

«Rationale Entscheidungen nüchtern fällen»

Interview mit PD Dr. med. Peter Carl Baumann,
ehemaliger Leitender Arzt der Medizinischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich

Patienten, die in die Intensivstation eingeliefert werden, befinden sich meist in einem lebensbedrohlichen Zustand. Viele dieser Patienten überleben, wenn rasch die richtigen Massnahmen ergriffen werden. Andere sind nicht überlebensfähig und sollten vor sinnlosen Massnahmen verschont werden. Dies stellt den Intensivmediziner vor schwierige Entscheidungen.

Managed Care: Welches sind die Aufgaben der Intensivmedizin?

Peter Carl Baumann: Die Aufgabe der Intensivmedizin ist es, Patienten, die sich vorübergehend in einem instabilen und meist lebensbedrohlichen Zustand befinden, so zu pflegen und zu behandeln, dass sie sich stabilisieren und wieder ohne Gefahr auf der Normalabteilung weiterbehandelt werden können.

Viele Patienten, die auf der Intensivstation behandelt werden, würden ohne diese Behandlung sterben. Aber die Intensivstation ist keine Sterbestation: Patienten, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat, sollten nicht auf die Intensivstation verlegt werden. Auf die Intensivstation kommen Patienten, deren Prognose möglicherweise gut ist, das

heisst, bei denen eine mindestens teilweise Wiederherstellung ihres vorherigen Gesundheitszustands möglich ist.

MC: Sie sagen «möglicherweise gut». Das beinhaltet auch, dass die Prognose schlecht sein kann.

Baumann: In der Medizin gibt es kaum je eine hundertprozentig sichere Prognose; in der Intensivmedizin ist diese Unsicherheit noch grösser, weil die Patienten oft akut erkrankt sind, sodass man sehr wenig Zeit hat, sich ein Bild zu machen. Am Anfang besteht meist ein Informationsmangel. Wenn man einen besseren Informationsstand abwarten würde, wäre es oft zu spät, um noch etwas zu unternehmen. Es ist eine Gratwanderung, die auch beinhaltet, dass man manchmal etwas unternimmt und später feststellen muss, dass man den Patienten nicht retten kann.

MC: Ist es Aufgabe des Intensivmediziners, dies zu beurteilen?

Baumann: Ja. Wobei es in einem Universitätsspital verschiedenste Spezialisten gibt, die man beiziehen kann.

MC: Wie haben Sie diese Aufgabe empfunden?

Baumann: Wenn die Situation medizinisch klar ist, ist sie unter Umständen tragisch, und man hat Mitleid mit den betroffenen Familien, aber aus medizinischer Sicht fällt einem der Entscheid nicht schwer. Die klassische Situation ist aber jene, wo noch eine gewisse Unsicherheit besteht und wo die Möglichkeit besteht, dass man bei der Entscheidung fachliche Fehler macht. Diese Sorge,

eine Fehlentscheidung zu treffen, die für den Patienten Konsequenzen haben könnte, hat mich jeweils schon stark belastet, bis die Situation geklärt war.

MC: Hätten Sie mit der Entscheidung nicht zuwarten können, bis das Fehlerrisiko ausgeräumt war?

Baumann: Wenn man immer so lange weiterbehandelt, bis die Prognose hundertprozentig sicher erscheint, kann man mit sinnlosen Ak-

«Die Sorge, eine Fehlentscheidung zu treffen, hat mich jeweils schon stark belastet.»

tivitäten viel Leid schaffen, ohne dem Patienten zu helfen.

Ich denke etwa an Patienten mit multiplem Organversagen, die beispielsweise maschinell beatmet werden müssen und eine intensive Kreislaufunterstützung sowie ein Nierenersatzverfahren benötigen. Viele solche Patienten überleben mit guter Lebensqualität. Aber es gibt auch Patienten, bei denen man in einer solchen Situation aufgeben muss, weil man sie als hoffnungslos beurteilt. Für solche Entscheide ist viel Erfahrung nötig, aber es ist auch ein gewisses Ermessen beteiligt. Wenn zusätzlich eine schwere Infektion auftritt, soll man dann noch mit einer intensiven Antibiotikabehandlung beginnen? Oder ist die Situation so hoffnungslos, dass man darauf verzichten sollte – im Interesse des Patienten und der Angehörigen, aber auch des Pflegepersonals? Hier ist eine gute Kom-

munikation unter allen Beteiligten wichtig.

Man kann also den richtigen Moment für einen solchen Entscheid verpassen: Zum Beispiel, wenn ein Patient auf die Intensivstation eingewiesen wird, den man, rückblickend betrachtet, am besten gleich hätte sterben lassen. Weil anfangs noch nicht alle nötigen Informationen vorlagen, hat man aber doch einmal mit der Behandlung begonnen, und das hat dazu geführt, dass der Patient zwar nicht gestorben ist, aber auf einem so tiefen Niveau stabilisiert war, dass man später entscheiden musste: Wann brechen wir jetzt ab?

