

Über den Umgang des Anästhesisten mit Patienten

J. Tarnow

Klinik für Anästhesiologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr. J. Tarnow)

Einleitung

Während des Medizinstudiums sowie der Aus- und Weiterbildung wird der Umgang des Arztes mit Patienten nur ausnahmsweise gelehrt. Da kaum Anlass zur Vermutung besteht, dass Anästhesisten in dieser Hinsicht begünstigt sind, erscheint es angebracht, einige allgemeine und fachspezifische Empfehlungen über den Umgang mit Patienten zu geben.

1. Präoperative Visite

Die positiven Wirkungen einer gründlichen und einfühlsamen Anästhesievisite auf die Bewältigung präoperativer Angstprozesse bedarf keiner neuerlichen Bestätigung. Ebenso wenig die Tatsache, dass sie dazu beitragen kann, Komplikationen vorzubeugen sowie dem Arzt-Patientenverhältnis und nicht zuletzt auch dem Ansehen unseres Faches zu dienen.

Nach Studium der Krankenakte wird der Patient aufgesucht (bitte anklopfen und Antwort abwarten), die Anästhesistin/der Anästhesist stellt sich als solche/solcher vor, und zwar unter Benutzung des akademischen Titels (Dr., Prof.) bzw. der Dienststellung (z.B. OA), damit der Patient weiß, mit wem er es zu tun hat. Denn besonders am Aufnahmetag betreten viele Personen (Pflegekräfte, Fernsehtechniker, Angehörige, Hilfspersonen, Ärzte) das Patientenzimmer, daraus resultiert häufig eine Hektik, die die Patienten irritiert. Zunächst kommt es darauf an, sich genügend Zeit für eine ruhige und Vertrauen schaffende Gesprächs-atmosphäre zu nehmen. Dieses Ziel wird z.B. bereits verfehlt, wenn der (oft eilige) Anästhesist die Visite im Stehen absolviert, statt den Patienten zunächst zu bitten, Platz nehmen zu dürfen.

Erfahrungsgemäß möchte der Patient zuerst wissen, wie der zeitliche Ablauf am Operationstag sein wird, wann er in den OP-Bereich kommt, wie lange der Eingriff dauert, wann er wieder bei Bewusstsein sein wird, wann Angehörige zu Besuch kommen können, ob er unter Schmerzen zu leiden haben wird und welche Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung geplant sind.

Das präoperative Aufklärungsgespräch ist eine Kunst, die auch Kehrseiten haben kann. Der Patient besitzt selbstverständlich das Recht, einer medizinischen Maßnahme zuzustimmen oder sie abzulehnen. Dazu benötigt er Informationen, die er auch als medizinischer Laie verstehen kann. Dem Anästhesisten steht ein variabler Aufklärungsumfang offen, der sich zwi-

schen zwei Extremen bewegt: Auf der einen Seite das Gespräch mit Überbetonung medikolegaler Aspekte (robuste Aufklärung über alle denkbaren Anästhesierisiken, d.h. dem Patienten werden diese Informationen aufgedrängt) oder aber, auf der anderen Seite, das Vorenthalten jeglicher Informationen auf der anderen Seite ("Sie müssen nur diesen Aufklärungsbogen für die Juristen unterschreiben"). Beide Extreme sind unakzeptabel, denn neben der juristischen Komponente muss das Aufklärungsgespräch auch ethische Erfordernisse berücksichtigen, die darin bestehen, Narkoseängste abzubauen und das Vertrauen des Patienten in die geplanten medizinischen Maßnahmen zu stärken. Informationen dürfen andererseits nicht allein deshalb zurückgehalten werden, weil sie den Patienten möglicherweise beunruhigen. Es ist also eine schwierige Aufgabe und Bestandteil der ärztlichen Kunst, eine Symbiose beider Komponenten im Gespräch mit dem Patienten zu finden und sich darüber klar zu werden, welche Informationen gegeben und wie sie dem Patienten vermittelt werden.

Die Erfahrung lehrt, dass es in der Regel im Interesse des Patienten liegt, wenn er selber den Umfang der Aufklärung bestimmt (was nicht immer möglich ist). Der Anästhesist sollte Fragen nach Risiken, so weit überhaupt vorhersehbar, wahrheitsgemäß und ohne zu bagatellisieren beantworten. "Die Wahrheit sagen" bedeutet andererseits nicht, dem Patienten Informationen aufzudrängen. Zu respektieren ist nämlich auch das Verhalten jener Mehrheit von Patienten, die keine Fragen nach Behandlungsdetails und möglichen Komplikationen zu stellen wünschen. In diesem Fall empfiehlt sich eine entsprechende Notiz auf dem Aufklärungsbogen.

Niemals sollte ein Patient unter Hinweis auf gefährliche Folgen alternativer Anästhesieverfahren dazu überredet werden, einem bestimmten Anästhesieverfahren zuzustimmen (z.B. einer Regionalanästhesie bei schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung). Dies bedeutet andererseits nicht, dass der Anästhesist darauf verzichten sollte, dem Patienten die Vorzüge eines vorgeschlagenen Anästhesieverfahrens zu erläutern.

Zu den ethischen Aspekten der Aufklärung gehört schließlich, den Patienten zu informieren, wenn der prämedizierende Arzt die Narkose nicht selber durchführen kann. Der Patient möchte wissen, welcher Anästhesist ihn am Operationstag in Empfang nehmen und betreuen wird. Der Anästhesist sollte das Aufklärungsgespräch nicht als Defensivwaffe gegen Haftungsansprüche betrachten, sondern in erster Linie

ein ärztliches Zuwendungsgespräch führen; seine Patienten werden es ihm danken.

