugriff am 8.11.2012

Bundesärztekammer (2012): Resolution zur Delegation. Download unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf. Zugriff am 8.11.2012

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesdeutsche Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Download unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf.
Zugriff am 8.11.2012

Graf J; Reinhold A, Brunkhorst F M, Ragaller M, Reinhart K, Loeffler M, Engel C (2010): Variability of structures in German intensive care units – a representative, nationwide analysis. In: Wien Klin Wochenschr 122 (19-20), S 572-578

Stiftung Pflege: Angehörige & Intensivstation. Homepage: http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page_id=191. Zugriff am 8.11.2012

Reiz(w)ort Intensivstation

Intensivstationen:

Zwischen Macht und Ohnmacht, dem Patienten als Objekt und Subjekt

Theologische und ethische Gesichtspunkte

Prof. Dr. Ulrich Eibach / Bonn

1. Einleitung: Beispiel

In meinen Überlegungen werde ich keine konkreten normativ-ethischen Fragestellungen zur Behandlung von Patienten auf Intensivstationen aufgreifen, sondern mich aufgrund der begrenzten Zeit auf einige grundlegende ethische, anthropologische und theologische Fragen beschränken.

Bei einem Besuch auf der Intensivstation der Chirurgie teilt mir der Stationsleiter mit, dass ein für mich interessanter „Fall“ behandelt werde. Ein junger Mann ist in einem Schwimmbad auf dem Boden getrieben und musste wiederbelebt werden. Er wurde auf die Intensivstation der medizinischen Klinik gebracht, weil man davon ausging, dass er ein Herzversagen hatte. Es stellte sich aber heraus, dass er schwerste Probleme mit der Lunge hatte, die nur auf der chirurgischen Intensivstation behandelt werden konnten. Der Zustand war so schlecht, dass er beim Transport von der einen zur anderen Station fast gestorben wäre. Der erfahrene Oberarzt sagte mir: „Ich habe die Therapie nur eingeleitet, weil ich nicht den Mut hatte, den völlig schockierten Eltern zu sagen, dass ihr Sohn keine Überlebenschance hat. Ich habe nachts schlecht geschlafen und immer gedacht, hoffentlich übersteht er die Nacht nicht, sonst überlebt er mit einem apallischen Syndrom. Als ich am nächsten Tag zum Dienst kam, lebte er, und er lebt nun schon den vierten Tag. Das ist ein Wunder.“ Drei Tage später sagt der Oberarzt: „Wir haben die Literatur durchgesehen. Bisher gibt es keinen Bericht, dass ein Mensch in einem solchen Zustand überlebt hat. Es scheint, dass er überleben wird, aber sicher nur mit schweren neurologischen und sonstigen Schäden. Es war ein Fehler, die Behandlung einzuleiten!“

2. Was sind die Ziele der Intensivmedizin/- station?

Die Ziele der Intensivmedizin decken sich mit den Zielen der Medizin überhaupt, Menschen von Krankheiten zu heilen, wenigstens aber ihr Leben zu erhalten oder auch nur zu verlängern. Die technischen Möglichkeiten dazu werden immer größer.

Auf die Chance, mit diesen Möglichkeiten zu überleben, will wohl kaum ein Mensch verzichten, insbesondere wenn das Leben danach nicht schwer eingeschränkt ist. Natürlich wollen wir alle nur an den guten Erfolgen der Medizin teilhaben, aber von den negativen Folgen verschont bleiben. Aber das eine ist oft nicht ohne das andere zu haben, denn die Bewahrung eines gesunden Lebens kann auch durch eine immer weiter fortschreitende Technisierung der Medizin nicht garantiert werden, ja die Fälle des – sagen wir – „tragischen“ Überlebens werden gerade durch die Intensivmedizin immer mehr. Man kann in vielen Fällen den Ausgang einer Therapie nicht prognostizieren und weiß auch oft nicht, ob die Bewahrung des Lebens gelingt. Ist eine Behandlung dann eingeleitet, so ist es nicht einfach, sie wieder einzustellen, wenn berechtigte Zweifel auftreten, ob das Behandlungsziel, das Leben eines Menschen in einem Zustand zu bewahren, der für ihn tragbar und annehmbar ist, zu erreichen ist. Die Behandlung richtet sich dann leicht auf die Bekämpfung des Todes an sich aus, ganz abgesehen davon, welche Folgen daraus für den betroffenen Menschen – und seine Angehörigen – resultieren. Unabwendbar stellt sich die Frage, ob die Bekämpfung des Todes an sich ein sinnvolles Ziel der Medizin sein kann. Dass Menschen dort nicht selten sterben (in den Anfängen der Intensivstationen starben bis zu 70% der dort behandelten Patienten), steht außer Frage. Die Frage ist, ob der Mensch auch sterben *darf*, oder ob das Sterben als ein Unglücksfall, ein Versagen, eine Niederlage der Medizin betrachtet wird.

Natürlich kämpft die Medizin auch gegen den Tod, wenn sie gegen eine Krankheit kämpft. Aber soll sie den Tod an sich bekämpfen, es gleichsam mit dem Tod aufnehmen in dem Glauben, sie könne Herr über den Tod werden? Wir alle, und nicht nur die Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte einer Intensivstation, müssen uns immer bewusst sein und bleiben, dass letztlich immer der Tod siegt und auch in Zukunft siegen wird. Wenn der Mensch es mit dem Tod als Feind aufnimmt, bleibt er allenfalls vorübergehend Sieger, und das manchmal auch um einen hohen Preis, nicht nur für den behandelten Menschen selbst. Der Tod darf nur bekämpft werden, um dem Wohlergehen der Patienten/innen zu dienen. Ob man mit der Bekämpfung des Todes diesem Ziel dient, dass ist daher im Laufe einer Behandlung immer neu zu überprüfen.

