

## Kennen Sie noch das Gebäude 105?

### Geschichte der Interdisziplinären Kinderintensivstation Mainz

Prof. i. R. Dr. Bodo-Knut Jüngst  
Kinderklinik der Johannes Gutenberg Universität  
55101 Mainz

In unserem Klinikum entstehen immer mehr neue Gebäude, sehr schöne, schöne und weniger schöne. Alte Häuser müssen dazu Platz machen, sie sind verbraucht, nicht mehr funktional, kurz: veraltet. Aber mit ihnen verschwinden auch die Erinnerungen an ereignisreiche Zeiten. Können Sie sich noch an das Gebäude 105 erinnern? Den Flachbau zwischen Kinderklinik und Frauenklinik, lästernd als die „Bracke“ bezeichnet?



Abb. 1: Das ehemalige Gebäude 105, die "Baracke". Eingang zur Intensivstation. Im Hintergrund rechts die alte Frauenklinik

Wissen Sie, daß in diesem Gebäude deutsche Medizingeschichte geschrieben wurde? Hier wurde 1965 die erste Intensivstation für Kinder in Deutschland eingerichtet. Sie wurde Vorbild und Lehrstätte für alle nachfolgenden Einrichtungen dieser Art.

Wie viele große Kinderkliniken hatten wir natürlich schon vor der Einrichtung einer Intensivstation Erfahrungen mit schwerkranken Kindern und Beatmungspatienten. An zwei Patienten erinnere ich mich besonders. 11 Jahre und 3 Monate (bis 1963) betreuten wir eine Patientin in der Eisernen Lunge, die im Alter von 12 Jahren an einer Poliomyelitis erkrankt war. 1964 kam ein 12-jähriger Junge mit einem Tetanus zu uns. Gemeinsam mit den Anästhesisten (Frau Dr. Lutzki und OA Dr. Kreuzer) beatmeten wir ihn mit einem Engström-Respirator in der Kinderklinik im damaligen Bau 10, dem heutigen Gebäude 502, und konnten nach 6 Wochen die Behandlung erfolgreich beenden. Ohne eine klassische Blutgasanalyse und mit einem rein volumengesteuerten Gerät, heute unvorstellbar, vor 37 Jahren jedoch die einzige Möglichkeit.

Die Entwicklung von „Intensivstationen“ für Erwachsene in der Anästhesie und Inneren Medizin wurde daher von uns mit großem Interesse verfolgt. 1965 bekam der damalige Direktor der Universitäts-Kinderklinik, Prof. Dr. Ullrich Köttgen, als Belohnung für die Ablehnung eines Rufs einen Neubau der Poliklinik, eben dieses Gebäude 105. Dieser Fertigbau war als Provisorium bis zum Neubau der Kinderklinik gedacht. Immerhin hielt das Provisorium 30 Jahre. In dieses Gebäude wurde eine Aufnahmestation integriert, in der schwerkranke Kinder diagnostiziert und stabilisiert werden sollten, bevor sie auf die Stationen der Kinderklinik verlegt wurden. Es war auch geplant, daß in dieser Einheit im

Bedarfsfall gemeinsam mit den Anästhesisten Kinder beatmet werden. In den Anfangsjahren waren die Anästhesie-Assistenten Dr. Wolfgang Dick und Dr. Miklos Halmagyi unsere regelmäßigen und verlässlichen Helfer und Lehrer. Wir benutzten lange Jahre den Begriff „Aufnahmestation“, weil die Bezeichnung „Intensivstation“ in der Pädiatrie noch mit großem Mißtrauen betrachtet wurde. Hatte man etwa vorher die schwerkranken Kinder nicht auch „intensiv“ betreut? Waren nicht die Infusionstherapie und die Poliomyelitis-Beatmungsstationen Domänen der Kinderheilkunde? Einigkeit herrschte jedoch darüber, daß es wirtschaftlich (schon damals ein wichtiges Argument!) und effektiv ist, Erfahrung und technische Ausrüstung zu bündeln. Das war der eigentliche „Intensiv“-Gedanke.

Unsere neue Einheit hatte 14 Betten, die in fünf kleineren (geeignet für 1 Großbett oder 2 Säuglingsbetten) und einem größeren Raum untergebracht waren (Abb. 2).

