

Geschichte der Interdisziplinären Kinderintensivstation Mainz

Universitätskinderklinik Mainz - Motor der Pädiatrischen Intensivmedizin in Deutschland und darüber hinaus

Auszüge aus der Festrede anlässlich des Symposiums "50 Jahre Kinderintensivstation Mainz" am 01.10.2015.

"Im Jahre 1965 wurde also in Mainz die Interdisziplinäre Pädiatrische Intensivpflegestation eröffnet, die erste ihrer Art in der BRD, die zweite in Europa – vorausgegangen war, nach persönlicher Mitteilung, lediglich wenige Monate zuvor die Einrichtung einer derartigen Station in Göteborg. Mit dieser, durchaus lokal überschaubaren Aktion – eben der Eröffnung der ersten Interdisziplinären Pädiatrischen Intensivpflegestation – wurde aber auch – und darauf kommt es mir bei meinem Blick in die Vergangenheit entscheidend an – der Grundstein gelegt für die nicht nur deutschlandweite Entwicklung eines neuen medizinischen Bereiches, ohne den Medizin von heute gar nicht denkbar wäre. Der Standard eines Krankenhauses, ob in der Pädiatrie oder in der Erwachsenenmedizin wird – wie übrigens schon vor 30 - 40 Jahren vorhersehbar – heute fast ausschließlich durch die Zahl der aktuell zur Verfügung stehenden Intensivbetten bestimmt [...].

Die Umsetzung einer noch so guten Idee setzt bekanntlich Konkretes voraus, so die Idee der Einrichtung einer Intensivstation ein Gebäude, auch wenn dieses im konkreten Fall zunächst nur aus einer teilunterkellerten Baracke bestand. Alle im Vorangegangenen erwähnten Erinnerungssymposien bis hin zum heutigen hätten übrigens nie stattgefunden, wenn man 1965 anstatt dieses Provisorium anzunehmen, auf die 30 Jahre später erfolgende Realisierung des Neubaus der Kinderklinik gewartet hätte.

Aber in diesem Provisorium, dieser Baracke verbarg sich eben das Neue: 5 kleinere Zimmer für 1 bis 2 Patienten sowie 1 größeres Zimmer für 3 bis 4 Patienten, alle Zimmer mit Doppelschleusen eingedenk der damals so häufigen Infektionskrankheiten. Auch wenn diese erste Station auch als 'Aufnahmestation' für schwerkranke Kinder vom reifen Neugeborenen bis zum 16-jährigen zur Diagnostik und Stabilisierung bis zur Verlegung auf eine Allgeminstation konzipiert war, so standen hier nicht nur Betten oder Inkubatoren sondern – und das war eben das entscheidende Neue – waren erstmals auch Beatmungsplätze eingerichtet, deren Ausgestaltung sich prinzipiell auf Intensivstationen in der Folge nicht verändert hat: Bett/Inkubator, Monitor, Beatmungsgerät.

Da die hier beabsichtigte intensive Therapie allen schwerkranken Kindern zu Teil werden sollte, war diese zur damals etwa 220 Betten umfassenden Kinderklinik gehörende Station unter fachlichen Gesichtspunkten von Anfang an ein tatsächlich und nicht nur auf dem Papier stehendes interdisziplinäres Arbeitsfeld. Zwar nicht für Kinderkardiochirurgen, die es damals im Mainzer Universitätsklinikum leider nicht gab, aber für Neurochirurgen, Kinderchirurgen, anfangs vor allem auch für Anästhesisten, aber auch für Ärztinnen und Ärzte von der Fallzahl her kleinerer operativer Fächer wurde diese Station im Bau 105 zu einem festen Einsatzort. So wurden 1967 bei insgesamt 606

– ich wiederholte 606 – Aufnahmen und 415 bekannten Diagnosen 98 Kinder postoperativ aufgenommen [...].

Von Anfang an war es für alle Beteiligten natürlich selbstverständlich – wie sollte es auch in der Kinderheilkunde anders sein –, dass auf einer – nomen est omen – 'Kinderintensivpflegestation' der Pflege und damit den Pflegekräften ein besonders hoher Stellenwert zukam. Das bedeutete aber: nicht nur Ärztinnen/Ärzte sondern auch Pflegekräfte mussten begeistert werden. Und auch sie ließen sich begeistern, trotz der auch bei Ihnen damit verbundenen, nach heutigen Vorstellungen unglaublich hohen Arbeitsbelastung. So teilten sich 1967 auf der 14 Betten Station 10 Kinderkrankenschwestern inklusive der ersten Stationschwester Frau Renate Winter über 7 Tage der Woche den geteilten Tagdienst und den Nachtdienst.