Nirgends sonst als in Intensivstationen besteht so sehr die Gefahr, dass die Behandlung unter der Hand zu einem „blinden“ Kampf gegen den Tod wird. Manche stellen sich vor, man könne die Apparate einfach abstellen, wenn es ersichtlich wird,

dass allenfalls ein Überleben mit schweren Einschränkungen des Lebens möglich ist. Aber das sind seelisch und gewissenmäßig belastende Entscheidungen, so dass ich immer dankbar war, dass ich sie nicht fällen musste. Ein Oberarzt sagte mir einmal, als ich für eine Beendigung einer Behandlung votierte: „Dann ziehen sie doch den Stecker raus, dafür braucht man keine medizinische Kompetenz!“ Und doch wäre es ethisch problematisch und oft auch menschenunwürdig, die Überlebensmaschinerie einfach so weiter laufen zu lassen, bis sich die Dinge von selbst erledigen, bis der Tod gegen diese Maschinerie den Sieg davon trägt. Das wäre das Eingeständnis dessen, dass wir nicht mehr in der Lage sind oder sein wollen, unser medizintechnisches Instrumentarium nach ethischen Gesichtspunkten zum Wohle des Menschen zu steuern. Wenn wir das nicht einfach hinnehmen wollen, sind wir herausgefordert, Entscheidungen zum Wohle des Menschen – und dazu gehört auch die Beachtung seines Willens – zu fällen, und das setzt voraus, dass wir in vielen kritischen Fällen immer wieder ein „Haltesignal“ herunterlassen, um zu fragen, ob wir noch wissen, was wir tun, ob das eigentliche Behandlungsziel noch erreichbar ist, und was zu tun ist, wenn das nicht der Fall ist, wir die Dinge aber nicht nur gemäß dem medizintechnisch Machbaren einfach weiterlaufen lassen wollen.

3. Welche Einstellung zu Leben und Tod ist leitend?

Macht und Ohnmacht in der Intensivtherapie

Das Handeln in der Medizin wird nicht nur von rationalen Kriterien bestimmt, sondern auch von basalen Lebenseinstellungen, die sehr subjektiv geprägt sein können, die aber oft verborgen wirksam sind und nicht explizit gemacht werden. In der Medizin ist das nicht zuletzt die Einstellung zum Tod. Nach einem Vortrag über „Behandlungsverzicht in der Onkologie“ auf einem Kongress für Ärzte sprach mich eine auch hausärztlich tätige Internistin an. Sie berichtete, dass sie gerade eine Fortbildung in Palliativmedizin beendet habe. Die Hälfte der Teilnehmer seien Allgemeinärzte und allgemein tätige Internisten gewesen, die andere Hälfte Onkologen. Sie seien bis zum Schluss der Fortbildung selten einer Meinung gewesen. Die Onkologen wollten noch mit dem Ziel der Lebensverlängerung behandeln, wo die anderen eindeutig der Meinung waren, dass das nicht mehr zu verantworten sei. Sie fragte, wie man sich das erklären könne. Dafür gibt es viele Gründe. Ein wesentlicher Grund könnte sein, dass überwiegend solche Ärzte Onkologen werden, die sich aufgrund persönlicher und oft nicht erst im Beruf erworbener Einstellungen als Kämpfer gegen den Tod verstehen und bei denen sich diese Einstellung im Laufe ihrer Tätigkeit verfestigt hat. Ein berühmter Herzchirurg drückte es vor einiger Zeit so aus: „Ich

hasse den Tod, ich will nicht, dass er siegt.“ Nun müssen wir nicht unterstellen, dass alle Onkologen und Intensivmediziner sich in ihrer Tätigkeit von dieser Einstellung bestimmen lassen, können aber auch nicht leugnen, dass sie gut zu den Strukturen und Zielen passt, auf die hin die Intensivstation organisiert ist. Und gerade dieses Zusammenspiel kann das Handeln so bestimmen, dass diejenigen, die von einer anderen Einstellung zum Tod ausgehen, es nicht einfach haben, ihre Einstellung zur Geltung zu bringen. Daher kommt es leicht dahin, dass man die Ohnmacht gegenüber der Übermacht des Todes durch ein Machen alles Machbaren überspielt, um den Schein der Macht über den Tod aufrecht zu erhalten und sich nicht seine Ohnmacht eingestehen zu müssen.

Ohnmacht ist dasjenige Gefühl, das entsteht, wenn man sich zur Hilfe herausgefordert sieht, die erwartete Hilfe aber nicht mehr möglich ist. Die Krankenhäuser allgemein, insbesondere aber die Intensivstationen sind auf Macht über den Tod hin organisiert. Die Intensivstationen sind so organisiert, dass auf jede Krise von Patienten – gleichsam automatisch – mit medizintechnischen Interventionen, also mit „Macht“ reagiert wird. Das besagt einmal, dass nicht das Handeln, sondern das Nicht-Handeln gerechtfertigt werden muss, und zum anderen, dass Ohnmacht strukturell in ihnen nicht vorgesehen ist. Deshalb kann oder muss sie gar, wenn sie auftritt, schnell und oft auch automatisch durch den Aktivismus des Machens überspielt werden. Wenn man der Ohnmacht Raum gibt, dann kann das also nur gegen die Organisationsstrukturen der Intensivstationen und die Einstellung vieler der dort Tätigen geschehen. Erst wenn man dem Gefühl der Ohnmacht standhält, wird eine heilsame Unterbrechung des Machens alles Machbaren, eine Besinnung auf das möglich, was getan wird und zu tun ist. Ohnmacht macht zunächst hilflos und verschlägt die Sprache. Wenn wir der Ohnmacht standhalten, führt sie zu einer Besinnung, in der wir eine Sprache wiederfinden können, die für alle Beteiligten, die todkranken Patienten, ihre Angehörigen, die Pflegekräfte, die Seelsorger/innen und Ärztinnen und Ärzte hilfreich ist. Sie führt zunächst zum Eingeständnis, dass wir Menschen und nicht Gott sind, dass wir mit unseren Möglichkeiten an unüberschreitbare Grenzen, an Haltesignale kommen, die zu überfahren Unheil bringt. Wenn man sich dessen bewusst wird, dass der Tod stärker als die Möglichkeiten der Medizin ist, wenn man sich darauf besinnt, dass wir nur Menschen mit begrenzter Macht und nicht allmächtig sind, dann kann aus einer solchen Besinnung eine Befreiung resultieren, die auch zu anderen als den medizintechnischen Hilfen und zu einer Sprache befreit, die hilft, die Situation der Ohnmacht angesichts der Übermacht des Todes zu bestehen

und den Tod auch anzunehmen. Man muss dann seine Ohnmacht nicht mehr mit dem Schein der medizinischen Allmacht übertünchen.