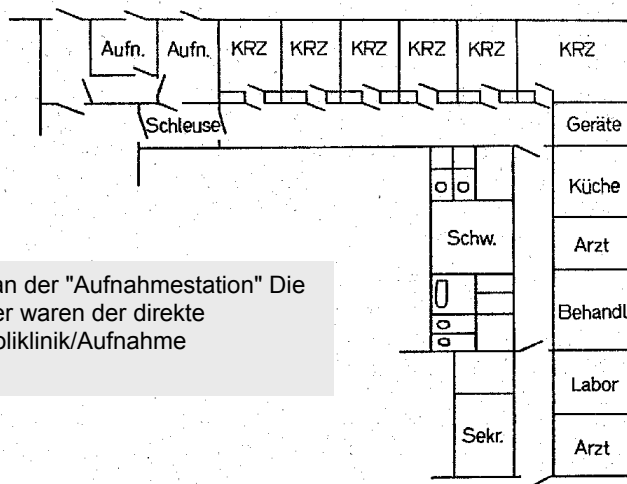


Abb. 2: Raumplan der "Aufnahmestation" Die Aufnahmezimmer waren der direkte Übergang zur Poliklinik/Aufnahme

Sämtliche Zimmer hatten eine Luftschleuse und waren daher auch bei Infektionskrankheiten benutzbar. Völlig unterschätzt hatten wir den Bedarf an Abstellräumen. Wir wurden in den ersten Jahren von vielen Ärzten des In- und Auslandes besucht, die ebenfalls eine derartige Einrichtung aufbauen wollten; unser wertvollster Rat war sicher: Lagerraum, Lagerraum, Lagerraum. Es dauerte viele Jahre, bis wir dieses Problem nachträglich zufriedenstellend lösen konnten (u.a. indem wir die Bibliothek der Kinderklinik umfunktionierten!).

Entsprechend der Raumplanung wurden alle Kinder vom Neugeborenen bis zum 16-Jährigen aufgenommen (Abb.3).

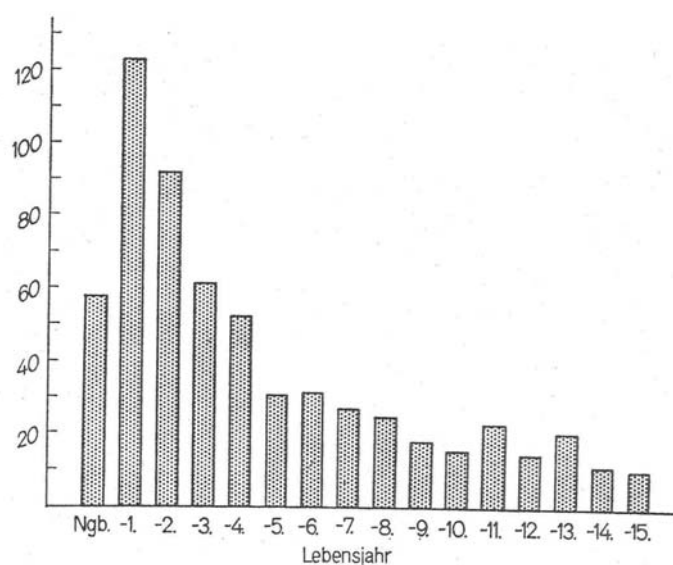


Abb. 3: Altersverteilung der Patienten der "Aufnahmestation" 1967

Für die Versorgung der Frühgeborenen stand bereits ein eigenes kleines Gebäude (heute Gebäude 106) zur Verfügung. Von Anbeginn war die neue Station interdisziplinär ausgerichtet und wurde auch von den chirurgischen Fächern sofort angenommen. 1967 hatten wir dementsprechend 1/3 chirurgische und 2/3 pädiatrische Patienten.

Postoperative Überwachung	98
Vergiftungen	66
Verbrennungen/Verbrühungen	15
Neugeborenen-Erkrankungen	56
Erkrankungen der Atemwege	66
Erkrankungen des Herz-Kreislauf	28
Erkrankungen des ZNS	86
Erkrankungen, nicht klassifiziert	191
<b>Gesamt</b>	<b>606</b>

Tab. 1: Erkrankungen der 1967 auf der "Aufnahmestation" behandelten 606 Kindern

Infektionskrankheiten spielten noch eine große Rolle, u. a. die schweren eitrigen Meningitiden. Wir konnten mit unserer Therapie (wir setzten erstmals die tiefe Sedierung und Beatmung ein) überraschende Erfolge erzielen. Auch brachte unsere Beschäftigung mit dem Schockgeschehen im Kindesalter und der Volumensubstitution gute Ergebnisse.

Unter dem heutigen Blickwinkel war die personelle Besetzung katastrophal, für uns damals sehr gut. Für den Tagdienst waren wir zwei Ärzte und ein Medizinalassistent. Der Nachtdienst wurde vom Diensthabenden bestritten, der gleichzeitig die Gesamtkinderklinik und die Notaufnahme betreuen mußte.

