

Vom Retten und vom Sterben

Symposium des VLK zu Intensiv-, Notfall- und Transplantationsmedizin

Im Krankenhaus wird Leben gerettet, aber es wird auch gestorben. Die Schnittstelle zwischen Leben und Tod in ihren verschiedenen Facetten war das Thema des VLK-Symposiums zur Intensiv-, Notfall- und Transplantationsmedizin am dritten Tag des 46. Deutschen Krankenhaustages in Düsseldorf.

PD Dr. Michael A. Weber, Kongresspräsident und Präsident VLK, sprach von einem „Riesenfeld von der Ethik bis zu End of Live Care“. Die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Klinikmitarbeiter in kritischen Situationen, die oftmals den Grenzbereich des Machbaren und Sinnvollen berührten, müssten politisch und gesellschaftlich neu überdacht werden.

Gerade beim Thema Organspende wird deutlich, wie sehr sich Leben und Tod bedingen. Der Medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation **Dr. Axel Rahmel** erklärte dazu, dass die Organspende nur in der engen und guten Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus funktionieren könne. „Organspende rettet Leben, aber ohne das Krankenhaus fehlt der erste Schritt. Kliniken sind die wichtigsten Partner, um die Organspende umzusetzen.“ Für Rahmel ist klar, dass im Krankenhaus bei jedem Patienten mit schwerer Hirnschädigung am Lebensende an das Thema Organspende gedacht werden muss. Wesentlich sei, dass das Bewusstsein für das Thema in der Gesellschaft, aber auch in der Ärzteschaft vorhanden sei. Dieses Bewusstsein sei mindestens genauso wichtig wie politische

Entscheidungen. „Eine Widerspruchslösung würde die Kultur der Organspende in Deutschland fördern. Sie würde das Denken an die Organspende zur Selbstverständlichkeit machen“, so Rahmel.

Vergleiche man die Bundesländer, dann gebe es „Riesenunterschiede“: Die Länder im Nord-Osten und im Osten seien führend bei der Organspende. Auch das „Sorgenkind“ Baden-Württemberg habe inzwischen etwas aufgeholt. Immerhin gebe es insgesamt einen Zuwachs gespendeter Organe. Die Spender selbst würden immer älter, das mittlere Alter liege jetzt bei 56 Jahren.

Weil Deutschland jedoch international zu den Schlusslichtern bei der Organspende gehöre, profitierten wir von anderen Ländern mit deutlich höheren Spenderzahlen. „Wir sind Nettoimporteure“. Auf dem ersten Platz liege Spanien bei den Organspenden. Dort gebe es eine andere Kultur der Organspende und mehr politische und gesellschaftliche Unterstützung. Auszeichnungen für Organspenden würden in Spanien im Eingangsbereich einer Klinik prominent aufgehängt, bei uns würden sie eher versteckt. Zudem sei das Gesundheitswesen dort anders organisiert.

Das Hauptproblem in Deutschland sei, dass es zu wenig Zustimmung zur Organspende gebe, sagte Rahmel. Bei einer fehlenden Regelung entschieden sich Angehörige oder Zugehörige meist gegen eine Organspende.



„Eine Widerspruchslösung würde die Kultur der Organspende in Deutschland fördern“, betonte Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. *Fotos: Ute Böhm*

Ob nun das Organspenderegister, das im ersten Quartal 2024 starten soll, einen Durchbruch bringt, ist offen. Klar sei aber bereits jetzt, für die Kliniken Sorge das aufwendige, mehrschrittige Verfahren für noch mehr Bürokratie.

Immer mehr Komorbiditäten

„Lassen Sie uns mehr über das Sterben sprechen“, erklärte DIVI-Generalsekretär **Prof. Dr. Uwe Janssens** zu Beginn seines Vortrags. Es sei eklatant, wie das Sterben verdrängt werde. Immerhin sei die Lebenserwartung heute bei etwa 83 Jahren (Frauen) und 78 Jahren (Männer) und somit deutlich gestiegen im Laufe der letzten Jahrzehnte. „Das liegt an den Erfolgen der Medizin.“ Allerdings steige auch die Anzahl der Komorbiditäten deutlich an. Patienten kämen heute mit Organschäden auf die Intensivstation, was das Klinikpersonal vor größere Herausforderungen stelle bei der Versorgung. Und wo wird gestorben? Zuhause immer weniger. Über 50 % der Menschen sterben im Krankenhaus, sagte Prof. Janssens.

Teilweise gebe es 20 bis 25 % Todesfälle auf den Intensivstationen der Kliniken. Für Janssens ist es ein Problem, dass die moderne Medizin die Grenzenlosigkeit des Lebens verspreche. „Grenzen sind aber trotz aller Technik vorhanden.“ Das Sterben gehöre zu unserem Leben. „Es ist auch Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, diese Akzeptanz der Endlichkeit zu kommunizieren“, so der Mediziner. Er appellierte, dass Maßnahmen überprüft werden müssten, ob sie sinnvoll und menschlich angemessen sind. Zentrale Bedeutung habe der Patientenwille. Und es gehöre dazu, die Sinnhaftigkeit von Therapiezielen zu überprüfen.



„Patienten kommen mit Organschäden in die Intensivmedizin“, sagte DIVI-Generalsekretär Prof. Dr. Uwe Janssens.



„Wir brauchen dringend eine Notfallreform“, forderte Prof. Dr. André Gries, Leiter der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Leipzig.

Einen wichtigen Impuls gab auch der Vortrag von **Prof. Dr. André Gries** zur Notfallmedizin. Gries leitet die Zentrale Notaufnahme des Universitätsklinikums Leipzig. „Wir brauchen dringend eine Notfallreform, aber in den vergangenen Jahren haben wir immer das Thema aufgegriffen, ohne weiterzukommen. Viele Punkte, die wir heute diskutieren, haben wir schon vor 20 Jahren diskutiert.“ Echte Innovationen gebe es eigentlich nur bei der Fahrzeugtechnik. „Bei Prozessen und Strukturen tun wir uns schwer.“

Die Liste der Gutachten, Empfehlungen und Beschlüsse zur Reform der Notfallversorgung sei lang: 2018 hatte der Sachverständigenrat ein Gutachten vorgelegt, wonach ein gemeinsames Notfallsystem von KV und Klinik in Form von Integrierten Notfallzentren etabliert werden soll. Es gab den Beschluss des G-BA zu den Notfallstrukturen, es folgten Referentenentwürfe, Stellungnahmen, Anhörungen und schließlich unter anderem zwei Empfehlungen der Regierungskommission zu der Thematik und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.

Für Prof. Dr. André Gries ist klar: „Wir benötigen klare Vorgaben, um eine effiziente, sichere und wirtschaftliche Notfallversorgung sicherzustellen.“ Eine solche Reform müsse sowohl den Rettungsdienst und die Leitstelle als auch die Schnittstelle zwischen KV und Krankenhaus betreffen. Gerade bei der KV müsse geklärt sein, was sie zu leisten hat. Gries betonte: „Es muss standardisiert sein, wie Notfallversorgung abläuft. Unterschiede je nach personeller Besetzung sind nicht akzeptabel.“ Sein visionärer Ausblick: Die Versorgung der Notfallpatienten wird künftig nur noch in definierten Kompetenzzentren stattfinden und die Steuerung der Patienten erfolgt über zentrale Registerdaten. *tak*