Erst 1970 wurde etwas mehr pflegerisches Personal eingestellt. Und zu dieser reinen Arbeitsbelastung kam noch etwas Entscheidendes hinzu, was allerdings in gleicher Weise für das Pflegepersonal wie für die Ärzteschaft eine grundsätzliche Bedeutung hatte: alle auf dieser Station, in diesem sich entwickelnden Feld der Medizin Tätigen wurden permanent mit Neuem konfrontiert, wozu noch niemand zuvor ausgebildet worden war und wozu es keine oder fast keine Vorgaben, Anleitungen etc., schon gar keine fundierte wissenschaftliche Basis gab.

Das erste deutschsprachige Lehrbuch zum Thema Pädiatrische Intensivmedizin, 'Pädiatrische Intensivbehandlung' mit gerade einmal 142 Seiten wurde erst 1974 von v. Löwenich und Koch herausgegeben. Diese einmalige Situation, dass vieles sozusagen bei laufendem Betrieb erst erarbeitet/erlernt werden musste, zwang damals aus der Situation heraus zum *Learning by Doing*, einer Vorgehensweise, die nach meiner Meinung nur in dieser frühen Phase des Aufbaus der Pädiatrischen Intensivmedizin vertretbar, weil unvermeidbar war, deren immer wieder aus den verschiedensten Gründen, auf deren Wiedergabe ich hier wohlmeinend verzichte, zu beobachtendes gelegentliches Fortbestehen bis in die heutige Zeit ich mit Blick auf Patienten und Akteure für in höchstem Maße unverantwortlich halte. Dabei bestand natürlich gerade in dieser frühen Phase der Entwicklung der Pädiatrischen Intensivmedizin, in der so manche Tätigkeit ein experimenteller Charakter zukam, immer die Gefahr, dass durchaus bei den Akteuren gelegentlich oder immer das Gefühl des 'Playing God' aufkam, zumal in dieser Zeit in der Ärzteschaft insgesamt ja noch ein absolut paternalistisch geprägtes Verhalten vorherrschte.

Diese einmalige Situation des unvermeidlichen fachlichen Nichtwissens spornte aber auch an. Ärzte verfassten ihre eigenen Merkbücher mit Dosierungsangaben, Behandlungsempfehlungen etc und gaben diese bei Personalwechsel weiter. In der Pflege wurde diesbezüglich früh ein folgenschwerer Schritt gewagt: In Anlehnung an entsprechende Vorarbeit von Seiten der Anästhesie wurde von Prof. Emmrich bereits im Jahr 1973 ein erster Kurs zur Erlangung der deutschlandweit ersten staatlich anerkannten 'Weiterbildung Fachkrankenpflege Pädiatrie und Intensivmedizin' formal auf den Weg gebracht.

Das besonders Bemerkenswerte daran war aber, dass die ersten Kursteilnehmerinnen unter Federführung der damaligen Stationschwester Frau Barbara Wiesner sich ihren Lernstoff erst selbst schriftlich erarbeiten mussten! Dieses so entstandene erste *handout*

wurde zur sich später stetig erweiternden Grundlage für alle seitdem stattfindenden zweijährigen Fachweiterbildungskurse 'Pädiatrische Intensivmedizin'. Dass deren Kontinuität mehrmals von Stationsfernen in Frage gestellt wurde, war für mich nie nachvollziehbar [...].

Der situationsbezogenen notwendigen Enthusiasmus unter Ärzten und Pflegenden gleichermaßen wurde auch dadurch gefördert, dass immer wieder vielversprechende technische Neuentwicklungen zu bestaunen waren und dass auch ohne aufwendige Statistiken Qualitätsverbesserungen unmittelbar wahrnehmbar wurden.

So wurde in der Baracke der Universitätskinderklinik Mainz 1973 durch die Vermittlung von Prof. Emmrich ein Prototyp des von Frau Prof. Huch entwickelten, den Sauerstoffstatus insbesondere bei Neugeborenen kontinuierlich, nicht invasiv messenden Gerätes eingesetzt. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte der so wichtige Parameter Sauerstoffpartialdruck nur aufwendig punktuell, blutig gemessen werden. Heute, wo fast jedes Kind schon beim Eintritt in die Klinik mit einem Pulsoxymeter versorgt wird, eine kaum vorstellbare Situation.

