

Der Anaesthetist und seine fünf Sinne*

W. Röse

Normalerweise ist jeder von uns froh, uneingeschränkt über seine fünf Sinne verfügen, also sehen, hören, riechen, schmecken und fühlen zu können. Mancher ist sogar dankbar, wenn er darüber hinaus gelegentlich auf einen 6. oder sogar 7. Sinn zurückgreifen kann, so unscharf dieser auch definiert ist.

Da muß es Verwunderung hervorrufen oder einen gewichtigen Grund haben, wenn sich eine ganze Profession - nämlich die der Anaesthesiologen - der Aufgabe verschrieben hat, in diese ja außerordentlich wichtigen physiologischen Wahrnehmungsfunktionen von Mensch und übrigens auch Tier einzugreifen. Und schnell müssen wir hinzufügen "bedarfswise einzugreifen", denn selbst berufsmäßige An-Ästhesisten würden es niemals wagen, jemanden, ob Mensch oder Tier, am Sehen, Hören, Riechen, Schmecken oder gar Fühlen zu hindern, wenn es nicht eine echte Indikation zu solchem Vorgehen gäbe.

Bedarf an gezielter Sinnesbeeinflussung hat es eigentlich seit Beginn der Menschheit gegeben, besonders wenn wir an die Sinneskomponente des Fühlens denken und uns bewußt werden, daß Geburt, Entzündung, Trauma - um nur einige Auslöser zu nennen - menschenbegleitend mal akut, mal intermittierend und gelegentlich auch kontinuierlich die Betroffenen Schmerz haben fühlen lassen. Dessen Deutung als Warner ist ebenso lange bekannt wie mancher Versuch, diesen Warner, nachdem er seine Funktion erfüllt hat, ruhigzustellen. Und nur allzu gut wissen wir, daß die entsprechenden Versuche mit lokalen und allgemeinen Methoden der Hypo- oder Analgesie Jahrtausende lang höchst unvollkommen waren und auch bis heute nicht vollkommen sind.

Sogar angesehene Wissenschaftler und Wissenschaftlervereinigungen resignierten vor diesem Problem. Dem berühmten französischen Chirurgen *Velpeau* (1795 - 1867) wird der 1839 getätigte Ausspruch nachgesagt: "Schmerzen bei Operationen zu vermeiden ist eine Schimäre, die man nicht mehr weiter verfolgen darf - denn der Schmerz ist der unzertrennliche Gefährte jeder Operation." (1)

Als der englische Chirurg *Henry Hill Hickman* (1800 - 1830) schon ein Jahrzehnt davor Vorschläge zur schmerzlindernden Wirkung einer Gasinhalation machte, verfolgten sowohl die britische "Royal Medical Society" als auch die von ihm angerufene französische "Akademie Royale de Medicine" seine experimentell untermauerten Vorschläge zur Inhalationsnarkose nur zögerlich und schließlich ablehnend. Einige Mitglieder dieser Akademie bezeichneten den Versuch der Schmerzbetäubung eines Menschen sogar als einen Verstoß gegen die göttliche Fügung des Schmerzes und als ein Vergehen gegen die guten Sitten (2).

Nicht viel anders erging es dem Edinburgher Geburtshelfer *Simpson* (1811 - 1870), der von der anglikanischen Geistlichkeit als "personifizierter Antichrist" bezeichnet wurde, weil er gegen den gottgegebenen, als Sühne für den Sündenfall angesehenen, Geburtsschmerz mittels Chloroform angegangen war (3).

Wie wichtig übrigens eine Persönlichkeit des öffentlichen Lebens - eine VIP, wie wir heute sagen würden - auch einer sinnvollen medizinischen Zielsetzung sein kann, zeigte sich schon damals. Als nämlich die englische Königin Victoria für die Entbindung von ihrem 8. Kind, Prinz *Leopold*, eine Chloroformbetäubung sogar erbat, sie auch erhielt und sich dieses Ereignis schnell herumsprach, verstummten die Gegenstimmen schnell.

Aber selbst, als mit der ersten erfolgreichen Demonstration einer Ethernarkose am 16. Oktober 1846 der Durchbruch für eine sich schnell verbreitende Einführung der Allgemeinbetäubung für operative Zwecke erfolgt war, fehlte es nicht an kritischen Stimmen. Der französische Wissenschaftler *Flourens* (1794 - 1867) drückte es 1847 so aus: "Was den Schmerz nimmt, nimmt auch das Leben; genauso ist das neue Mittel wunderbar und furchtbar zugleich" (3).