Es gibt neben der Medizin noch andere Hilfen, schwere Krankheiten und das Sterben zu bestehen, Hilfen, die die Menschen auch davor schützen können, sich verzweifelt ans Leben und damit die Möglichkeiten der Medizin zu klammern. Ein Chefarzt der Chirurgie sagte einmal: „Wenn ich spüre, die Patienten fantasieren mir eine Allmacht, eine Macht über den Tod zu, dann sage ich: ‚Ich behandle sie mit meinen Möglichkeiten, heilen und ihr Leben bewahren, das überlasse ich Gott, das tut er vielleicht durch mein Behandeln, aber das steht nicht in meiner Hand.‘“ Sicher, Patienten und vielleicht wir alle wünschen uns allmächtige Ärzte, die Herr über den Tod sind, aber es kommt für alle, nicht nur für Ärzte und Pflegekräfte, sondern in erster Linie für uns potentielle Intensivpatienten darauf an, solche Allmachtsfantasien abzuweisen und zu fragen, worauf wir außer auf die Medizin in schwerer Krankheit und dem Sterben unser Vertrauen setzen und was uns in schwerer Krankheit und dem Sterben so trägt, dass wir uns nicht verzweifelt an das Leben klammern müssen, wir das Sterben auch annehmen und unser Leben loslassen können. Für Christen ist dies die Gewissheit des Glaubens, die Arno Pötsch in einem Lied so ausdrückt : „Du kannst nicht tiefer fallen, als nur in Gottes Hand“. Diese Hoffnung kann das Sterben und den Tod annehmbar machen, weil der Tod in dieser Glaubenshoffnung nicht mehr nur Feind und Vernichtung des Lebens ist, den man um jeden Preis bekämpfen muss, sondern zugleich das Eingangstor zum Leben in vollendeter Teilhabe am Leben Gottes, dem „Leben des Ewigen“. Damit wird der Tod nicht zum Freund, seine Härte nicht geleugnet, aber er hat nicht das letzte Wort, er ist umfasst von Gottes „Ewigem Leben“. Der Tod besiegt das irdische Leben, das endlich und sterblich ist und deshalb sterben darf. Der Mensch ist gegenüber der Übermacht des Todes ohnmächtig. Gott allein ist die Macht, die den Tod besiegt. Wir Menschen sollen vor der Macht des Todes deshalb nicht resignieren. Aber es ist letztlich nicht die Macht der Medizin, die den Tod besiegt, sondern die Macht Gottes. Es kommt daher darauf an, dass wir unser Vertrauen nicht nur auf die Macht der Medizin setzen, sondern dass wir fähig bleiben, unvermeidbare Krankheit und das Sterben anzunehmen und es durch mitmenschlichen und seelsorgerlichen Beistand erträglich zu gestalten. Ein angenommenes Sterben muss man nicht mehr bekämpfen, aber man muss dazu Hilfen geben, dass es erträglich und menschenwürdig bleibt.

Die Intensivmedizin wird nur menschlich sein und bleiben, wenn man sich der Übermacht des Todes über die Medizin und der daraus oft resultierenden Ohnmacht stellt und daraufhin immer wieder in heilsamer Weise das Machen des Machbaren unterbricht und sich der Frage stellt, was denn dem Wohlergehen des Menschen wirklich dient. Nur aus dieser demütigen Realisierung der Endlichkeit menschlicher Macht heraus werden menschenwürdige Entscheidungen und ihnen entsprechendes Handeln geboren. Zu dieser Endlichkeit gehören auch die menschliche Fehlbarkeit und die Belastungen des Gewissens durch fehlbare und verfehlte Entscheidungen. Die Medizin baut zwar immer einseitiger auf den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen auf, ist aber keine exakte Wissenschaft, die ihr Handeln in den Folgen genau berechnen kann. Das schließt ein, dass es oft keine Gewissheit über die Folgen von Entscheidungen gibt und geben kann, dass der Irrtum also zur Endlichkeit des Menschen gehört. Es kann daher gar nicht ausbleiben, dass medizinisches Handeln, insbesondere in Krisensituationen, auch zu ethisch problematischen Folgen führt wie denen, dass Menschen nur mit schwersten Behinderungen überleben. Das ist kein menschliches Versagen, sondern eine Folge der Übermacht des Todes über die medizinischen Möglichkeiten. Wir können in der Medizin nicht die wünschenswerten Folgen ohne die mit ihnen oft verbundenen negativen Nebenfolgen haben, bis hin zu denen eines jahrelangen Überlebens im „Wachkoma“ und dergleichen, die vielleicht noch viel mehr als der Tod die eigentlichen, aber nie grundsätzlich vermeidbaren Niederlagen der Intensivmedizin sind.

4. Was erleben Patienten subjektiv in Intensivstationen und was entscheidet über Leben und Tod?

Die Intensivmedizin kämpft für die Bewahrung und Wiederherstellung des von Krankheit und Tod bedrohten Lebens. Sie tut das, indem sie den Menschen hauptsächlich als Körperobjekt behandelt, und zwar überwiegend mittels technischer Geräte. Demgegenüber tritt der Mensch in dem, was er als Subjekt erlebt und empfindet oft ganz zurück. Oft ist es schwer oder gar unmöglich, mit Patienten zu kommunizieren und ihr subjektives Befinden und Erleben zu ermitteln, weil sie sich nicht äußern können, sie sich vielleicht sogar im künstlichen oder natürlichen Koma befinden. Das ist den Ärzten und Pflegekräften nicht vorzuwerfen, sondern das sind die Rahmenbedingungen, unter denen Intensivmedizin sich vollzieht, das ist der unvermeidbare Preis für die Intensivmedizin. Und doch werden damit für die Bewahrung und Heilung wesentliche Gesichtspunkte ausgeblendet.