Nach dem Anschaffen von speziell für Neugeborene und Säuglinge entwickelten Beatmungsgeräten mit IMV-Modus ging die Mortalität von beatmeten Frühgeborenen und reifen Neugeborenen innerhalb von 2 Jahren von 80% auf 53%, bei beatmeten Frühgeborenen < 1500 g innerhalb eines Jahres von 77% auf 41% zurück. Eine derartige positive Veränderung in so kurzer Zeit nimmt jeder daran Beteiligte unmittelbar wahr! Dahingegen können heute noch erzielbare Verbesserungen in der Regel allenfalls mittels statistischer Verfahren nachvollzogen werden und werden damit natürlich nicht mehr in diesem Maße unmittelbar 'erlebbare'.

Dieses Beeindruckt- und Begeistertsein von immer ausgefeilteren Technologien und innovativen Therapieformen, die die rasante Entwicklung der Pädiatrischen Intensivmedizin und damit – was doch das Entscheidende ist – das Überleben von immer mehr schwerstkranken Kindern überhaupt erst möglich machten, ließ bei dem ärztlich-pflegerischen Personal erfreulicherweise aber nie die elementaren Prinzipien im Umgang mit den auch von noch so vielen Apparaten umgebenen und mit Kabeln verbundenen kranken Kindern in Vergessenheit geraten.

Dazu bedurfte es weder Zertifizierungen noch gesetzlicher Vorgaben, noch Leitlinien, noch Publicity heischender Vermarktung: So war z.B. von Anfang an Elternbesuch erlaubt bzw. sogar ausdrücklich erwünscht [...].

Der Pädiatrischen Intensivstation in Mainz kam unter den gegebenen Umständen – was nicht verwundert – rasch eine Leuchtturmfunktion zu. Entsprechend hoch und groß waren Rang und Zahl der Hospitanten im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich aus dem In- und Ausland, die z.T. auch den hier Anwesenden durchaus persönlich bzw. namentlich bekannt sind, so u.a. auch Prof. Jorch, Magdeburg damals Münster. Kollege Obladen, damals Heidelberg, erbat sich am Ende seiner Hospitation von mir dieses Merkbuch (Original!) und erwarb damit wahrscheinlich auch manche Daten für die Erstherausgabe seines immer noch von ihm mit herausgegebenen Neonatologiebuches [...].

Ein neues medizinisches Fach, insbesondere wenn es sehr patientenorientiert ist – ein aktueller Vergleich wäre die Palliativmedizin – hat anfänglich so viel mit seiner

Eigenorganisation zu tun, dass seine – sagen wir einmal – Wissenschaftlichkeit zunächst nachvollziehbar zu kurz kommen muss. Diese Situation ist selbstverständlich streng zu trennen von der, wo rein ökonomisches Denken einen Wissenschaftsbetrieb verhindert. Dieses nachvollziehbare zu kurz kommen traf natürlich zunächst auch auf die Pädiatrische Intensivmedizin zu, was aber von den Akteuren auf der Mainzer Pädiatrischen Intensivstation nicht nur früh wahrgenommen sondern dem auch frühzeitig entgegen gesteuert wurde.

Zunächst musste überhaupt erst einmal ein wissenschaftliches Forum für die anfänglich Wenigen geschaffen werden, die sich für die Pädiatrische Intensivmedizin engagierten, um so der kritischen Diskussion, der Bündelung und der Verbreitung des sich erfreulicherweise doch stetig mehrenden Wissens Vorschub zu leisten.

Und auch dabei war Mainz wieder federführend und wegweisend. So organisierten 1970 Prof. Köttgen sowie die späteren Professoren Jüngst, Emmrich und Toussaint in Mainz ein 1. Symposium, dem nach einem 2. und 3. Folgesymposium in Düsseldorf 1971 bzw. in München 1972 nach dreijähriger Pause 1975 auf Initiative von Prof. Emmrich das 4. Symposium wieder in Mainz folgte.

Dieses Symposium trug übrigens entscheidend mit dazu bei, auch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, nämlich die Deutsch-Österreichische Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (DÖGNPI) zu institutionalisieren.

Damit war zumindest auf nationaler Ebene ein Forum geschaffen, auf dem sich die Pädiatrische Intensivmedizin präsentieren konnte [...].