Im gleichen Jahr, also auch 1847, lesen wir in der Schrift "Der Ether gegen den Schmerz" aus der Feder des Berliner Chirurgen *Dieffenbach* (1792 - 1847) unter anderem: "Der schöne Traum, daß der Schmerz von uns genommen ist, ist zur Wirklichkeit geworden. Der Schmerz, dies höchste Bewußtwerden unserer menschlichen Existenz, diese deutlichste Unvollkommenheit unseres Körpers, hat sich beugen müssen vor der Macht des Etherdunstes." *Dieffenbach* fährt fort: "Wohin wird oder wohin kann diese große Entdeckung noch führen?" (4)

Er stellt dann weiter fest: "An die Stelle des unerschütterlichen Vertrauens vonseiten des Kranken zu der Kunst der Ärzte ist das Vertrauen zu der Etherbetäubung getreten. Der Kranke fragt jetzt weniger danach, wer ihn operiert, ob gut oder mindergut, er ist gleichsam abwesend oder die dritte Person dabei."

Er war sogar so skeptisch, zu behaupten: "Der Betäubte weiß bei der Operation nichts von seinem Arzte und der Arzt nichts von seinem Kranken."

Dieffenbachs Nachfolger an der Zweiten Berliner Chirurgischen Universitätsklinik in der Ziegelstraße, *Bernhard von Langenbeck* (1810 - 1887), brachte es auf eine einfachere Formel. Ihm wäre bei jeder

* Akademische Abschiedsvorlesung an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am 19.10.2001

Narkose zumute, als hielte er einen Menschen am ausgestreckten Arm zum Fenster eines vierstöckigen Hauses hinaus.

Was hat nun die iatrogene Aufhebung der Sinneswahrnehmung des Fühlens durch den Anaesthesisten mit seinen fünf Sinnen zu tun? Die Antwort lautet: Sogar sehr viel!

Das Erzielen eines Zustandes vorübergehender Schmerzausschaltung - für den bereits im November 1846, also einen Monat nach *Mortons* (1819 - 1868) erfolgreicher Etherdemonstration in Boston von dem amerikanischen Arzt und Schriftsteller *Oliver Wendell Holmes* (1809 - 1894) der Begriff Anaesthesie vorgeschlagen worden war (5) - wurde seinerzeit nahezu ausschließlich mit der gleichzeitigen Ausschaltung auch der übrigen vier Sinne des Patienten erkaufte. In der Narkose sollte und konnte der solchermaßen Anaesthetisierte nicht nur nichts fühlen, er konnte auch nicht sehen, hören, riechen oder schmecken. Schnell mußte man die Erfahrung machen, daß dieser Zustand total aufgehobener Sinneswahrnehmung mit Gefahren, unter Umständen sogar tödlichen, verbunden war. Der Ausweg bestand darin, dem Narkotisierten einen Beistand zu geben, einen Beistand, der - mit unbeeinträchtigten fünf Sinnen ausgestattet - den im Grunde ja unphysiologischen Zustand des überflüssigerweise aller seiner Sinne beraubten Patienten zu beobachten und Schaden von dem damit auch aller seiner Schutzreaktionen Entkleideten abzuhalten. Nicht ganz nebenbei hatte der für Jahrzehnte als "Narkotiseur" Bezeichnete die Aufgabe, die Zufuhr der für die Herbeiführung der Allgemeinanaesthesie benutzten Medikamente anhand seiner Beobachtungen der geänderten physiologischen Verhältnisse des Patienten zu steuern. So wuchs dem Narkotiseur simultan die sehr sinnvolle, nämlich seine Sinne voll in Anspruch nehmende, Rolle des Narkophylaktikers zu. Auf die Bedeutung dieser Aufgabe ist bereits im ersten Halbjahrhundert moderner Anaesthesie, also im zu Ende gehenden 19. Jahrhundert hingewiesen worden. Der Chirurg *Hermann Kümmell* (1852 - 1937) hielt 1896 in einem Vortrag zum 80jährigen Jubiläum des Ärztlichen Vereins zu Hamburg fest: "Die Pflicht des Chloroformierenden wird unter allen Umständen die sein, daß er seine Aufmerksamkeit voll und ganz der Narkose zuwendet und nicht, wie es ja menschlich ist, die Operation zu verfolgen." (6) Die von ihm in diesem Zusammenhang erwähnte Vorschrift, daß ein Arzt die Narkose leitet, während der andere den operativen Eingriff durchführt, ist nicht nur in Deutschland erst mehr als 50 Jahre später durchgängig zur Praxis geworden. Noch bis nach dem Zweiten Weltkrieg hatte in vielen Krankenhäusern die von *Carl Ludwig Schleich* (1859 - 1922) nahezu zeitgleich mit seinem chirurgischen Berufskollegen *Kümmell* 1897 geäußerte Feststellung Gültigkeit: "Wie wenn alle Patienten wüßten, daß die Narkose oft unendlich viel gefährlicher ist als selbst die größte Operation! Und dieser gefährlichste Akt der Heilhandlung liegt meist in der Hand - nun sagen wir - des jüngsten Assistenten!" Und später betonte er: "Und nun erst der chloroformierende Laie." (7)

Nicht zu Unrecht wurden mit der Erfassung von "uebelen Zufällen" während der Narkose, beispielsweise durch das bereits 1864 gegründete Chloroform-Komitee in England oder die von 1890 - 1895 im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erstellten Narkotisierungsstatistiken frühe Formen der allerdings noch nicht so bezeichneten Qualitätskontrolle ins Leben gerufen.