Ich habe in den Zeiten des Aufbaus der Intensivstationen erlebt, dass die Angehörigen etwa in der neu erbauten Neurochirurgie die Patienten nur durch Glasscheiben begucken, die Station aber nicht betreten durften, weil man der Meinung war, dass die Patienten ohnehin von dem Besuch nichts wahrnehmen. Eines Tages kam ein Oberarzt, der eine Intensivstation aufgebaut hatte, ganz erschüttert mit der Zeitschrift „Der Anästhesist“ an und zeigte mir einen Artikel, in dem der Direktor der Anästhesie der Unikliniken in Manchester beschrieb, was er erlebt hat, als er als Patient nach einem schweren Herzinfarkt auf die Intensivstation der eigenen Kliniken kam. Erfahrene Kollegen unterhielten sich an seinem Bett z.B. darüber, ob er nochmals zu Bewusstsein kommen und wie lange er noch überleben kann. Die Kollegen waren der Meinung, dass er sich in einem Stadium des Komas befinde, in dem er sein Bewusstsein verloren hat und nichts wahrnehme und empfinde. Unser Wissen über solche Zustände ist mittlerweile fortgeschritten, die entsprechende Sensibilität im Umgang mit solchen Patienten lässt aber manchmal noch zu wünschen übrig. Dass ein Mensch nach äußeren Kriterien bewusstlos ist und nichts wahrnimmt, besagt nicht immer, dass er nichts mitbekommt und auch erst recht nicht, dass keine inneren Prozesse in ihm ablaufen. Das folgende Beispiel zeigt, wie sehr auch bei Menschen die Seele äußerst aktiv sein kann, die aus der Außenperspektive des Beobachters betrachtet und aufgrund medizinischer Befunde weder etwas von der Außenwelt noch innere seelische Prozesse wahrnehmen können.

Beispiel: *Herr M., 58 Jahre, ist nach einer Bauchoperation in einem anderen Krankenhaus mit einer Sepsis als Notfall in die Chirurgie eingeliefert und operiert worden. Danach konnte ich mit ihm auf der Intensivstation sprechen. Es folgte eine zweite OP. Danach sprach der Patient nur wirre Sachen aus, wollte nach Hause, riss sich wiederholt die Schläuche ab, musste fixiert werden. Später berichtet er mir, dass er der Meinung war, dass er in seinem Betrieb gefesselt wurde und alle auf ihm herumgetrampelt haben. Nach einer dritten OP wurde der Patient ins künstliche Koma versetzt und fiel dann in ein natürliches Koma. Man ging nach einer Zeit davon aus, dass er keine realistische Überlebenschance hat. Wider alles Erwarten erwachte der Patient nach über 4 Monaten auf der Intensivstation aus dem Koma. Als er auf die Allgemeinstation zurückverlegt wurde, erzählte er mir, was er innerlich erlebte. Er habe mit seinem Leben abgeschlossen, es vor Gott und auch vor Menschen geklärt. Es sei ihm alles klar geworden, was in seinem Leben nicht richtig und was gut war. Danach hätte ihn überhaupt nicht mehr berührt, was mit seinem Körper geschieht. Doch eines Tages habe er seine Frau an seinem Bett gesehen (er konnte sinnes-*

physiologisch gesehen aber in seinem komatösen Zustand nicht sehen). Und dann habe er sich gesagt: „Das darfst du deiner Frau nicht antun, dass du abtrittst und sie mit 55 Jahren als Witwe zurücklässt. Da habe ich die Weichen umgelegt und nach 3 Tagen war ich wieder im Wachzustand im irdischen Leben auf der Intensivstation zurück.“

Kommen wir von hier aus zurück zu unserem einleitenden Beispiel, das eine Fortsetzung hat.

14 Tage nach dem Beginn der Behandlung des jungen Mannes berichtet mir der Oberarzt: „Es bahnt sich ein größeres Wunder an. Er wird überleben. Also, für mich und andere hier ist das ein Wunder, das hängt mit den Gebeten zusammen. Die Angehörigen und auch junge Leute aus der christlichen Gemeinde (einer ev. Freikirche) kommen hier her und beten am Krankenbett für den jungen Mann. Wir diskutieren hier lebhaft, ob es Wunder gibt und die Gebete erhört werden. Für mich ist das so. Keiner hat mir bisher einen Fall gezeigt, wo ein Mensch mit solchen Symptomen überlebt hat, obwohl hier einige alles daran gesetzt haben, solche Fälle in der Literatur zu finden. Also, für mich ist das ein Wunder.“ Nach drei Wochen ist der junge Mann wieder bei Bewusstsein. Nach 8 Wochen verlässt er die Klinik ohne jeden ersichtlichen neurologischen Schaden, so dass eine Reha-Maßnahme nicht nötig ist. Die Diskussion, ob es Wunder gibt, hält auf der Station lange an. Die Meinung dazu ist je nach weltanschaulichen Vorgaben verschieden. Gut 4 Monate nach Entlassung des Patienten teilt der Oberarzt mir mit, dass der junge Mann ihn aufgesucht habe, um ihm und allen Mitarbeitern auf der Station für die Lebensrettung zu danken. Er habe berichtet, dass er nun ein Abendgymnasium besuche, um noch das Abitur zu erreichen. „Er hat keine Schäden davon getragen. Das ist doch ein Wunder.“