Im Oktober 1985 wurde das 4. Treffen einer sich damals noch European Club of Pediatric Intensive Care nennenden losen Vereinigung von europäischen pädiatrischen Intensivmedizinern – dominiert von Kolleginnen und Kollegen aus Frankreich, Holland, Spanien und England – von den Mainzer Intensivisten organisiert, quasi als Jubiläumsveranstaltung zum 20-jährigen Bestehen der Mainzer Intensivstation. Diese Veranstaltung zeichnete sich durch höchstes Niveau aus. Erwähnen möchte ich von den Teilnehmern aus 10 Nationen nur Prof. Fujiwara, Japan, der weltweit zum ersten Mal Surfactant bei Frühgeborenen klinisch zum Einsatz gebracht hatte und Prof. Rogers, dem Chef der Anästhesie am John Hopkins Hospital in Baltimore, dem Herausgeber des ersten umfangreichen zweibändigen Handbuchs zur Pädiatrischen Intensivmedizin, das in der Folge zum Standardwerk avancierte.

Die größte Bedeutung kam dieser Veranstaltung hier in Mainz jedoch dadurch zu, dass sie letztendlich den Anstoß gab zur formalen Gründung einer europäischen Fachgesellschaft, der ESPIC (European Society of Pediatric Intensive Care), die sich inzwischen – heute als ESPNIC (European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care) – als eine europäische Fachgesellschaft mit etwa 400 Mitgliedern etabliert hat.

Aber damit noch nicht genug: Die Pädiatrische Intensivmedizin machte zwischenzeitlich vor allem in den USA, aber auch z.B. in Australien eine rasante Entwicklung durch – der Wissenschaftstransfer erfolgte nun zunehmend global. Dem Rechnung tragend, konnte ich in der Zeit meiner Präsidentschaft in der European Society of Pediatric Intensive Care zusammen mit dem Berner Kollegen Pfenninger und federführend mit Prof. Rogers 1992 den ersten World-Congress of Pediatric Intensive Care in Baltimore aus der Taufe heben, ein Kongress, der bis heute ebenfalls zum Erfolgsmodell wurde!

Diese Einsicht in die Notwendigkeit einer nationale Grenzen überschreitenden Orientierung wuchs aber auch in Teilen der Mainzer Pflegekräfte, die derart motiviert auf den eben angefahrenen europäischen Zug des Erfahrungsaustauschs aufsprangen und hier in Mainz im September 1991 für die Working Group Nursing der European Society of Pediatric Intensive Care das dritte Pflegesymposium veranstalteten. Dem damaligen 16-köpfigen Organisationskomitee gehörten 8 Pflegekräfte aus Mainz an. Eine der damals besonders aktiven Personen aus Mainz, Frau Irene Harth – die entscheidende Gestalterin auch dieses Symposiums – hat seitdem die Geschicke nicht nur der Nursing Group in der später in ESPNIC umgewandelten ESPIC sondern auch der ESPIC Gesellschaft insgesamt entscheidend mitgeprägt, ja sie hat bis heute ihren Aktionsradius auf die Weltbühne der Pädiatrischen Intensivpflege ausgeweitet [...].

Diese zielgerichtete, gebündelte Entwicklung der Pädiatrischen Intensivmedizin in Mainz seit der Eröffnung der Station im Jahre 1965 über mehr als 2 Jahrzehnte ließ Mainz konsequenterweise auch im Rahmen der ab 1990 erfolgten Bemühungen der Deutsch-Österreichischen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin um die Aufnahme der Pädiatrischen Intensivmedizin in die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer trotz nicht unerheblicher Widerstände zu einem wichtigen Akteur werden. Die Aufnahme der 'Fakultativen Weiterbildung in der Speziellen Pädiatrischen Intensivmedizin' in die Muster-Richtlinien der Weiterbildung anlässlich des 95. Deutschen Ärztetages 1992 brachte dann auch der Pädiatrischen Intensivmedizin – im Gegensatz zum Mit-Protagonisten dieser Entwicklung – schließlich den Realitäten Rechnung tragend die ihr zustehende Anerkennung und Wertschätzung und – wie ich vorsichtig optimistisch meine – trotz mancherorts fortbestehender Bedenken einen höheren Stellenwert."

Univ.-Prof. (em) Dr. Herwig Stopfkuchen

Kinderarzt; Neonatologe; Pädiatrische Intensivmedizin; Kinderkardiologe