Pioniere des heutigen Fachgebietes Anaesthesiologie haben schon vor mehr als einhundert Jahren - nicht zuletzt mit Hilfe ihrer fünf Sinne - wesentliche Beiträge zur experimentellen Erforschung, zur gewissenhaften Prüfung und schließlich zur klinischen Einführung schmerzlindernder oder schmerzausschaltender Verfahren geleistet. Vergessen wir dabei auch nicht die zahllosen Selbstversuche, über die beispielsweise *Braun* (1862 - 1934), *Bier* (1861 - 1947) und *Schleich* im Zusammenhang mit der Herausarbeitung örtlicher Betäubungsverfahren berichtet haben. Neben der erwünschten Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung des Fühlens beschreiben sie eindrucksvoll auch die Auswirkungen verschiedener betäubender Arzneimittel auf die übrigen Sinne.

Erwähnung verdient auch, daß unter Anaesthesiebedingungen durch Sehen, Hören oder Fühlen beobachtete Unregelmäßigkeiten zu gezielten Gegenreaktionen führten. Damit ist nicht nur die entsprechende Narkosemitteldosierung gemeint, sondern gegebenenfalls die Einleitung eingreifender Maßnahmen wie der Beatmung oder der äußeren Herzmassage, wie sie 1892 von dem Göttinger Chirurgen *Maass* nach damals nicht eben seltenen chloroformbedingten Herzstillständen angegeben wurde (8).

Das alles ist - in Abwandlung des Titels der Lebenserinnerungen von *Carl Ludwig Schleich* - keineswegs immer besonnte Vergangenheit!

Das Fachgebiet Anaesthesiologie hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weltweit enorm entwickelt. Deutschland hat nach dem Zweiten Weltkrieg die während der Zeit des 3. Reiches durch wissenschaftliche Isolation hervorgerufenen Rückstände mehr als eingeholt. Zu den Säulen des Fachgebietes gehören heute neben der akuten Schmerzbeeinflussung die lange in ihrer Bedeutung unterschätzte Betreuung chronisch Schmerzkranker sowie die umfangreiche Wahrnehmung von Aufgaben in der Notfall- und in der Intensivmedizin.

In allen diesen Gebieten sind die fünf Sinne des Anaesthesisten nach wie vor gefragt!

Aber - würden die Anaesthesie-Pioniere Gelegenheit haben, uns nur gelegentlich zu beobachten, würde ihnen möglicherweise, um im Wortbild zu bleiben, Hören und Sehen vergehen. Fraglich ist auch, ob sie denn Geschmack an allem unserem derzeitigen Vorgehen finden könnten. Manches dürften sie gar anrühlich finden, von zwiespältigen Gefühlen einmal ganz abgesehen.

Anaesthesisten älterer Jahrgänge - und zu denen muß ich mich wohl nun auch zählen - zeigen sich mehr oder weniger, nein mehr als weniger besorgt um den unzureichenden Gebrauch, die nicht zu übersehende

Editorial

Vernachlässigung, ja die allmähliche Verkümmern der fünf Sinne ihrer jüngeren Berufskollegen.

Zugegebenermaßen mehr als die Jüngeren selbst von Beeinträchtigungen besonders des Hör- und Sehvermögens heimgesucht, haben wir nicht mehr so Jungen vor allem das Gefühl, daß manche der klassischen Sinneswahrnehmungen an hoch sofistizierte Geräte delegiert werden und daß die von unseren anaesthesiologischen Vorfahren praktizierte unmittelbare sinnvolle wie sinnenreiche Zuwendung zum Patienten mehr und mehr durch instrumentelle Zwischenglieder bestimmt wird. Diese Art des "Monitors" - wie es dann auch noch bezeichnet wird - mag für den Patienten in mancher Hinsicht höhere Sicherheit bieten als die früher möglichen und damit üblichen Überwachungsmethoden. Einen Eingriff in das vielbeschworene Patienten-Arzt-Verhältnis und auch in die Befindlichkeit sogar beider Partner in dieser Beziehung bildet sie allemal.

Der Gebrauch der fünf Sinne schlechthin scheint nicht mehr den Stellenwert früherer Zeitepochen zu haben, Grund genug, die nachfolgenden Überlegungen dieser Problematik zu widmen.