Unverzichtbarer Bestandteil der präoperativen Visite ist eine körperliche Untersuchung, die diesen Namen verdient. Dazu gehört zumindest die Auskultation und Perkussion der Lungen, die Auskultation des Herzens und beider Carotisarterien, die Untersuchung des Venen- sowie des Zahnstatus und die Identifizierung von Intubationshindernissen (Mallampati). Bei Verdacht auf eine Linksherzhypertrophie (arterieller Hypertonus, Aortenklappenstenose) empfiehlt sich neben der Suche nach entsprechenden Zeichen im EKG zu prüfen, ob ein hebender Herzspitzenstoß zu palpieren ist (der Untersucher steht rechts vom Patienten und palpiert mit der flachen Hand den in halblinker Seitenlage befindlichen Patienten). Ist ein rückenmarknahes Anästhesieverfahren geplant, sollte die Wirbelsäule auf punktionsrelevante Deformitäten und die Haut des Rückens auf Infektionsherde untersucht werden. Schließlich empfiehlt sich die Erhebung einer spezifischen Anästhesieanamnese (falls vorhanden) sowie eine Beurteilung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit (metabolische Äquivalente) des Patienten.

Bei der präoperativen Visite kommt es also darauf an, dem Kranken den Eindruck zu vermitteln, dass der Anästhesist sein Handwerk beherrscht, Vertrauen verdient und sein ganzes Können in den Dienst der Sicherheit und des Wohlergehens seines Patienten stellen wird. Eine gründliche und auf die Individualität des Patienten und seine Erkrankung Rücksicht nehmende Anästhesievisite kann die medikamentöse Prämedikation überflüssig machen, niemals aber darf die Prämedikation Ersatz sein für das Gespräch des Arztes mit dem Patienten.

2. Verhalten am Operationstag

Die Anästhesievorbereitung und -einleitung muss in einer möglichst ruhigen Atmosphäre verlaufen. Nur der für die Anästhesie zuständige Arzt und die Pflegekraft begrüßen den Patienten, nicht aber sämtliche gerade im Raum befindliche Personen (Praktikanten, Studenten). Der Patient muss eindeutig erkennen können, wer für ihn verantwortlich ist. Sollte dies nicht der prämedizierende, sondern ein dem Patienten noch unbekannter Arzt sein, muss dieser sich adäquat vorstellen und dem Patienten die Gewissheit vermitteln, dass er sich über alle wichtigen medizinischen Details informiert hat. Zur Wahrung einer für den Patienten erträglichen Atmosphäre müssen laute Unterhaltungen (besonders solche über außerdienstliche Belange) unterbleiben, die Türen geschlossen (verschlossen) und akustische Monitorsignale so leise wie möglich gestellt werden. Bei einer Anästhesieeinleitung im Operationssaal sind die OP-Schwester anzuhalten, Instrumentengeklapper einzustellen und schweigsam zu sein.

Der Patient hat auch während des operativen Eingriffes Anspruch auf die volle Aufmerksamkeit des Anästhesisten. Das Lesen in Zeitungen, medizinischen

Artikeln oder Lehrbüchern ist verantwortungslos gegenüber Patienten, eine Zumutung für Operateure sowie das Ansehen unseres Faches. Laute Unterhaltungen, besonders solche, die sich nicht auf die Behandlung des Patienten beziehen, müssen unterbleiben. Sollte der Anästhesist auch nur für kurze Zeit den Operationssaal verlassen müssen (Telefonat, WC), darf der Patient keinesfalls allein gelassen werden. Es muss dann ein anderer Arzt (Fachpflegekraft) gerufen werden, um eine lückenlose Überwachung des Patienten sicherzustellen. Eine Unsitte während der Ausleitungsphase sind wiederholte und lautstarke Aufforderungen an den Patienten, die Augen zu öffnen, tief Luft zu holen oder ruhig liegen zu bleiben. Mangelnde Vigilanz oder Spontanatmung sind durch einfache klinische Beobachtung feststellbar und auch durch noch so vehemente Lautstärke nicht zu beheben.

Die erwähnten Verhaltensregeln gelten auch für die Betreuung der Patienten im Aufwachraum.

3. Postoperative Visiten

Postoperative Visiten (auf der Station) zu versäumen stellt weit mehr als eine Nachlässigkeit dar, denn sie dienen nicht nur der Qualitätskontrolle des angewendeten Anästhesieverfahrens. Unsere Möglichkeiten der postoperativen Schmerzbekämpfung mit täglichen Visiten müssen ebenfalls konsequent genutzt werden, sie tragen nicht nur zu einer besseren Krankenversorgung bei, sondern stärken zugleich auch die Reputation unseres Fachgebietes. Nutzen Sie also diese Möglichkeiten sinnvoller ärztlicher Tätigkeit und besuchen Sie Ihre Patienten auch dann, wenn sie Ihrer medizinischen Hilfe nicht mehr bedürfen, aber noch auf menschliche Zuwendung angewiesen sind. Begleiten Sie also Ihre Patienten so lange und so oft wie irgend möglich. Wenn Sie das Krankenzimmer betreten und der Patient weiß Sie sogleich mit Ihrem Namen anzusprechen, ohne einen Blick auf Ihr Namensschild werfen zu müssen, haben Sie nicht nur Ihre ärztliche Tätigkeit ernst genommen, sondern auch gute Öffentlichkeitsarbeit für unser Fach geleistet. Besonders Oberärzte sind aufgerufen, ihre Vorbildfunktionen ernst- und wahrzunehmen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. *Jörg Tarnow*, FRCA
Klinik für Anästhesiologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
D-40225 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 81 18101
Fax: 0211 / 81 162 53
E-Mail: jtarnow@uni-duesseldorf.de