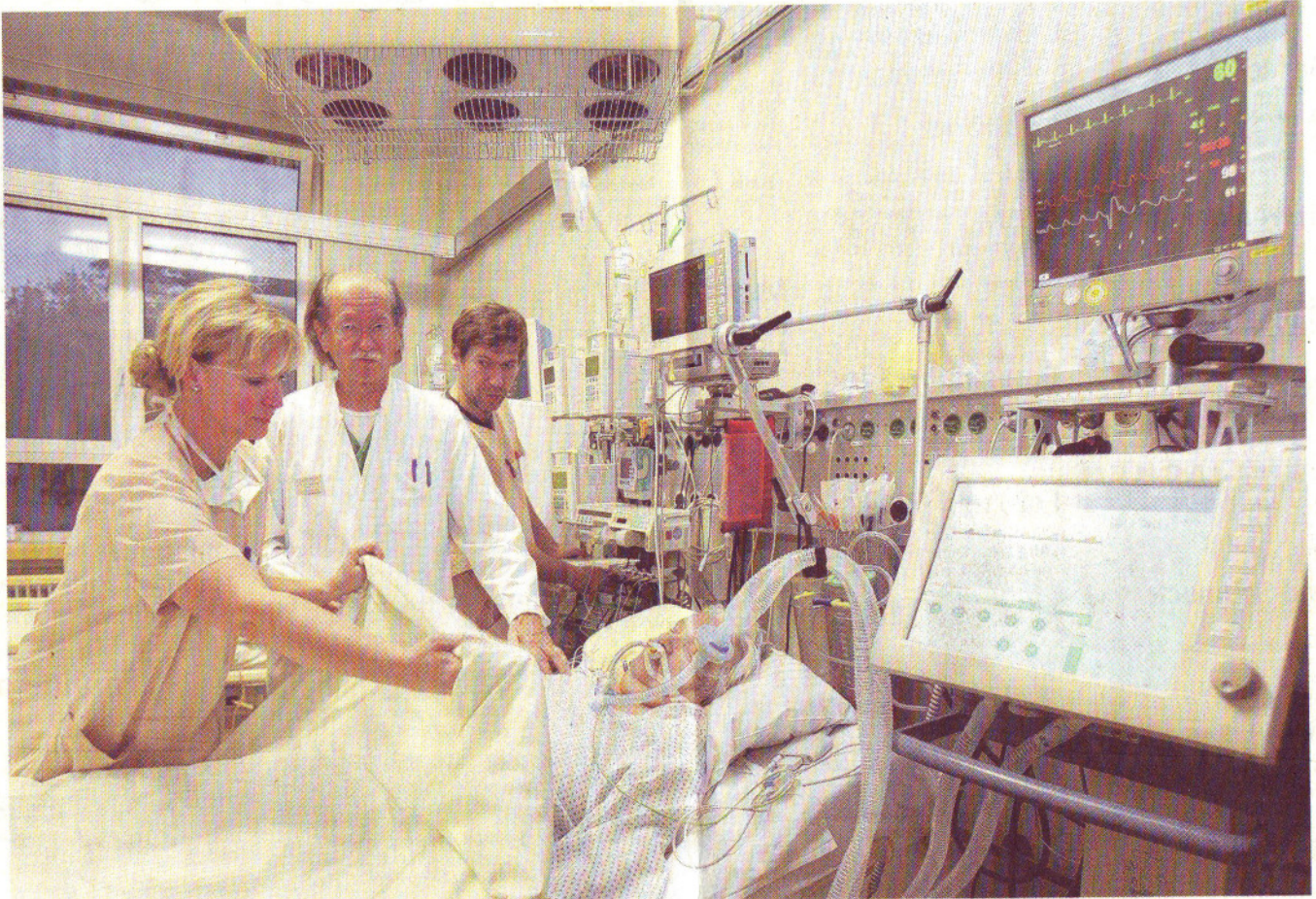


Mehr als nur Narkose

Dr. Holger Hasselbring ist Anästhesist in den Augusta-Krankenanstalten Bochum – ein Arzt hinter den Kulissen



Die richtige Beatmung nach einer Operation ist kompliziert und eine Kunst, sagt Mediziner Hasselbring (Mitte). Aber sie sichert das Überleben.

Foto: Eberhard Franken

Petra Koruhn

Bochum. Als Patient im Krankenhaus möchten die meisten nur eins: bloß keine Geräte-Medizin. Dabei ist das, was die Apparatemedizin bietet, nicht Schrecken, sondern Segen der Medizin. So jedenfalls sehen es Intensiv-Mediziner wie Dr. Holger Hasselbring, Anästhesist in der Augusta-Kranken-Anstalt Bochum. Einer, der ganz für die Patienten da ist, für die meisten Kranken aber „der Mann hinter den Kulissen“ ist.

„Die Intensivmedizin steht selten im Mittelpunkt der Öffentlichkeit“, sagt der Anästhesist. „Dabei hat man hier eine Torwartfunktion, manchmal muss man auch eigentlich Unhaltbare halten.“ Dass das gelingt, belegt eine Qualitätskontrolle, die jährlich durchgeführt wird, wobei das Bochumer Haus hier bundesweit stets in der Spitzengruppe liege, so der Arzt.