Die Beispiele zeigen, dass nicht nur die sachgerechte Anwendung kausal wirkender naturwissenschaftlich-medizinischer Methoden das Überleben und die Heilung beeinflussen, sondern auch seelisch-geistige, ja wahrscheinlich auch transzendent-religiöse Vorgänge. Über die Frage, ob es Wunder gibt, kann man streiten. Das hängt auch davon ab, was man unter Wunder versteht. Was *unmöglich* ist, kann auch durch ein Wunder nicht *möglich* werden. Aber wenn Wirklichkeit als in Möglichkeit gründend betrachtet wird, Wirklichkeit als Realisierung der ihr zugrunde liegenden Möglichkeit und nicht als geschlossene Kausalität gedacht wird, und Wunder daher nicht als Durchbrechung der Kausalität, dann ist das Wunder eine statistische Möglichkeit, wenn auch eine mehr oder weniger statistisch unwahrscheinliche Mög-

lichkeit. Dann kann man fragen, warum diese Möglichkeit gerade jetzt zur Wirklichkeit wird, und zwar in dieser Situation und Zeit und an diesem Menschen und ob das mit den Gebeten der Mitchristen aus der Gemeinde zusammenhängt, ob diese in dieser Situation von Gott erhört wurden und ob sie vielleicht auch in das Seelenleben dieses jungen Menschen eingedrungen sind und hier eine Wirkung gezeigt haben. Vielleicht wird man eines Tages erklären können, warum solche nicht machbaren wundersamen Heilungen eintreten können. Aber werden sie dadurch zu einem geringeren Wunder? Wahrscheinlich wird man auch dann nicht erklären können, warum sie gerade in diesem Augenblick und an diesem Menschen und im Zusammenhang mit den Gebeten für diesen Menschen geschehen. Das eben ist doch das Wunder.

Damit kommen wir zu der entscheidenden Frage, ob es nur die medizinische Behandlung ist, die das Leben bewahrt oder gar heilt oder ob da noch andere Faktoren eine Rolle spielen. Für den jungen Mann war es offenbar kein Widerspruch, dass er glaubt, dass Gott sein Leben ohne ersichtlichen Schaden vor dem Tode bewahrt hat, und dass er zugleich kommt, um dem Arzt und allen Mitarbeitern der Station für seine Lebensrettung zu danken. Offensichtlich hat für ihn Gott aufgrund der Gebete durch die Intensivmedizin an ihm gehandelt, denn die Lebensrettung lässt sich für ihn nur aus beidem zugleich begreifen, also weder nur aus den Gebeten und einem direkten Handeln Gottes an ihm noch nur aus einem medizinischen Handeln ableiten, das bloß einer naturwissenschaftlich aufweisbaren Kausalität folgt. Offenbar hat bei dieser Lebensrettung eine physikalisch-chemisch nicht erfassbare, eine geistige Dimension eine oder – nach Ansicht vieler auf der Station – die entscheidende Rolle gespielt.

Nach neuzeitlichem Dogma können nur seinsmäßig gleichartige Größen einander direkt beeinflussen, so dass körperliches Leben nur durch naturwissenschaftlich messbare physikalische und chemische Größen beeinflusst und gesteuert werden kann. Das heißt, dass geistige Größen wie Gebete und auch Gott keinen direkten Einfluss auf das biologische Leben ausüben können. Das muss dann aber für alle seelisch-geistigen Erscheinungen gelten. Sie wären dann gegenüber dem körperlichen Geschehen ohnmächtig. Unsere gesamte Lebenserfahrung und die psychosomatischen Erkenntnisse sprechen zwar dagegen, aber nach dem neuzeitlichen Dogma sind das nicht mehr als Illusionen. Die Erfolge einer Therapie und insbesondere einer Intensivtherapie würden demnach nur von einer naturwissenschaftlich be-

gründbaren und rein kausal wirkenden Therapie abhängen. Die Gewissheit des Mannes im 2. Beispiel, dass er durch seinen Entschluss, seiner Frau nicht anzutun, dass sie so früh zur Witwe wird, wieder ins irdische Leben zurückkehrte, beruht demnach auch auf einer subjektiven Illusion. Alle seelsorgerliche Begleitung am Krankenbett und Gebete um Bewahrung und Heilung wären dann wirkungslose Wunschphantasien, die bestenfalls zu einer seelischen Beruhigung beitragen. Das gilt dann auch für die emotionale Zuwendung, die Menschen von anderen erfahren.

Folgt man dieser, eindeutig von naturalistischen und atheistischen weltanschaulichen Vorgaben abhängigen Auffassung nicht, so können und müssen wir davon ausgehen, dass seelisch-geistige Faktoren, also auch der christliche Glaube, auf die Bewahrung und Heilung des Lebens einen, ja mitunter auch den entscheidenden Einfluss haben kann und dass Gott aufgrund der Gebete, auch der Fürbitten anderer Menschen, bewahrend und heilend in das Leben von Menschen hinein wirkt, auch bei vom Tode bedrohten Menschen, also auch auf Intensivstationen. Auf diese Weise leisten auch der christliche Glaube und die Seelsorge Widerstand gegen den Tod, sie führen einen geistlichen Kampf gegen den Tod und für das Leben, allerdings unter der Voraussetzung, dass dieses irdische Leben nicht das Letzte, sondern nur das Vorletzte ist gegenüber der Teilhabe am Leben in Gemeinschaft mit Gott. Dieser geistliche Kampf für das Leben ist deshalb eingebettet in die im Glauben ermöglichte Bereitschaft und Fähigkeit zur Annahme des Sterbens und Todes, die ermöglicht ist durch die Hoffnung auf Vollendung des irdischen Lebens in der Teilhabe an Gottes ewigem Leben. Insofern endet der geistliche Kampf gegen den Tod des irdischen Lebens auch dann nicht in einer Niederlage, wenn der Tod trotz des Gebets um Errettung und Heilung eintritt, sondern er findet seine Beantwortung in dem Sieg Gottes über den Tod und der Eröffnung des Lebens in der Gemeinschaft mit dem Ewigen Gott, dem transzendenten Ziel unseres irdischen Lebens.