Vom Sehen

Der Anaesthetist unserer Tage sieht den im Rahmen einer bevorstehenden Operation zu betreuenden Patienten im allgemeinen früher als das vor Jahren der Fall war. Der obligatorischen vorabendlichen Anaesthesievisite sind hilfreiche Organisationsformen wie die Anaesthetieambulanz oder die Anaesthetiesprechstunde vorgeschaltet. Aber sieht der Anaesthetist den Patienten, den er demnächst zu betäuben hat? Aus organisatorischen Gründen leider eher selten. Und - wenn er ihn tatsächlich selbst aufsuchen kann - sieht er den Patienten ausreichend gründlich oder eigentlich weit gründlicher die schriftlichen Dokumentationsunterlagen, Aufklärungs- und Einwilligungformulare und einen vom Patienten zuvor ausgefüllten Fragebogen? Wie soll es bei dieser eingeschränkten Sicht zur Berücksichtigung individueller Aspekte des Patienten kommen können? Und wie soll auf die Weise ein "informed consent" erzielbar sein?

Das Wiedersehen im Operationsbereich bedeutet selten ein Wiedererkennen - Können. Es findet in doppeltem Sinne verschleiert statt: seitens des Patienten durch die vollzogene Prämedikation aus pharmakologischen Gründen, seitens des Anaesthesiologen durch die vorgeschriebene, vermummende Kleiderordnung. Der Anaesthetist hat nun sein Augenmerk (siehe *Kümmell* 1896) voll und ganz auf den Patienten zu richten. Tatsächlich sieht er - nach Einleitung der allgemeinen oder regionalen Anaesthetie - vorwiegend auf Daten und Kurven mehrerer Monitore, die fast an das Ambiente eines Flugzeugcockpits erinnern. Darüber hinaus ist er peinlich bemüht, diese Daten auf ein Anaesthetieüberwachungsprotokoll zu übertragen, da eine Online-Datenverarbeitung noch nicht allgemein verfügbar ist. Übersieht er bei solcher ohnehin schwieriger Über-

sicht dabei nicht öfter die Hautfärbung des Patienten, die Pupillenweite oder das Operationsgeschehen, auf das er im Gegensatz zur Ansicht des vorzitierten Altchirurgen *Kümmell* durchaus im Sinne der nötigen Kooperation zumindest gelegentlich sein Auge werfen sollte?

Visuelle Anaesthetieüberwachung aus der Ferne beispielsweise mit Hilfe des Fernsehens und der Telemetrie ist zum Glück im Operationsbereich ebenso obsolet wie die gleichzeitige Aufsicht für mehrere Anaesthetiearbeitsplätze durch einen Arzt.

Nicht viel anders als im Operationssaal verhält es sich mit den anaesthesiologischen Sehgewohnheiten auf der Intensivstation. Visite - der ja von *videre* (gleich sehen!) abgeleitete Begriff - beinhaltet häufig mehr die ausgiebige Einsichtnahme in papierene, datenüberfüllte Unterlagen, die Inaugenscheinnahme von Computertomogrammen oder Röntgenbildern als den Blick zum Patienten.

Anders verhält es sich - noch - in der Notfallmedizin. Hier ist definitionsgemäß vieles dem Augenblick geschuldet. Hier gibt es offensichtlich noch die Blickdiagnose, die so wichtige unverzügliche Besichtigung des Notfallorts mit all seinen Begleitumständen. Hier genügt Blickkontakt, um mit dem eingespielten Notfallteam das Notwendige auch augenblicklich in die Wege zu leiten.

Der eine oder andere mag diese kritische Sicht, diesen Rückblick auf den Gebrauch des visuellen Sinns durch den Anaesthetisten nicht unbedingt teilen. Ich gehe - in übertragendem Sinne - sogar noch weiter! Anaesthetisten sollten neben dem patientendienlichen Einsatz ihres Sehorgans auch Weitsicht, auch Durchblick besitzen. Und warum sollten sie nicht eigentlich auch gelegentlich sogar Visionen haben?

Hören und Zuhören

Das Sprichwort sagt zwar: "Besser einer der's gesehen als zwei die's gehört." Die Bibel fordert jedoch in Matthäus 11, Vers 15 auf: "Wer Ohren hat zu hören, der höre." Das trifft auch für den Hörsinn des Anaesthetisten zu.