Herzschlag, Puls

In den fünf Zimmern der Intensivstation mit acht Betten ist das Licht gedimmt, Schwestern, Pfleger, Ärzte arbeiten ganz nah am Patienten, immer in Reichweite, immer mit Blick auf die Monitore, die die Lebensfunktionen auflisten: Herzschlag, Puls, Sauerstoffsättigung, Temperatur. Dass Frau S. (80) nach ihrem Darmdurchbruch schon wieder die Augen aufschlägt, dass sie

weiß, wo sie sich befindet, also orientiert ist, freut das Team. „Jetzt kommt es darauf an, dass sie sofort mobilisiert wird“, sagt Hasselbring.

Intensivstation ist viel mehr als die Kontrolle der Vitalfunktionen. „Das A und O ist die richtige Beatmung“, so Hasselbring. Die Kunst hat einen Namen: „protektive Beatmung“. Eine künstliche Beatmung also, die ganz vorsichtig ist, die Lungenbläschen (Alve-

»Keiner muss hier Schmerzen haben«

olen) nicht zu sehr bläht und die zarten Bläschen bei der Ausatmung nicht aneinander kleben lässt. Gesteuert wird dieses Verfahren über ein ausgeklügeltes Beatmungskonzept, das von der Maschine – aber vor allem vom Intensivmediziner, der über eine zweijährige Zusatzausbildung nach seiner Facharztbildung verfügt, gesteuert wird.

Doch das Technische ist nur die eine Seite. Der Intensivmediziner ist viel mehr als die Kapazität, der es gelingt, auch den Patienten mit der großen Tumoroperation oder einer Massenblutung wieder ins Leben zurückzubringen. „Wir sind auch immer ansprechbar für die Patienten, weil wir auf der Intensivstation einen sehr engen Kontakt zu ihnen haben.“ Vielfach ist der Patient

aber nicht ansprechbar. „Dann gehört der Kontakt zu den Angehörigen zu unseren Aufgaben.“

Die Ärzte auf der Intensivstation, aber auch das pflegerische Team, ist ständig mit existenziellen Fragen befasst: Wird der Patient es schaffen? Der Kontakt zu den Angehörigen bedeutet also, dass man die Fähigkeit entwickelt, auch über diese Fragen reden zu können. „In einer Situation, in der eine zum Tode führende Grunderkrankung nicht behoben oder gelindert werden kann, zeigt sich ein Dilemma der Intensivmedizin. Bei Schwerkranken, deren Zustand sich trotz intensiver Therapie nicht bessert, die aber wegen der Intensivtherapie auch nicht sterben können, sind humanitäre und ethische Entscheidungskriterien heranzuziehen“, so klingt es, wenn der Fachmann spricht.

„Ob auf eine Therapie wegen Aussichtslosigkeit von Beginn an verzichtet wird oder nach einer gewissen Zeit ein

Therapieabbruch erfolgen soll, muss individuell entschieden werden.“

Kontakt zur Familie

Eine Patientenverfügung gelte als große Hilfe, so der Arzt. „Wichtig ist, eine derart schwierige ärztliche Entscheidung in Übereinstimmung mit dem gesamten Behandlungsteam zu treffen. Die Angehörigen oder auch Betreuer sollten hierzu ebenfalls gehört werden, um bei fehlender Patientenverfügung den mutmaßlichen Willen des nicht mehr entscheidungsfähigen Kranken zu berücksichtigen. Ist das gesamte Team einhellig von der Aussichtslosigkeit einer weiteren Therapie überzeugt, so steht eine hingebungsvolle Pflege des Sterbenden, die Einbindung der Familie und eine wirkungsvolle Schmerztherapie im Mittelpunkt.“

Um das leisten zu können, bedarf es eines guten Teams, so der Arzt, der darauf hinweist: „In der Intensivmedizin ist die

Rollenverteilung zwischen Ärzten und dem Pflegepersonal nicht immer eindeutig festgelegt. Sie ist vielmehr vom persönlichen Einsatz und Ausbildungsstand abhängig.“

Auch das Pflegepersonal verfügt über eine etwa zweijährige Zusatzausbildung. Auf der Intensivstation ist der Beruf der Krankenschwester oder des Krankenpflegers vor allem eine Kombination aus technischem und pflegerischem Können.

Wo es um Schwerstkranken geht, geht es auch darum, Schmerzen zu nehmen. „Keiner muss hier Schmerzen haben“, sagt Hasselbring. „Wir spielen nicht Indianer.“ Wie man den Körper in einen Zustand versetzt, in dem er nicht mehr spürt, wenn es weh tut, ist das Basishandwerk des Anästhesisten. Narkose bedeutet ja nichts anderes, als den Menschen in einen Zustand der Schmerzlosigkeit und des Schlafes zu überführen.

Der Intensivmediziner, der Notfälle koordiniert, der die Narkose einleitet und überwacht, der die Schmerzen nimmt, spielt eine enorme Rolle im Leben des Schwerkranken. Der hingegen würde ihn auf der Straße nicht einmal wieder erkennen. Er bleibt meist anonym für den Patienten. Hasselbring: „Deshalb freuen wir uns ja auch so, wenn Patienten, nachdem sie auf die Allgemeinstation verlegt wurden, mal wieder bei uns vorbeischauen.“

NARKOSE ALS TEIL DER ANÄSTHESIOLOGIE

Zustand der Bewusstlosigkeit

Die Narkose ist ein medikamentös herbeigeführter, kontrollierter Zustand der Bewusstlosigkeit. Dabei werden im gesamten Körper durch Lähmung des zentralen Nervensystems neben dem Bewusstsein sowohl die Schmerzempfindung,

die Abwehrreflexe als auch die Muskelspannung abgeschaltet. Die Narkoselehre ist ein Teilgebiet der Anästhesiologie. Sie wird von weitergebildeten Fachärzten durchgeführt (Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Anästhesist).