Reiz(w)ort Intensivstation

Pfarrer Bernd Müller, Katholischer Klinikseelsorger am Universitätsklinikum

1. Einleitung:

Die Intensivstation als Ort der Seelsorge

Die Intensivstation als solche, und eben auch als einen besonderen Ort der Seelsorge im Krankenhaus, gibt es noch nicht solange. Erst seit etwa 1960, als man in der Lage war den Menschen künstlich zu beatmen, entsteht dieser Ort. Alles Übrige, was sonst diesen Ort auszeichnet, hat sich hieraus entwickelt. Hier treffen wir auf Menschen, die sich in vitalen Grenzsituationen befinden, Menschen, die ohne diesen Raum nicht (mehr) leben würden und diejenigen, die sich um sie und die für sie sorgen. Unsicherheit, Angst, Sorge und Hoffnung sind wohl die primären Gefühle, die in erster Linie die Patienten, Angehörigen, aber punktuell wohl auch das Personal in diesen Räumen in je eigener Weise bestimmen. Ihnen allen gilt auch hier, so wie im gesamten Klinikum, unser Seelsorgeauftrag.

Traditionell werden wir bis heute als Seelsorger und Seelsorgerinnen in Situationen, um den Moment des Sterbens herum auf die Intensivstation gerufen, um zuerst den Patienten selbst, nicht zuletzt aber auch ihren belasteten Angehörigen beizustehen. So sinnvoll das ist, sind das heute jedoch nicht mehr die einzigen Anlässe für die Seelsorge, den Ort der Intensivstation zu betreten. Nicht zuletzt in den ethischen Fragestellungen, die sich hier immer häufiger stellen und von denen heute Abend bereits viel die Rede war, sehen auch wir uns herausgefordert unseren Beitrag zu leisten und mit einzutreten für eine Medizin, die den ganzen Menschen, in seiner umfassenden Wirklichkeit im Blick hat.

Die oft gehörte Aussage, der Patient nehme aufgrund seines Zustandes, sei es durch eine Hirnschädigung, durch Sedierung oder Narkose, „eh“ nichts wahr, hat lange Zeit auch die Seelsorge auf der Intensivstation davon abgehalten, sich mit dem kranken Menschen dort zu beschäftigen. Doch nach heutigem Kenntnisstand und wie es auch schon das Beispiel von Prof. Eibach eben gezeigt hat, müssen wir davon ausgehen, dass auch solche bewusstseinsveränderten Patienten ihre Umgebung wahrnehmen. In meinem folgenden Beitrag zum heutigen Abend als Klinikseelsorger möchte ich gerade auch diese Menschen einmal in den Blick nehmen.

2. Bewusstseins veränderte Menschen auf der Intensivstation

Lange Zeit ging man davon aus, dass, wenn das Wachbewusstsein eines Menschen ausgeschaltet ist, jegliches Bewusstsein ausgeschaltet ist. Heute wissen wir, dass mit einem inaktiven Wachbewusstsein, das emotionale Bewusstsein jedoch aktiv bleibt. Das heißt wir nehmen weiterhin wahr, allerdings ohne die Fähigkeit uns das, was um uns herum geschieht, erklären zu können und uns zu schützen.

Freund und Feind sind in einem solchen Zustand nicht leicht zu unterscheiden und nicht selten erfahren sich Patienten in einer Welt, die auf sie bedrohlich wirkt, bis hin zu der Unsicherheit, ob sie überhaupt noch am Leben sind. Ein erst kürzlich in der Kinderklinik verstorbener junger Mann erzählte mir vergangenes Jahr an Weihnachten so von seinen furchtbaren Alpträumen, die er während seines künstlichen Komas nach seiner Lungentransplantation durchlitten hat. Er träumte, dass man ihm Arme und Beine amputiert hätte, wilde Tiere ihn in seiner hilflosen Situation bedrohten und trotz seiner Hilferufe niemand da gewesen sei, der ihm geholfen hätte. Vieles von dem, was Patienten während ihres Komas durchleben erinnert an archaische Welten, in denen es zu Erlebnissen und Begegnungen kommt, die von uns nicht eingeordnet werden können. Diese Erkenntnis und auch das folgende Beispiel machen deutlich, wie wichtig hier eine verlässliche Begleitung sein kann, die ihre Aufgabe darin sieht dem Patienten in seiner „Traum-Welt“ Orientierung und Vertrauen zurückzugeben.

So erzählte vor einigen Jahren ein Münchener Kollege auf einer Fortbildung von einem Mann, den er bereits vor seinem Klinikaufenthalt kannte und der durch die Folgen eines Unfalls in eine lebensbedrohliche Situation geraten war. Er besuchte ihn regelmäßig auf der Intensivstation. Als er aus dem Koma aufwachte, konnte er sich nicht mehr an Gesprächsinhalte bei den Besuchen des Seelsorgekollegen erinnern, aber er wusste: 1. Wer er war 2. Das er bei ihm war und 3. dass er durch sein *Dasein* für ihn zu einem glaubhaften Zeugen dafür wurde, dass er noch am Leben war.

Diese Aussage wurde für mich zum Schlüsselerlebnis. Seitdem wollte ich nie mehr respektlos über den Kopf eines komatösen Patienten hinweg reden, als wäre er gar nicht anwesend. Leider geschieht dies im Klinikalltag immer wieder und jeder, der im Dienst an den Kranken steht, egal ob Ärzte, Pflegende, Therapeuten oder Seelsorger, sollten sich ihrer Verantwortung bewusst sein, die sie gerade auch diesbezüglich gemeinsam tragen. Übersehen zu werden, das ist wohl für jeden Menschen eine der

schlimmsten Erfahrungen, das gilt auch und im besonderen Maße für Menschen in Grenzsituationen und veränderten Bewusstseinszuständen auf der Intensivstation. Was muss es für einen Menschen bedeuten, an der existentiellsten aller Fragen zu zweifeln und nicht mehr mit Gewissheit sagen zu können: Lebe ich noch oder bin ich bereits schon tot?

