



**Dr. Matthias Ingenlath ist Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und OP-Management an den Havelland Kliniken mit ihren beiden Standorten Nauen und Rathenow. Carsten Scheibe von "Unser Havelland" ist tatsächlich selbst noch nie operiert worden, hat aber ein großes Interesse daran, wie eigentlich eine örtliche Betäubung oder gar eine Vollnarkose funktionieren und was es in diesem Kontext alles zu lernen gibt.**

Viele Krankheiten und Beschwerden lassen sich durchaus mit Medikamenten oder Spritzen in den Griff bekommen. Es bleibt aber nicht aus, dass es auch einmal zu einem Eingriff in den menschlichen Körper kommen muss. Etwa, um einen gebrochenen Knochen zu richten. Um Gallensteine zu entfernen. Oder ein Knie zu operieren. In diesem Fall muss dafür gesorgt werden, dass der Patient in Narkose gelegt wird und keine Schmerzen mehr verspürt. Für diesen Bereich sind die Anästhesisten verantwortlich: Ohne diese Ärzte wäre keine Operation möglich.

Dr. Matthias Ingenlath (58) ist Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und OP-Management in den Havelland Kliniken ([www.havellandkliniken.de](http://www.havellandkliniken.de)): "Bei einer kleinen Operation im ambulanten Bereich braucht man noch keinen Anästhesisten, da kann auch der Operateur eine lokale Betäubung setzen, wenn es sich um ein kleines, begrenztes Gebiet handelt, in dem man operieren muss."

In den allermeisten OP-Fällen wird allerdings eine richtige Anästhesie nötig. Das ist ein Einsatzgebiet mit viel Verantwortung für einen Arzt, der entsprechend ausgebildet ist und dessen Arbeit bereits vor der Operation beginnt. Um die passende Dosierung für eine Narkose zu finden, muss nämlich erst ein umfangreiches Anamnese-Gespräch stattgefunden haben.

Dr. Matthias Ingenlath: "Man denke an einen 22-jährigen Ausdauersportler. Da dauert das Anamnese-Gespräch nicht lange. Es gibt meist keine Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Probleme. Wir fragen nach der Größe und dem Gewicht und haben

schnell alle wichtigen Fakten. Das wird für uns eine unkomplizierte Narkose. Aber was ist mit dem 73 Jahre alten Patienten mit großem Übergewicht, mit einem Diabetes, mit einer vom Rauchen vorgeschädigten Lunge und mit vielen verschiedenen Medikamenten, die er nimmt. Da kann es schon einmal sein, dass wir eine ganze Seite mit Notizen füllen und uns mit den Kollegen besprechen müssen, um das bestmögliche Anästhesie-Verfahren für den Patienten zu finden."

Viele Menschen haben Angst davor, bei einer Vollnarkose die Kontrolle zu verlieren. Das ist aber gar nicht immer nötig, denn viele Operationen werden bei vollem Bewusstsein durchgeführt. In diesem Fall werden nur einzelne Bereiche betäubt, sodass die Nerven keine Schmerzreize mehr weiterleiten.

Dr. Matthias Ingenlath: "Bei einer Operation mit einem gebrochenen Arm suchen wir in der Achselhöhle mit der Hilfe eines Ultraschall-Geräts nach dem Nerv, der sich so sehr gut abbilden lässt - und können ihn über eine sehr feine Nadel gezielt ansteuern und schnittweise betäuben. Da sagt der Patient nach zehn Minuten, dass er seinen Arm nicht mehr spürt. Der wird richtig schwer und der Patient kann ihn auch nicht mehr bewegen, weil die Nerven ja nicht nur den Schmerz weiterleiten, sondern eben auch die Aufforderung an einen Muskel, sich zusammenzuziehen oder zu entspannen."

Bei den lokal-anästhesiologischen Verfahren setzt der Anästhesist mitunter auch einen Zugang an der Wirbelsäule. Die Periduralanästhesie (PDA) während der Geburt ist ja bereits sehr bekannt und verbreitet. Hier erfolgt die Betäubung über einen Ka-

theter im Lendenwirbelbereich.

Dr. Matthias Ingenlath: "Bei der Spinalanästhesie setzen wir an einer anderen Stelle in der Nähe des Rückenmarks an. Auf diese Weise können wir etwa die ganze untere Körperhälfte ausschalten. Dann sagen die Patienten, sie können ihre Beine nicht mehr bewegen. Und an dieser Stelle ist das sogar gewollt. Während eines Eingriffs ist der Anästhesist immer mit dabei, um die Betäubung jederzeit nachjustieren zu können. Dabei achten wir immer auf den Blutdruck und die Herzfrequenz. Bei Schwerkranken ist es wirklich eine Herausforderung, den Kreislauf stabil zu halten. Gerade bei alten Patienten darf der Blutdruck nicht zu weit abrutschen, weil dann die Gefahr besteht, dass Organe geschädigt werden und es z.B. zu einem Nierenversagen kommt. Deswegen legen wir bei einer Narkose kleine Katheter in die Gefäßsysteme, um kontinuierlich den Blutdruck zu messen. Und zentrale Venenkatheter in die Venen, um schnell gut wirksame und hochpotente Kreislaufmittel zu geben."