MC: *Ist grundsätzlich bei diesem Entscheid das Alter des Patienten ein Kriterium?*

Baumann: Das numerische Alter nicht, aber das biologische Alter: vorbestehende Krankheiten, sein Zustand vor der aktuellen Akutsituation.

MC: *War die Patientenverfügung für Sie ein Thema?*

Baumann: Extrem selten, höchstens zehnmal in all den Jahren. Die Idee der Patientenverfügungen finde ich wichtig: Wir mussten lernen, dass es nicht genügt, wenn der Arzt das Beste möchte für den Patienten und in diesem Sinne handelt, sondern dass es darum geht, herauszufinden, was der Patient selbst möchte. Wenn er

«Die Intensivmedizin ist teuer, und wenn sie bei den falschen Patienten angewandt wird, generiert das Kosten, die ins Unermessliche gehen können.»

sich dazu nicht äussern kann, ist es wertvoll, wenn man von ihm eine frühere Aussage hat. Das Problem ist aber, dass die Patientenverfügung oft zu einem Zeitpunkt verfasst wurde, als sich der Patient die aktuelle Situation gar nicht vorstellen konnte. Ich denke zum Beispiel an

einen Rechtsanwalt, der sich bei einem Unfall eine Rippenserienfraktur zugezogen hatte und in schwerster Atemnot auf die Notfallstation kam. Er hatte in seiner Patientenverfügung geschrieben, dass er nicht an

«Es ist eine schwere Belastung für alle, längere Zeit am Krankenbett eines Patienten zu sein, dessen Situation hoffnungslos ist.»

Apparate angehängt werden wolle, um sein Leben zu erhalten. Man konnte ihn zum Glück noch fragen, ob er das so gemeint habe, dass man ihn nicht vorübergehend beatmen dürfe. Er konnte noch japsen: Nein. Er wurde beatmet und hat sich vollständig erholt.

Letztlich geht es immer um die Frage der Lebensqualität. Erstens ist es für den Arzt schwierig, zu beurteilen, was für den Patienten Lebensqualität bedeutet. Und zweitens kann sich dieser Begriff beim Patienten im Lauf des Lebens verändern.

Ich finde es deshalb wichtig, dass der Patient mit dem Hausarzt über Themen spricht, die das Ende des Lebens betreffen. Für uns war es häufig wertvoll, vom Hausarzt zu hören, wie die Einstellung des Patienten war – wenn der Hausarzt zum Beispiel sagte: «Macht nicht alles Verückte mit diesem Patienten. Ich habe ihn seit 20 Jahren betreut, und ich weiss, dass er das nicht möchte.» Eine solche Aussage eines Hausarztes hat natürlich viel Gewicht.

MC: *Waren die Kosten für Sie als Intensivmediziner ein Thema?*

Baumann: Selbstverständlich. Denn die Intensivmedizin ist teuer, und wenn sie bei den falschen Patienten angewandt wird, generiert das Kosten, die ins Unermessliche gehen können. Dieses Geld ist, rückblickend betrachtet, nicht am richtigen Ort eingesetzt.

Ich möchte aber betonen, dass es solche Situationen geben kann, trotz optimaler Fachkompetenz des Ent-



Peter Carl Baumann ist Facharzt für Innere Medizin und für Intensivmedizin. Staatsexamen 1960. Danach Assistenzarzt in Bülach und während zweier Jahren in Boston (USA). Ab 1965 Vervollständigung der Weiterbildung zum Internisten und Kardiologen am Universitätsspital Zürich (USZ). Dazu gehörte die Tätigkeit in der neu gegründeten internistischen Intensivstation am USZ, für die er ab 1971 als Oberarzt zuständig war. (Während es bis 1960 weltweit nur Vorläufer gegeben hatte, entstanden in den Sechzigerjahren sehr viele Intensivstationen. Anfangs der Siebzigerjahre erlebte die Intensivmedizin eine eigentliche Revolution, indem sie viele neue therapeutische Möglichkeiten eröffnete und zu einer markanten Senkung der Mortalitätsrate beitrug). Von 1974 bis im August 2000 war Baumann Leitender Arzt der internistischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich. Nach seiner Pensionierung hat er sich bewusst aus der Medizin zurückgezogen. Er ist heute Hausmann (seine Frau ist noch berufstätig) und begeisterter Hobbysportler (Sportarten: Joggen, Mountainbike, Skilanglauf, Ski- und Bergtouren, Krafttraining).

scheidungsträgers und trotz optimalem Willen, das Beste für den Patienten zu tun – ganz einfach deshalb, weil die Beurteilung am Anfang so schwierig ist. Aber es darf diese Situationen nicht zu häufig geben, sonst muss man sagen: «Da läuft bei der Indikationsstellung für die Intensivbehandlung etwas schief.» Auf grossen internistischen Intensivstationen liegt die Gesamtmortalität heute durchschnittlich bei knapp

über 10 Prozent. Wenn diese Zahl wesentlich höher ist, ist das ein Indiz dafür, dass zu viele falsche Patienten in der Intensivstation behandelt wurden – Patienten, die davon nicht profitiert haben.