Für ihn kommt es vor allen Dingen darauf an, patientenausgelöste akustische Signale aufzunehmen, sie zu verstehen, sie zu verarbeiten, d.h. in geeigneter Weise zu beantworten. Das wichtigste dieser Signale ist nach wie vor zumindest beim Erwachsenen die Sprache. Sie hilft dem rat- und aufklärungsuchenden Patienten im Anaesthetievorbereitungsgespräch, für ihn wichtige Informationen über das ihm Bevorstehende in Erfahrung zu bringen. Und kein noch so detailliertes Informationsmaterial kann die Möglichkeit der verbalen Kommunikation zwischen Patient und Arzt ersetzen. Dabei ist nicht der eilige, in den Unterlagen blätternde, gelegentlich diese auch lesende, Anaesthetist gefragt, sondern der Arzt, der sich die Zeit nimmt, dem Patienten, gelegentlich auch, wenn es um Kinder geht, den Angehörigen aufmerksam zuzuhören. Nicht selten gewinnt man aus dem geduldigen Zuhören mehr

Informationen als aus einem mehrseitigen Fragebogen.

Besonders intensives und lang anhaltendes Zuhören ist für die Anaesthetisten vonnöten, die Patienten mit chronischen Schmerzen behandeln. Diese Kranken haben oft eine Behandlungsoдыsee hinter sich, besitzen umfassende - leider nicht sehr positive - Erfahrungen mit Ärzten und sind in diesem Zusammenhang nicht selten nur ungerechtfertigt kurz angehört worden. Die Ersterhebung einer Schmerzanamnese nimmt bei solchen Patienten völlig berechtigt u.U. mehr als eine Stunde Zeit in Anspruch.

Die Eigenschaft des Zuhörenkönnens betrifft aber nicht nur den Umgang der Anaesthetisten mit Patienten und deren Angehörigen. Sie müssen auch ein Ohr für ihre ja zahlreichen Ko-Operationspartner haben, sei es im Operationssaal, auf der Intensivstation, im Labor und natürlich in der Schmerzambulanz.

Ganz zu schweigen von der Notwendigkeit, sich die Sorgen, berechtigten Klagen, begründeten Vorschläge und auch privaten Kümernisse der engeren Mitarbeiter anzuhören. Auch wenn man Beklagtes nicht immer sofort abstellen kann, ist das Angehörtwerden für die Betroffenen oft schon eine Hilfe.

"Listen to the nurses and respect what they have to say", heißt einer von 100 beherzigenswerten Ratschlägen für den Intensivmediziner im neuen Millennium, die kürzlich in der Zeitschrift "Critical Care" abgedruckt wurden (9).

Ein ganz anderes, den Hörsinn des Anaesthetisten betreffendes Problem ist das der akustischen Reizüberflutung besonders im Operationsbereich, im Kreißsaal und auch auf der Intensivtherapiestation. Lang ist es her, daß das chirurgische Kommando: "Haken und Mund halten" für Ruhe im operativ-anaesthesiologischen Arbeitsbereich sorgte. Heute ist häufig eine Geräuschkulisse anzutreffen, die aus vielfältigen Arbeitsgeräten, Überwachungsaggregaten und auch von Gesprächen verschiedener Arbeitsgruppen gespeist wird und die nicht einmal durch E- oder U-Hintergrundmusik zur Harmonie gebracht werden kann. "Eine alarmierende Situation" betitelt ein Fachjournal (10) dieses lautstarke Überangebot, bei dem die Gefahr besteht, daß akustische Warnsignale nicht wahrgenommen oder falsch gedeutet werden. Die beträchtliche Häufigkeit eines Fehlalarms bei auf Intensivstationen eingesetzten Monitoren - bis zu 25% - läßt auch verstehen, daß das Personal die Tendenz zum Gleichgültigwerden gegenüber einem solchen Übermaß an akustischer Stimulation hat. Gewiß aber kann der Gebrauch von "active noise cancellation devices in caregivers in the intensive care unit" (11) nicht die Lösung dieses Problems bringen.

Den Kranken kann man vor akustischer Belästigung zum Teil schützen. So erhalten Patienten, die unter Regionalanaesthetie operiert werden, Kopfhörer aufgesetzt, über die sie ihre Wunschmusik hören können. Manchen ist ein Gespräch mit ihrem betreuenden Anaesthetisten sogar noch lieber, wofür er sich Zeit und Gelegenheit nehmen sollte, ohne vielleicht unbedingt die nicht zu überhörenden Handlungen des

Operateurs mit Meißel, Hammer oder Säge evaluierend zu kommentieren.

Dem immer noch nicht vollständig gelösten Problem des zwar seltenen, aber natürlich völlig unerwünschten partiellen Zuhörens des Patienten während einer Allgemeinanaesthetie - zutreffend als Awareness bezeichnet - müssen sich die Anwender wie auch die Entwickler neuer Narkosemethoden weiter widmen, dieser Komplikationsmöglichkeit sozusagen stets "aware" sein.