Für die 14 Betten standen 10 Schwestern zur Verfügung und ich beschrieb 1968 in einem Bericht als besonders optimal: „In dem größeren Raum, der besonders atemungsgestörten und frisch operierten Säuglingen dient, ist fast ständig eine Schwester anwesend.“ Schichtdienst gab es noch nicht, sondern der Tagdienst wurde durch eine zweistündige Mittagspause geteilt. Der Nachtdienst wurde durch eine Schwester erfüllt. Wir hatten nur Schwestern eingesetzt, die sich freiwillig zu dieser Aufgabe gemeldet hatten und die die Problematik kannten. Die zeitliche und die psychische Belastung war für alle außerordentlich hoch. Das ganze System funktionierte nur, weil jeder sich mit seiner ganzen Person engagierte und mit der neuen Aufgabe identifizierte.

Entgegen unseren Befürchtungen war der Krankenstand des Personals trotz der hohen Belastung über Jahre deutlich niedriger als in der übrigen Kinderklinik. Ganz ohne Zweifel entwickelte sich ein gewisses Elite-Bewußtsein, das von den anderen Kliniksangehörigen mit großem Mißtrauen und Ablehnung betrachtet wurde. Im Notfall rannte man dann aber doch immer schnell zur Aufnahmestation. Bereits 1970 erforderte jedoch die zunehmend erfolgreichere und anspruchsvollere Intensivtherapie die Erhöhung des pflegerischen und ärztlichen Personals und allmählich die Einführung des Schichtdienstes. 1972 nannten wir uns endgültig Interdisziplinäre Kinderintensivstation.

Der niedrige Personalschlüssel, verbunden mit dem Wunsch, den Patienten dennoch intensiv zu überwachen und möglichst viele Daten von ihm zu sammeln, förderte die Entwicklung der Überwachungsgeräte. Die Anschaffung des ersten Überwachungsschranks, auch als „iron-nurse“ bezeichnet (Abb. 4), bereits 1965 schien das Nonplusultra.

Zwei Temperaturmessungen, automatische Blutdruckmessung und fortlaufende EKG-Kontrolle verhielt Überwachung des Patienten ohne Personal. Wir lernten schnell, daß einerseits die Technik unzuverlässig ist und andererseits der Kontakt mit dem schwerkranken Kind durch Blick, Sprache, Berührung einen auch in der Intensivtherapie wichtigen Faktor darstellt.



Abb. 4: Der Beginn des "bed-side monitoring": die "Eiserne Schwester", 1965

Wir konnten uns auch nicht den anfänglichen Ängsten anschließen, Eltern seien gefährliche Infektionsträger. Schon 1967 legten wir langzeitbeatmete Kinder in den Arm der Mutter (Abb. 5).

Wir lernten bei den SHT mit langer Bewusstlosigkeit, welche wichtige Heilfaktoren die mütterliche Stimme und Musik sind. Und das heute so häufige, vielleicht achtlose Einschalten eines Kassettenrekorders im Zimmer eines bewußtlosen Kindes auf der Intensivstation hat seinen Ursprung in dieser Zeit und den damaligen Erfahrungen.



Abb. 5: 1969 keine Angst vor der Infektion durch die Eltern. Langzeit beatmeter (Engström) Säugling auf dem Arm seiner Mutter.

Man kann natürlich keine Erfolgszahlen zwischen damals und heute vergleichen, dazu hat sich viel zu viel geändert. Schon allein die Voraussetzungen, mit denen die Kinder heute zur Intensivtherapie kommen, sind gänzlich andere. Erinnerung sei an die kardiologischen, die onkologischen, die neurochirurgischen Patienten, die zu uns auf die Station verlegt wurden, sie waren zu meist moribund. Besonders in den ersten Jahren wurde die Aufgabe der Station von vielen Kollegen und auswärtigen Kliniken verkannt und jedes sterbende Kind auf die „Intensivpflege“ verlegt. So wurde die „Aufnahmestation“ fälschlich zur „Sterbestation“. 1968 hatten wir bei 598 Patienten eine Mortalität von 13%. Es hat viel Überzeugungskraft gekostet, die Abteilung von diesem Image zu befreien.

40 Jahre enthalten natürlich auch viele, viele Geschichten, an die sich die „Früheren“ gerne erinnern. Z. B., wie plötzlich der Efeu durch die Wand des Gebäudes wuchs und es auf einmal im Flur grünte. Diese Jahre beinhalten aber vor allem eine enorme Entwicklung, medizinisch, pflegerisch, technisch. Und diese Tendenz hat sich sogar verstärkt (sozusagen intensiviert). Als Älterer kennt man sich kaum noch aus. Dennoch bin ich nicht fremd, wenn ich heute auf die moderne, größere, technisch versierte PICU in der Kinderklinik in Mainz gehe. Die Aufgaben, die Atmosphäre, das Engagement sind die gleichen wie damals vor 40 Jahren.