

# Intensivmedizin: Machbar, wünschbar oder gar nicht?

Reto Stocker

Die Intensivmedizin – nun ein eigenständiges Fachgebiet mit einem Facharztstitel – sieht sich je länger je mehr im Spannungsfeld zwischen Machbarem und Wünschbarem, wobei das Machbare zum Teil einfacher zu definieren ist als das Wünschbare. Diese Entwicklung wird verstärkt durch die Einführung von neuen teuren Technologien (z.B. verschiedene temporäre Organersatzverfahren für Leber-, Nieren-, Lungen-, Kreislauffunktionsstörungen) und Medikamenten (aktuelle Beispiele: aktiviertes Protein C, neueste Breitspektrum-Antibiotika, rekombinanter, aktivierter Faktor VII usw.). Diese Verfahren können – wenn im richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort, am richtigen Patienten mit optimaler Basistherapie eingesetzt – einen grossen Einfluss auf Morbidität und Mortalität haben. Wenn sie aber zum falschen Zeitpunkt oder am falschen Ort oder Patienten und/oder bei inadäquater Basistherapie eingesetzt werden, tragen sie lediglich zu einer Leidensverlängerung, einem qualitativ inakzeptablen Outcome und unter Umständen massiven Kostensteigerungen bei.

Eine zentrale Erkenntnis als Folge langjähriger Tätigkeit und Erfahrung im Bereich der Intensivmedizin ist, dass es in komplexen medizinischen Situationen fast keine Wahrheiten, sondern lediglich Wahrscheinlichkeiten gibt. Diese Erkenntnis bringt uns gegenüber unseren Partnern immer wieder in einen Argumentationsnotstand, da wir selten die Worte «sicher» oder «sicher nicht» bzw. «immer» oder «nie» gebrauchen können. Die Belegung einer klaren Evidenz eines Therapieverfahrens oder individuell prognostischer Aussagen ist aufgrund der komplexen Systeme, mit denen wir es zu tun haben, äusserst schwierig und wird als Forschungsbereich wenig honoriert, da die meisten dieser Fragen über Multizenterstudien untersucht werden müssten.

Trotzdem kommt dem Intensivmediziner immer mehr die Aufgabe der «Triage» zu, da vor- und nachgeschaltete Behandlungsgruppen diesen Fragen mit zum Teil durchaus achtenswerten Gründen eher aus dem Weg gehen.

Obwohl die Intensivmedizin sich seit Jahren mit Fragen der Evidenz und Qualitätssicherung auseinandersetzt, fehlen ihr nach wie vor wesentliche Instrumente, welche die Möglichkeit gäben, ebenso sicher aufzutreten wie Kollegen aus gewissen anderen Fachgebieten, welche Ursache und Wirkung offensichtlich sehr genau

kennen und auch im individuellen Fall präzise gewichten können. Wir müssen uns häufig damit begnügen, dass wir gewisse Fragen nur mit einem ganz entschiedenen «vielleicht» und die von unseren Partnern geforderte Sicherheit für therapeutische Entscheidungen lediglich aufgrund von Wahrscheinlichkeitsabschätzungen basierend auf Angaben aus der Literatur und den eigenen Erfahrungen beantworten können. Zusätzlich erschwerend kommt dazu, dass hin und wieder ein medizinischer Erfolg gleichzeitig eine soziale Katastrophe darstellen kann. Wir müssen (und wollen) uns deshalb auch mit Fragen der vermutlich zu erwartenden Lebensqualität – deren Eigen- und Fremdbeurteilung oft nicht deckungsgleich sind – auseinandersetzen und sehen immer mehr, dass das reine Überleben nicht immer das höchste anzustrebende Ziel der Behandlung sein kann. Die immer grösser werdende Palette an Therapieoptionen zusammen mit der Veränderung der Altersstruktur in unserer Bevölkerung beschert der «Spitzenmedizin» eine zunehmende Anzahl an Patienten, bei welchen die Güterabwägung zwischen Therapienutzen, Prognose, Lebensqualität und ungebremseter Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht immer klar und einfach ist. Gerade in der Intensivmedizin müsste eine lange Behandlungsdauer mit letzten Endes einem schlechten absoluten oder qualitativen Outcome aufgrund der damit verbundenen Leidensverlängerung und Ressourcenverschleuderung vermieden werden. Da es aber vielfach eben keine Sicherheit, sondern nur eine Outcome-Wahrscheinlichkeit gibt, wäre ein Konsens darüber, wie viele Patienten mit welchem Aufwand vergeblich behandelt werden dürfen, damit einer überlebt, ausserordentlich wichtig. Dieser Problemkreis wird von den vielen Heilsbotschaftern, welche genau wüssten, wie die Kostenspirale zu bremsen ist, jedoch konsequent ausgeklammert. Auch in den eigenen Reihen wird das persönliche Selbstwertgefühl immer noch zu häufig vom Überleben des Patienten abhängig gemacht, ungeachtet der zu erwartenden kurz- und mittelfristigen Prognose und Lebensqualität, welche darüber hinaus auch noch schlecht definiert ist.

Der zunehmende Kostendruck macht selbstverständlich auch vor der Intensivmedizin – einem der teuersten medizinischen Fachgebiete – nicht halt. Um so wichtiger ist, dass die-

ses Fachgebiet der Behandlungsqualität einen absolut prioritären Stellenwert einräumt und durch einen entsprechenden «case load» das Gewinnen von Erfahrungen zulässt. Die Behandlungsqualität kann nur durch konsequent dafür aus-, weiter- und fortgebildete Fachleute sichergestellt werden. Dies wurde erneut in der systematischen Review von Pronovost et al. gezeigt, in welcher durch Intensivmediziner geführte Intensivstationen bezüglich Spitalmortalität eine Reduktion um 29% und bezüglich ICU-Mortalität eine um 39% erzielen konn-

ten und darüber hinaus die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation und im Spital zu senken vermochten [1]. Dass eine gute Intensivmedizin nicht auf der grünen Wiese betrieben werden kann, sondern immer einen interdisziplinären Ansatz erfordert, versteht sich dabei von selbst. Dieser trägt hoffentlich dazu bei, das «mein-Patient-Denken» bei gewissen Kollegen zugunsten einer medizinischen Berufsauffassung in ausschliesslichem Interesse des Patienten zu ersetzen.

### Literatur

- 1 Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremiszov TT, et al. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA 2002;288: 2151-62.