Über das Riechen

Das Geruchsorgan des Anaesthetisten wird heutzutage im OP- und ITS-Bereich noch weniger als früher zu differenzialdiagnostischen Zwecken herangezogen. Die Zeiten sind ebenfalls vorüber, zu denen er nach mehrstündiger Applikation von Ether im offenen Tropfverfahren auch in der Öffentlichkeit als Narkotiseur erkannt wurde und bei der seinerzeit durchaus üblichen abendlichen Straßenbahnheimfahrt mit einem schnell geräumten Sitzplatz rechnen konnte. Gewisse spezielle Gerüche lassen aber auch den modernen Intensivmediziner an Stoffwechsellagen, bestimmte Entzündungen, sogar an spezielle Keime denken.

Eine empfindliche Nase sollte sich der Notfallmediziner zu bewahren suchen, um insbesondere bei Annäherung an eine vergiftete Umgebung wie auch an vergiftete Personen nicht selbst in Gefahr zu geraten.

Aus eigenem Erleben, ja Überleben, kann ich allerdings mitteilen, die etwa 20minütige Mund-Mund-Atemspende bei einer blausäurevergifteten Apothekerin schadlos überstanden zu haben. Mein schon damals eingeschränktes Geruchsvermögen hatte mich nicht wie später an den Notfallort Hinzukommende die bedrohliche Diagnose stellen lassen.

Daß jemand jemanden nicht riechen kann oder dessen Handlungen, sofern sie ruchbar werden, auch anrücklich findet, ist - selbst wenn man eine gute Nase hat - völlig berufsunspezifisch und deshalb hier zu vernachlässigen.

Zum Schmecken

Der Geschmackssinn des Anaesthetisten ist wohl am seltensten Gegenstand evaluierender Erörterungen. Liegt es daran, daß diese Berufsgruppe selten zu einer regelmäßigen, normal-tageszeitlichen Ingestion Gelegenheit bekommt? Der Anaesthetisten-Magen ist ja bekanntlich, wenn wir die weit verbreitete Beschreibung des idealen Vertreters dieser Zunft zu Grunde legen - eher als geschrumpft zu vermuten.

Allerdings ist auch nicht bekannt, ob die in den letzten Jahren zunehmend erfolgte Propagierung der oralen Prämedikation dazu geführt hat, daß Anaesthetisten dieses Vorgehen in größerem Maße an sich selbst ausprobiert haben.

Daß Anaesthetisten aber sehr wohl Geschmack besitzen können, sehen wir nicht zuletzt an den vielen net-

ten jungen, dienstlich und privat flott gekleideten Mitarbeiterinnen, die es erfreulicherweise und auch zur Freude unserer operativen Partner in allen Anaesthesieabteilungen gibt.

Fühlen

Kehren wir aber nun zum Ernst der Thematik zurück und widmen uns schließlich der Sinnesfunktion, der die Anaesthesisten und natürlich die von ihnen Betreuten am nötigsten bedürfen: dem Fühlen.

Dabei ist hier von vornherein die Mehrdeutigkeit dieses Begriffes evident. Und schnell wird festzustellen sein, daß die somatische Variante des Fühlens gegenüber der nicht-somatischen sogar häufig zurücktritt.

Doch unterschätzen wir nicht die Bedeutung des körperlichen, taktilen Fühlens in allen anaesthesiologischen Arbeitsbereichen. Fingerspitzengefühl im ursprünglichen Sinne des Wortes ist dort überall vonnöten!

Der Anaesthesist als Notarzt sucht tastend nach einem wahrnehmbaren Puls, einer punktierbaren Vene, nach atembehindernden Fremdkörpern, fühlt nach Muskeltonus, Hauttemperatur oder Hautemphysem, Bauchdeckenspannung oder pathologischer Extremitätenbeweglichkeit. Als optimalen Punkt für die extrathorakale Herzmassage ertastet er die untere Sternumhälfte, als ultima-ratio-Infusionszugang, z.B. bei Kindern, den Tibiakopf.

Auch die Anaesthesisten im Operationssaal und die anaesthesiologischen Schmerztherapeuten sind auf ihren Tastsinn angewiesen, wenn sie beispielsweise lokale oder regionale Schmerzausschaltungsverfahren anwenden und sich zum Aufsuchen der entsprechenden Injektionsstellen an fühlbaren topographischen Wegweisern orientieren. Wie wäre es um die Anwendbarkeit der Periduralanaesthesie bestellt, stünde ihnen nicht die höchste Sensibilität erfordernde Feststellung des Widerstandverlustes - der vielbeschworenen "loss of resistance"- nach Passieren der Injektionskanüle durch das Ligamentum flavum zu Gebote?

Oder wie könnten wir im Bereich der Allgemeinanaesthesie den Patienten, der für einen dringenden Eingriff narkotisiert wird, vor Aspiration bewahren, wüßten wir nicht den Kehlkopf zu tasten und den Sellickschen Handgriff zu praktizieren?