Auch selber habe ich in meiner Arbeit mehrfach Menschen während und nach komatösen Zuständen begleitet und durch sie erfahren, dass sie sich an meine Besuche während dieser Zeit erinnern konnten. So z.B. auch eine Frau, mit der ich während ihres Komas, die Krankensalbung gefeiert hatte. Sie erzählte mir später mehrfach, wie ihr dieses Zeichen die Kraft gegeben hat, nicht aufzugeben und die Kreuzzeichen, die ich ihr während der Salbung auf Stirn und Hände zeichnete, wie sie diese Kreuze, lange als *grün leuchtende* Kreuze gesehen hat.

All diese Beispiele machen deutlich, dass die Zeit im komatösen Zustand für uns Menschen keine inaktive Zeit bedeutet, in der wir nur passiv den Kampf um das physische Überleben an uns geschehen lassen. Vielmehr zeigt sich hier, dass neben dem Bemühen auf einer Intensivstation um das physische Überleben eines Menschen auch seine geistige und geistliche Wirklichkeit eine gewichtige Rolle spielen und damit auch Kraftquellen erkennbar werden, die im Überlebens- und Heilungsprozess förderlich sein können.

2. Was hilft beim Überleben?

Krankheit bedroht den Menschen immer in seiner Ganzheit und lässt sich wie gesagt nicht nur auf seine leibliche Dimension reduzieren. Krankheit isoliert, sie verändert das gesamte Rollengefüge und Beziehungsgeflecht, in dem eine Person, oder besser gesagt, in dem alle Personen, die von der Krankheit betroffen sind, leben.

Gleichzeitig ist aber der Erkrankte neben kompetenter medizinischer und pflegerischer Versorgung auf nichts mehr angewiesen als auf solche Beziehungen, die gerade in seiner Krisensituation standhalten. Erschwerte Beziehungen sind hier jedoch eine häufige Erfahrung. Oft ist davon nicht nur die Beziehung im familiären Umfeld und im Freundes- und Bekanntenkreis betroffen, sondern auch der Kontakt zu sich selbst ist mitunter durch den Einbruch der Krise unterbrochen. Patienten sprechen manchmal davon, dass sie sich nicht mehr spüren können, Gefühle, ob gut oder schlecht, sind für sie nicht fühlbar.

Bei gläubigen Menschen betrifft dieses Phänomen nicht zuletzt den Kontakt zu Gott. Auch ihn erlebt der Kranke bzw. sein familiäres Umfeld zeitweise als denjenigen, der sich abgewendet hat. Die Theodizeefrage, warum Gott das Leiden in Welt zulässt, stellt sich mit derselben Ohnmacht, wie die Frage: „Warum gerade ich? Dies alles gilt es erstmal wahrzunehmen, es mit den Betroffenen anzuschauen, die sich daraus ergebende Ohnmacht mit auszuhalten. Oft ist dies das Einzige, was in solchen Momenten zu tun ist, das *Dasein* und damit die Bereitschaft die Situation mit auszuhalten.

Und damit komme ich zu einer Situation, denen ich als Klinikseelsorger, gerade auf Intensivstationen sehr häufig begegne. Bevor ich den Patienten kennenlerne, treffe ich in der Regel zunächst auf seine besorgten und zum Teil auch verängstigten Familienangehörigen. „Wir fühlen uns so hilflos, wir können nichts tun...“ –ist dann vielfach, das Erste was sie sagen.

Dieser Aussage widerspreche ich jedes Mal aus tiefster Überzeugung. Ich sage, dass sie in meinen Augen sehr wohl, sogar viel tun für ihren Angehörigen, allein dadurch, dass sie jetzt da seien und dieser das auch trotz seines vielleicht komatösen Zustands spüren könne. Gerade in solchen Krisensituationen des Lebens, wie sie eine schwere Erkrankung nun einmal mit sich bringt, käme es doch auf dieses „*Dasein*“ an. Das sei das Kostbarste, was wir uns im Letzten schenken können, nämlich füreinander da zu sein. Ärzte und Pflegekräfte versuchen alles zu tun, was medizinisch und pflegerisch möglich ist, aber sie als Familienangehörige geben mit ihrem *Dasein*, was nur sie geben können: nämlich Geborgenheit, Liebe, das Gefühl von Sicherheit und Zuversicht, und das der Betreffende hier am richtigen Ort ist, was für ihn auf einer Intensivstation –wie bereits erwähnt- nicht immer so leicht zu erfassen ist.

Oft füge ich hinzu: Es könne viel Schlimmes im Leben passieren, doch das Schlimmste wäre wohl die Erfahrung *alleine* durch solche Zeiten hindurchgehen zu müssen. Und in den 10 Jahren meiner Tätigkeit als Klinikseelsorger habe ich darauf immer nur Zustimmung und nicht einmal einen Widerspruch erfahren.

(> Hinweis auf Plakat der Chirurgischen Intensivstation: „Ohne Angehörige geht es nicht... solche Wertschätzung macht Angehörigen Mut, sich an einem Ort wie der einer Intensivstation, sich einzufinden und ihren Platz zu finden dem Patienten beizustehen)

Die Kolleginnen und Kollegen der Klinikseelsorge in München Großhadern haben dieses In-Beziehung-Sein zu dem was unser Leben trägt, in ihrem Leidbild zusammengefasst, indem sie dort unter anderem versucht haben den etwas schillernden Begriff *Spiritualität* für sich zu definieren, sie schreiben:

„Unter Spiritualität verstehen wir die lebendige Beziehung eines Menschen zu dem, was sein Leben trägt, kräftigt und erfreut. Spiritualität ist vergleichbar mit der lebendigen Bewegung von Ein- und Ausatmen. In der jüdisch-christlichen Tradition steht der Atem Gottes (ruach, pneuma, Hl. Geist) für jene Kraft, die dem Menschen Leben in einem umfassenden Sinn schenkt.“

Diese Definition von Spiritualität bringt es für mich auf den Punkt, was ein solch ganzheitliches In-Beziehung-Sein für uns Menschen bedeutet. Das ist es was unserem Leben Sinn schenkt, selbst in Krisenzeiten, auch dann die Erfahrung machen zu dürfen von Gott und den Menschen nicht verlassen zu sein. Dass dies für den Patienten wie für seine Angehörigen immer besser gelingt, dafür unterstützend mit Sorge zu tragen, ist ganz sicher unser Selbstverständnis als Klinikseelsorge. Doch die Bedeutung einer solchen Spiritualität für Menschen an der Grenze begreifen zu lernen, gelingt im Letzten nur im Dialog und in der Zusammenarbeit mit allen anderen Professionen einer Klinik.

