

»Brücke«, die Leben retten kann

Die Bilder von Patienten auf Intensivstationen, angeschlossen an die ECMO, sind den meisten Menschen vermutlich noch aus Pandemie-Zeiten präsent. Ein Team der Bad Nauheimer Kerckhoff-Klinik beteiligt sich nun an einer Studie, in der es um die Frage geht, welche Überlebenschancen der jeweilige Patient an diesem Gerät hat.

VON CHRISTOPH AGEL

Marco Dohle erinnert sich noch gut an die Dankesworte der Patienten, die die ECMO überlebt haben, die Extrakorporale Membranoxygenierung. Doch auch diejenigen, die es nicht geschafft haben, sind ihm präsent. Die schlimmsten Zeiten der Pandemie. Alles noch nicht lange her. Nun scheint es vergleichsweise ruhig zu sein auf der Intensivstation der Bad Nauheimer Kerckhoff-Klinik, wo Dohle pflegerischer Leiter ist. Wo bei das Wort »ruhig« auf einer Intensivstation nie passend ist. Dennoch ist Zeit, über eine Studie zu sprechen, die genauere Prognosen ermöglichen soll. Es geht um die Frage, welche Überlebenschancen der einzelne Patient an der ECMO hat.

Das Gerät sorgt dafür, dass Blut eines Patienten mit einer Lungenkrankheit und/oder bei kardialen Versagen künstlich mit Sauerstoff versorgt wird. Dies geschieht extern, das Blut wird aus dem Körper heraus und wieder hineingeleitet. An der Studie arbeiten erstmals Intensivpflegekräfte, Kardiotechniker und Ärzte gemeinsam. Die Kerckhoff-Klinik ist neben anderen Krankenhäusern beteiligt. Sie verfügt über



Ein Patient wird dann an eine ECMO angeschlossen, wenn er ohne sie nicht überleben würde. Die Maschine verschafft dem medizinischen Personal in Krankenhäusern Zeit, die weitere Behandlung zu planen.

SYMBOLFOTO: IMAGO

sechs dieser Geräte, die dann zum Einsatz kommen, wenn zum Beispiel die Lunge und/oder das Herz Unterstützung braucht. Über die Hintergründe der Studie informieren Prof. Ragnar Huhn-Wientgen als Direktor der Abteilung Anästhesiologie, Nikolaos Lafiontiatis als Ärztlicher Leiter der Operativen Intensivmedizin und Marco Dohle als Pflegerischer Leiter.

Begrenzte Zeit an der ECMO

An eine ECMO angeschlossen zu sein, geht nur eine gewisse Zeit. Sechs Wochen sei es an der Kerckhoff-Klinik im längsten Fall gewesen, sagt Dohle. Wenn es um akutes

Herzversagen gehe, dann stehe zwar ein »Score« zur Verfügung, mit dem man objektive Maßstäbe habe, die eine Prognose erlauben, erläutert Lafiontiatis. Die Ergebnisse der nun laufenden ECMO-Studie sollen diese Maßstäbe aussagekräftiger machen. Zumal, wie erwähnt, verschiedene Berufsgruppen mitwirken. »Der Erfahrungsschatz ist Gold wert«, sagt Huhn-Wientgen, weist insbesondere den langjährigen Pflegekräften eine bedeutende Rolle zu. Die sind besonders dicht und lange dran am Patienten. »Es gibt nicht immer die perfekten Tools, um eine möglichst genaue Prognose abgeben zu können. Vieles ist Erfahrung und Instinkt«, sagt Dohle, der seit 15 Jahren an

der Kerckhoff-Klinik in der Pflege arbeitet.

Es geht auch um die Frage, welche Berufsgruppe nach wie viel Jahren Erfahrung den Verlauf besser abschätzen kann. »Können zum Beispiel Pflegekräfte, die länger als zehn Jahre im Beruf arbeiten, genauer einschätzen, ob und wie ein Patient die Therapie übersteht, als ein Arzt oder Kardiotechniker mit zweijähriger Berufserfahrung?«, gibt Huhn-Wientgen zu bedenken.

Eines ist klar: Schließt man einen Patienten nicht an eine ECMO an, obwohl er sie benötigen würde, stirbt er. An der Kerckhoff-Klinik werden laut Lafiontiatis pro Jahr etwa 80 Patienten an der ECMO behandelt. »Die wären verstorben

ohne ECMO. Von diesen 80 überlebt vielleicht die Hälfte, das sind aber immerhin noch 40 Menschen, die überleben.«

Grundsätzlich werde all jenen, die dringend darauf angewiesen seien, eine ECMO-Behandlung ermöglicht – von einer Ausnahme abgesehen: »Eine absolute Kontraindikation wäre nur der Patientenwille. Diesen Willen würden wir immer respektieren.« Allerdings seien die Patienten in dem Mo-

» Von diesen 80 überlebt vielleicht die Hälfte, das sind aber immerhin noch 40 Menschen, die überleben.

Nikolaos Lafiontiatis

ment, in dem entschieden werde, oft gar nicht mehr ansprechbar, befänden sich im Koma, fügt Marco Dohle hinzu. Können man es sich zeitlich erlauben, ohne den Patienten zu gefährden, spreche man mit den Angehörigen.

Prinzipiell geht es darum, mithilfe der Maschine Zeit zu gewinnen. Der Patient wird am Leben gehalten, in der Zeit kann das medizinische Personal die weitere Behandlung planen. »Die ECMO ist keine Therapie, sondern eine Brücke«, sagt Lafiontiatis. »Eine Brücke zu etwas. Manchmal ist es auch eine zu gar nichts, zum Ende.«

Letztlich ist dem Kerckhoff-Team aber klar, dass die ECMO eine Chance ist, die nicht nur Leben ein bisschen verlängern, sondern ein zweites Leben schenken kann. Auf diesem Gebiet will man in Bad Nauheim noch erfolgreicher werden. Oder wie es Nikolaos Lafiontiatis formuliert: »Nur durch Studien wird man besser.«



Nikolaos Lafiontiatis (l.), Ragnar Huhn-Wientgen (M.) und Marco Dohle erhoffen sich von der Studie eine Grundlage für bessere Prognosen.

FOTO: NICI MERZ

INFO

So läuft die Studie ab

Neben der bestmöglichen Patientenversorgung setzt die Kerckhoff-Klinik den Schwerpunkt auch auf Forschung und Lehre. Deshalb beteiligt sie sich mit anderen deutschen Kliniken an der ECMO-Studie, die die Uniklinik in Düsseldorf initiiert hat. Sie ist auf drei Jahre angelegt. Ärzte, Pflegekräfte und Kardiotechniker schreiben pro Patient jeweils in bestimmten Abständen ihre Beobachtungen

zum Gesundheitszustand auf: nach den ersten 24 Stunden, eine Woche nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sowie drei und sechs Monate nach dem Ereignis, das der Grund für den Anschluss an die ECMO gewesen ist. Das auf Basis dieser Angaben zustande gekommene Ergebnis für einen Patienten wird mit dem realen Ergebnis verglichen. Angaben zu 1000 Patienten fließen in die Studie ein. »gl