Ähnliche taktile Anforderungen sind für die neuen Formen der Punktionstracheotomie auf der Intensivtherapiestation zu stellen, für die besonders dort nötige langfristige Kanülierung von Venen und Arterien und auch für das Einführen von intestinalen oder urovesikalen Sonden oder Kathetern.

So manches Mal hätte sich in diesem Zusammenhang der noch unerfahrene Junganaesthesist - so er *Goethe* gelesen hat - an die faustische Feststellung erinnern fühlen können: "Wenn Ihr's nicht fühlt - Ihr werdet's nicht erjagen." Er wird es von seinen Lehrern vielleicht sogar viel unsanfter gesagt bekommen haben.

Aber mit dem körperlichen Fühlen hat es ja nicht sein Bewenden! Im Umgang mit seinen fünf Sinnen zeigt sich auch und gerade die Sensibilität des Arztes. Beim

Anaesthesie-Arzt ist dabei auch gar kein Widerspruch darin zu sehen, daß er einerseits um Aufhebung der Schmerzsensitivität bemüht ist, doch andererseits niemals seine eigene Sensibilität, sein nicht-somatisches Mitfühlen und Mitempfinden aufgibt.

Der naturwissenschaftlich ausgebildete und immer datenorientiertere, um nicht zu sagen datengläubigere Arzt unserer Tage sieht sich dabei einer weiteren Schwierigkeit gegenüber. Kann er schon nicht das Ausmaß körperlichen Schmerzes quantifizieren, fehlen ihm also weitgehend objektive Methoden für die Algesimetrie wie für die Analgesimetrie, werden Maßstäbe für Feinfühligkeit durchweg vermißt. Und dabei wird gerade diese Feinfühligkeit ubiquitär von ihm erwartet.

In der Notfallmedizin soll er ein Gespür für Nützlichkeit und Vergeblichkeit seiner Bemühungen haben, ein Gefühl für seine eigene Gefährdungsmöglichkeit, Mitgefühl für Angehörige und Notfallzeugen, Verständnis für Polizei und Ermittlungsorgane, von der Presse ganz zu schweigen.

Im perioperativen Sektor soll er mehr als früher für das lange vernachlässigte Problem der Schmerzlinderung nach operativen Eingriffen beispielsweise durch Einführen eines Akutschmerzdienstes sensibilisiert werden, in der Kinderanaesthesie für die Anwesenheit von Eltern bei der Narkoseeinleitung, bei der anaesthesiologischen Geburtsbegleitung für die vergleichsweise oft größere Hilfsbedürftigkeit des anwesenden zukünftigen Vaters.

Er soll, ja er muß auch ein Gefühl dafür haben, was einem Patienten anaesthesiologisch zugemutet werden kann und darf, und er muß versuchen, mit dem jeweiligen Operateur Konsens - und wieder sind wir beim Sinnbegriff - zu erzielen, wenn es um die Zumutbarkeit gemeinschaftlicher ärztlicher Behandlung insgesamt geht.

Auf der Intensivstation müssen sich die hier tätigen Anaesthesisten hüten, bei den krankheits-, unfall- und natürlich auch intensivbehandlungsbedingt ihrer Sinne und zu einem hohen Prozentsatz ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeit vorübergehend oder dauernd beraubten Patienten die eigene Sensibilität zu verlieren. Das schließt auch die Einfühlsamkeit bei Gesprächen mit Angehörigen ein, als deren inhaltlich schwerwiegendste ich die in Erinnerung habe, bei denen es um die Zustimmungseinholung zur Organspende durch Eltern oder Ehepartner bei aus unterschiedlicher Ursache her Hirntoten ging.

Dabei ist die medizinische Situation im Zusammenhang mit dem eingetretenen Hirntod klar. Fast ausschließlich mit seinen fünf Sinnen kann der Intensivtherapeut im Rahmen der vorgeschriebenen Beobachtungsmaßnahmen und -fristen feststellen, daß seine Bemühungen angesichts der zugrunde liegenden irreparablen Schädigung und der eingetretenen Folgen sinnlos geworden sind.

Nicht so eindeutig ist die Lage im Hinblick nicht auf grundsätzliche, aber doch zeitliche prognostische Aussagemöglichkeiten bei einem zu Ende gehenden, durch schwere Krankheit oder Trauma gezeichneten

Menschenleben, einer Situation, die auf Intensivstationen viel häufiger vorkommt als der Hirntod.

Sich auch in dieser Betreuungsphase weiter uneingeschränkt dem auf den Tod Kranken oder Verletzten zuzuwenden und sich zugleich auf das unter diesen Umständen noch sinnvolle therapeutische Armamentarium zu besinnen, das heißt zu beschränken, gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der Intensivbetreuung.

