

Der ältere Patient auf der NeuroIntensivstation

von Prof. Dr. med. Wolfgang Müllges,
Universitätsklinikum Würzburg



Auf Initiative unseres internistischen Kollegen Guido Michels wurde ein Konsenspapier zur Geriatrischen Intensivmedizin erstellt, an dem Delegierte mehrerer intensivmedizinischer Fachgesellschaften mitwirkten – so die DGNI und ich –, aber auch Geriater, Palliativmediziner, Ernährungsmediziner und andere. Jeder wirkte aus seiner Perspektive mit, und entsprechend kam ein etwas inhomogener Artikel mit 16 resultierenden Statements heraus [[Med Klin Intensivmed Notfmed 2019 und Z Gerontol Geriatr 2019;52:440](#)].

Ich hatte nach Lektüre des Gesamtartikels nicht das Gefühl, etwas Neues zu lernen oder mein bisheriges Verhalten ändern zu sollen, und habe ihn als eigentlich unnötig ad acta gelegt. Ich habe geirrt.

Eines Besseren belehrt haben mich eine Reihe von Wortmeldungen durch KollegInnen aus unterschiedlichsten Tätigkeitsbereichen, die voll des Lobes waren, dass sich endlich einmal jemand zum Thema äußert. Offensichtlich bestand ein bis dahin unbefriedigtes Bedürfnis, dem sich das Konsenspapier genähert hat. Mir ist aus dem Lob nicht recht klar geworden, ob es dabei um die Verbalisierung eines generellen Problems, Problemlösung im Detail, humanitäre Aspekte, Organisation oder Verteilungsgerechtigkeit usw. ging. Ich glaube, es ging darum, dass einzelne? viele? alle? ein unbehagliches Gefühl beschleicht (gelegentlich? nie? immer?), wenn ein greisenhafter Mensch allen Segnungen apparativer Intensivmedizin unterzogen wird, letztlich also um die Gemengelage zwischen Effizienz und Sinn von Intensivmedizin („futility“), die kollidiert mit dem humanitären (Selbst-)Bild des palliativen Schützenden und einer zerbrechenden Kreatur die ihr zustehende Würde zu erweisen.

In diesem Lichte betrachtet sollte jeder Intensivmediziner dieses Konsensuspapier lesen, nicht um einen Lernzielkatalog zu erfüllen, sondern um nachzudenken. Es geht nicht um Alter in Jahren, sondern um Organbedingungen ohne Reserven und mit vermindertem Erholungspotential; es geht um eine besonders ausgeprägte Schädigungspotenz unserer üblichen Maßnahmen; es geht bei sonst gut verträglicher Standardbehandlung eines Organs um Kollateralschädigung bereits fragiler anderer Organe. Soweit zum Handwerk. Es geht weiter darum, dass sich unser Prognosewissen auf Einzelorganerkrankungen bezieht, aber nicht auf die Multimorbidität bereits gebrechlicher Menschen. Und im hohen Alter mit vorbestehender Einschränkung der Lebensmöglichkeiten (und besonders mit neuer Hirnschädigung) geht es ganz zugespitzt auch um die Frage, welches Aktivitätsniveau weiteres Leben lebenswert macht.

An den Nachwuchs: Für all diese Fragen besteht ausgesprochener Forschungsbedarf!

An die Älteren: ich bin mir nicht sicher, ob „Geriatrische Intensivmedizin“ ein zu begrüßender Begriff ist. Wollen und/oder benötigen wir eine solche Subspezialität? Die neurologische Intensivmedizin hat immer ein relativ altes und ein geriatrisches Patientenkollektiv betreut. Was Geriatrie braucht, sind Ärzte mit geschultem Fingerspitzengefühl beim Handeln. Freilich, das muss man erwerben, am besten durch fleißige Konsiliartätigkeit auf anderen Intensivstationen, sonst bleibt man naturgemäß so beschränkt wie das eigene Fach. Also: Eintreten in die DIVI! Das erweitert den Horizont.