MC: *Wie war es für Sie, dass 10 Prozent der Patienten, die bei Ihnen behandelt wurden, starben?*

Baumann: Das ist primär einfach einmal eine berufliche Tatsache. Wenn man zu sehr darunter leidet, läuft man Gefahr, emotionale Entschiede zu fällen, die nicht der Sache dienen. Zudem habe ich Zeiten erlebt, wo 25 Prozent der Intensivpatienten starben. Für mich sind 10 Prozent also bereits ein Erfolg.

MC: *Dieser Hintergrund fehlt Ihren jüngeren Kollegen, die heute in die Intensivmedizin einsteigen. Welche Auswirkungen wird das haben?*

Baumann: Jene, die neu einsteigen, müssen solche Entscheidungen ja

«Je älter man wird, desto mehr setzt man ein Fragezeichen hinter die Überaktivität.»

nicht allein fällen, sondern sie haben immer einen erfahrenen Arzt hinter sich. Aber es ist eine Tatsache, dass jüngere Ärzte eher die Tendenz haben, auch dort aktiv zu sein, wo Aktivität fragwürdig ist. Je älter man wird, so meine Erfahrung, desto mehr setzt man ein Fragezeichen hinter die Überaktivität, weil man erlebt hat, dass es enorm viel Leid schafft für viele Beteiligte, wenn man überaktiv ist und das Resultat am Schluss nicht gut ist. – Es ist eine schwere Belastung für alle, längere Zeit am Krankenbett eines Patienten zu sein, dessen Situation hoffnungslos ist.

Es ist aber auch möglich, dass ältere Ärzte gelegentlich zu früh aufgeben würden. Dann dient der jugendliche Enthusiasmus eines jüngeren Kollegen als Korrekturfaktor. Man ist ja ein Team und kommuniziert miteinander.

MC: *Man wirft der Intensivmedizin ja manchmal einen gewissen «Machbarkeitswahn» vor.*

Baumann: Den hatte ich ebenfalls, als die Intensivmedizin anfangs der Siebzigerjahre ihre grossen Erfolge gefeiert hat. Mit der Zeit habe ich realisiert, dass nicht alles machbar ist, auch mit den erweiterten Möglichkeiten nicht. Und dass es wichtig ist, nüchtern einfach festzustellen: Wo kann ich meine Mittel sinnvoll einsetzen, und wo ist es sinnvoller, sie nicht einzusetzen?

MC: *Sie gebrauchen den Begriff «nüchtern». Den Ärzten wird gelegentlich vorgeworfen, dass sie emotional weniger kompetent seien als Pflegende. Die Fähigkeit des Arztes, nüchtern zu urteilen, wird also oft negativ beurteilt.*

Baumann: Es ist eben beides wichtig. Ich sprach vorher von Korrekturfaktoren zwischen jüngeren und älteren Kollegen. Genauso spielen Korrekturfaktoren – sofern die Kommunikation gut klappt – zwischen Pflegepersonal und Ärzten. Generell ist das Pflegepersonal emotional viel stärker beteiligt, weil Pflegende in der Intensivstation täglich während achteinhalb Stunden praktisch ununterbrochen am Krankenbett ar-

«Für eine optimale Entscheidung ist beides wichtig: die Nähe und das unmittelbare Mitleiden des Pflegepersonals, aber auch die nüchternere Distanz der Ärzte.»

beiten. Der Arzt macht zwar meistens pro Tag seine Visite, ist dann aber wieder mit anderem beschäftigt und hat deshalb mehr Distanz.

Für eine optimale Entscheidung ist beides wichtig: die Nähe und das unmittelbare Mitleiden des Pflegepersonals, aber auch die nüchternere Distanz der Ärzte. Denn wenn man es nur emotional betrachtet, ist die Gefahr von Fehlentscheidungen gross.

MC: *Wie würden diese Fehlentscheidungen ausfallen?*

Baumann: Im Allgemeinen würde das Pflegepersonal tendenziell eher früher aufgeben und die Ärzteschaft eher später. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich irgendwo in der Mitte.

MC: *Wenn der Arzt zu Überaktivität neigt, hat das also auch damit zu tun, dass er weniger stark mitleidet, weniger Mitleid hat mit dem Patienten?*

Baumann: In einem gewissen Sinn kann man das so sagen, aber meiner Ansicht nach hängt das nicht oder nur zu einem kleinen Teil mit der Persönlichkeit des Arztes zusammen, sondern einfach damit, dass er von seiner Tätigkeit her mehr Dis-

«Emotionen sind sehr wichtig und wertvoll, aber zu viele Emotionen können eine nüchterne Entscheidung verfälschen.»

tanz hat. In der Medizin gibt es sehr viele rationale Entschiede zu fällen, die am besten ohne Emotionen gefällt werden. Emotionen sind sehr wichtig und wertvoll, aber zu viele Emotionen können eine nüchterne Entscheidung so verfälschen, dass am Schluss für den Patienten Negatives herauschaut. Ich habe viele Patienten erlebt, deren Situation auf den ersten Blick hoffnungslos schien und die nachher gut überlebt haben, wenn man den nötigen Durchhaltenwillen hatte. ■

Interview:
Rita Schnetzler