So ist es wohl auch kein Zufall, daß sich Anaesthetisten in gleicher Weise wie auf dem Gebiet der Intensivmedizin in der Palliativmedizin engagieren, einem in Deutschland noch deutlich unterbewerteten und unterentwickelten medizinischen Betreuungsfeld. Daß alle an der Betreuung chronisch Schmerzkranker Beteiligten - sozusagen konsensuell - ein besonders hohes Maß an Einfühlungsvermögen aufzubringen haben, um somatisch oder nicht-somatisch wenigstens einem Teil der Betroffenen Linderung oder gar Heilung zu verschaffen, versteht sich nahezu von selbst.

Sensibilität - sechster Sinn des Anaesthetisten

Die Nutzung ihrer fünf Sinne auf den hier exemplarisch besprochenen Feldern bedeutet eine ständige Aufforderung für den Anaesthetisten zum Handeln. Begriffe wie "sinnvolle anaesthesiologische Tätigkeit" erhalten damit eine ganz beabsichtigte Pointierung.

Wo aber erlernen Anaesthetisten die Fähigkeit zum sensiblen Gebrauch ihrer fünf Sinne? Zweifellos eher praktisch als theoretisch, überwiegend durch sehr bewußtes, aktiv teilnehmendes, tätiges Miterleben im klinischen Alltag, angespornt durch das Beispiel meist älterer, erfahrener, sensibler Menschen oder aber auch abgeschreckt durch das Negativ-Erlebnis unsensibler Mitmenschen innerhalb und außerhalb des Berufes.

Ich hatte das große Glück, akademische Lehrer und Vorbilder des eigenen Fachgebietes und aus Nachbarfachgebieten gehabt zu haben, die mich mein Berufsleben lang meine Sensibilität erhalten, ja im Laufe der Zeit sogar intensivieren lassen haben. Gehört dazu vielleicht ein sechster Sinn?

In einer kürzlich in "Anesthesiology" erschienenen Arbeit (12) wird an den amerikanischen Anaesthesie-Pionier *Ralph Waters* (1883 - 1979) erinnert, der vor über 50 Jahren gesagt hat: "The inquisitive attribute of an anesthesiologist is his valuable sixth sense".

Ich erlaube mir, die für Inquisitiveness stehenden Begriffe Neugier und Wißbegier als zwar unzweifelhaft kostbare Eigenschaften anzusehen, die auch Anaesthetisten gut anstehen.

Als für diese Berufsgruppe jedoch besonders wichtige Komponente ihrer Tätigkeit sehe ich - ob man das nun als sechsten oder siebenten Sinn ansieht oder nicht - den Gebrauch dieser fünf Sinne, also das im weitesten Sinn tätige Mitgefühl an. Das schließlich unterscheidet den Anaesthesiologen vom bloßen Narkotiseur - und ganz sicher den Anaesthetist - wie er im Mutterland dieses Fachgebietes nach wie vor heißt - vom An-Ästheten.

Ich wäre froh und dankbar, wenn wir uns zu dieser abschließenden Feststellung - und ein letztes Mal bemühe ich den Sinnbegriff - im Konsens befinden.

Literatur

1. *Brandt L*: Illustrierte Geschichte der Anästhesie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 1997
2. *Killian H*: Die Narkose. Thieme Stuttgart 1954
3. *Karger-Decker B*: Besiegter Schmerz. Koehler & Amelang, Leipzig 1984
4. *Dieffenbach J F*: Der Aether gegen den Schmerz. A Hirschwald, Berlin 1847
5. *Keys Th E*: Die Geschichte der chirurgischen Anaesthesie. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1968
6. *Kümmell H*: Ueber Narkose und locale Anaesthesie. Verlag von Alfred Langkammer, Leipzig 1896
7. *Schleich C L*: Schmerzlose Operationen (2. Auflage). Verlag von Julius Springer, Berlin 1897
8. *Maass F*: Die Methode der Wiederbelebung bei Herztod nach Chloroformeinathmung. Berlin Klin Wochenschr 1892; 29 : 265-268
9. *Franklin C* : 100 thoughts for the critical care practitioner in the new millennium. Crit Care Med 2000; 28 : 3050-3052
10. *Kerr J H, Hayes B*: An "Alarming" Situation in the Intensive Therapy Unit. Intensive Care Med 1983 ; 9 : 103-104
11. *Akhtar S, Weigle C G M, Cheng E Y, Toohill R, Berens R J*: Use of active noise cancellation devices in caregivers in the intensive care unit. Crit Care Med 2000; 28 : 1157-1160
12. *Sim P, Du B, Bacon D R*: Pioneer Chinese Anesthesiologists. American Influences. Anesthesiology 2000; 93: 256-264.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. *Wolfgang Röse*
Forderstedter Straße 19
D-39112 Magdeburg.