Und so freue ich mich besonders darüber, dass mittlerweile auch bei uns am Klinikum das Instrument der Ethischen Fallbesprechung kein Fremdwort mehr ist und mehr und mehr, nach den ersten guten Erfahrungen damit verstärkt eingefordert wird.

Es sollte unsere *gemeinsame* Aufgabe sein alles dafür zu tun, um den Menschen, die uns gemeinsam anvertraut sind, auch an einem solchen Ort, wie der einer Intensivstation, wieder mit dem in Verbindung zu bringen was sie auf ihrem Weg, wo immer er auch hinführen mag, *trägt, kräftigt und erfreut*.

Themen der Dialogveranstaltungen „Medizin und Theologie im Gespräch“

Veranstalter: Kath. und evang. Seelsorge der Unikliniken Bonn

in Kooperation mit dem Kath. Bildungswerk und dem evangelischen Forum Bonn

gefördert durch die evangelische Stiftung Krankenhaushilfe

1. Glaube - ein Heilmittel ?

Prof. Dr. E. Hauschild; Dr. A. Glasmacher u. a. - 07. 09. 2000

2. Wenn nichts mehr geht...

- Grenzerfahrungen im Krankenhaus -

Prof. Dr. T. Sauerbruch; Prof. Schmidt-Rost u. a. - 29. 03. 2001

3. Gesellschaftliche Folgen der Gentechnik;

- werden wir neue Ungleichheiten bekommen? -

A. Fischer (MdB) Gesundheitsministerin a.D. u. a. - 06. 12. 2001

4. Euthanasie - und unsere Antwort

- Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben -

Prof. Klaschik; Prof. Molinski SJ u. a. - 25. 04. 2002

5. Geld oder Leben - auf dem Weg in die Zwei-Klassen-Medizin

Prof. Dr. M. Honecker; Dr. med. H. Hüneburg u. a. - 07. 11. 2002

6. Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts

„... über Risiken und Nebenwirkungen...“

Prof. Dr. O. Brüstle; Prof. Dr. U. Eibach u. a. - 15. 05. 2003

7. „eingeliefert – ausgeliefert“

- Der Patient im Krankenhaus zwischen Selbst- und Fremdbestimmung -

Prof. Dr. M. Lentze; Chr. Bremekamp u. a. - 22. 04. 2004

8. Dem Tod entgegenwachsen – Sterben als Abbruch oder Vollendung

Dr. Chr. Ostgathe; Dr. M. Rieger u. a. - 04. 11. 2004

9. Licht am Ende des Tunnels

- Nahtoderfahrung: Hirngespinnst oder Blick ins Jenseits? -

Dr. rer.nat. Chr. Hoppe; Prof. Dr. U. Eibach u.a. - 21. 04. 2005

10. „Mein Wille geschehe“

– Die Patientenverfügung, Bedeutung und Probleme im klinischen Alltag -

R. Rossbruch (Rechtsanwalt); Prof. Dr. med. D. Decker,

Dipl. Theol. Hagedorn und andere

- 17. 11. 2005

11. Hauptsache gesund ! Hauptsache gesund ?

Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Schott, Prof. Dr. Dr. h. c. L. Honnefelder u.a. -30.11. 2006

- 12. „Die Hoffnung stirbt zuletzt“**
- vom Umgang mit der Hoffnung in Zeiten der Krankheit-
Prof.Dr. Y.D. Ko, Prof.Dr. M. Schulz., Barbara Ohrendorf, u.a. -3.05.2007
- 13. „Krank – selber schuld !?“**
Krankheit: Schicksal oder Folge unserer Lebensführung
Prof. Dr. R. Hoppe, Dr. Th. Wilde u.a. 22. 11. 2007
- 14. „Die Wahrheit wird euch freimachen ... ”** 10.04.2008
aber: wie viel Wahrheit vertragen wir in Zeiten der Krankheit?
Prof. Dr. Reinhard Schmidt-Rost, Prof. Dr. Andreas Hirner, Pfarrer Andreas Bieneck
- 15. „Wenn Ärzte Fehler machen ... ”** - 30.10.2008
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Heiner Koch, Hubert Klein
- 16. „Ersatzteillager Mensch?“** - 26.03.2009
Organspende und die Auswirkung auf das Bild vom Menschen
Dr. Ulrike Wirges, Prof. Dr. Hartmut Kreß, Horst Urmersbach
- 17. „Wenn das Leben uns Grenzen setzt ”** - 10.11. 2009
Pfarrer N. Schneider, Prof. Dr. F. L. Dumoulin, Ilsegret von Hofe
- 18. „Gott und Gehirn ”** - 11.03.2010
-wie entsteht Glaube-
Prof. Dr. Saskia Wendel, Dr. Christian Hoppe
- 19. „Was uns heil macht“** - 4.11. 2010
Prof. Doris Nauer, Dr. Walter Bruchhausen, Pfr. Walter Koll
- 20. „Verzicht: Eine neue alte Tugend in der Medizin ?“** -7. 4. 2011
Prof. Dr. med. Thomas Heinemann, Prof. Dr. Eberhard Hauschildt, Ulrich Lemm
- 21. „Da hilft nur noch beten – Krankheit und Spiritualität“** - 20.10.2011
Prof. Dr. Santiago Ewig, Prof. Dr. Reinhard Schmidt-Rost, Elisabeth Püllen
- 22. “Reiz(w)ort Intensivstation”** -8.11.2012
Dr. Martin Scholz, Prof. Dr. Ulrich Eibach, Liliane Beste, Pfr. Bernd Müller