Geht es um die klassische Vollnarkose, bei dem das Bewusstsein des Patienten und auch sein Atemreflex ausgeschaltet werden, kommt inzwischen in erster Linie Propofol zum Einsatz.

Dr. Matthias Ingenlath: "Das ist das Mittel, an dem Michael Jackson verstorben ist. Bei ihm war das Mittel in der falschen Hand. Wir sehen uns als 'Master of Propofol', weil diese 'Schlafmilch' wirklich sehr gut wirkt und deswegen weltweit am häufigsten eingesetzt wird. Wir Mediziner wissen genau, wie das Medikament wirkt, wie lange es wirkt und wie es bei jedem einzelnen Patienten dosiert werden muss. Die Patienten werden von Propofol wirklich tief in Narkose gesetzt. Kurios ist, dass man bei älteren Patienten deutlich weniger Propofol benötigt, bei Kindern aber deutlich mehr, weil sie einen anderen Stoffwechsel haben. Gut ist auch, dass die Patienten nach Propofol nicht mehr so häufig über Übelkeit klagen."

Propofol hat zwei Nachteile. So lässt das Mittel den Blutdruck etwas absinken, was man im Auge behalten muss. Und - es nimmt dem Patienten nicht die Schmerzen. Würde man nur unter Propofol operieren, würde der Patient den Eingriff kognitiv nicht miterleben, das Bewusstsein ist ja ausgeschaltet. Aber der Körper würde den Eingriff spüren - und darauf reagieren. Sobald der Operateur das Skalpell ansetzt, würden unfassbar schnell die Herzfrequenz und der Blutdruck in die Höhe schnellen. Also muss ein zweites Mittel mit verabreicht werden. Das sind echte Schmerzmittel - Opiate.

Im Volksmund wird über eine Vollnarkose gern gesagt: "Jetzt kommt das Sandmännchen, jetzt wirst du schlafen gelegt". Diese Aussage ist rein wissenschaftlich falsch. Dr. Matthias Ingenlath: "Aus einem Schlaf kann man Sie wieder aufwecken. Ich brauche nur an Ihnen zu rütteln und Sie wachen auf. Wenn Sie aber von mir kontinuierlich Propofol bekommen, sind Sie nicht mehr erweckbar. Das macht den Unterschied zwischen Narkose und Schlaf aus. Propofol wirkt nicht an den Nerven, die etwa die Extremitäten versorgen, sondern an bestimmte Rezeptoren im Gehirn,

die für die Wachheit und für das Bewusstsein zuständig sind."

Dr. Matthias Ingenlath ist auch Chefarzt der Intensivmedizin: "Auf der Intensivstation liegen Patienten, die nach einer Operation noch einmal einen Tag lang überwacht werden. Anschließend werden sie auf die normale Station verlegt. Die Intensivmedizin ist aber immer auch eine Notfallmedizin. Es kommen Menschen zu uns, die haben ganz aktuell einen Herzinfarkt erlitten, einen schweren Unfall gehabt oder es kam zu einem Organversagen. Im Grunde liegt eine lebensbedrohende Situation oder Erkrankung vor, auf die wir schnell reagieren müssen. Dabei arbeiten wir Intensivmediziner sehr eng mit den Kollegen der verschiedenen Fachrichtungen zusammen, bei einem Herzinfarkt etwa mit den Kardiologen."

Dabei schaut das Team immer auch auf die Angehörigen. Denn mitunter müssen sich die Ärzte die Frage stellen: Ist der Patient noch zu retten, gibt es noch eine Therapie, die helfen könnte? Dr. Matthias Ingenlath: "Wir sind in den Havelland Kliniken eine große Gruppe Intensivmediziner, die bei allen Diskussionen die Kollegen der anderen Fachrichtungen mit einbezieht. Wir haben hier ein echtes Miteinander, das schätze ich persönlich sehr."

Was passiert aber nun in den Fällen, bei denen die Ärzte nicht mehr helfen können? Dr. Matthias Ingenlath: "Es gibt leider auch die Fälle, bei denen wir keine weitere Behandlung mehr anbieten können. Wir wissen: Der Patient wird versterben. Wir Ärzte befinden darüber oft nach langen Diskussionen über mehrere Tage hinweg. Wir sind als Ärzte verpflichtet, diese Aussicht dem Patient, wenn er noch ansprechbar ist, oder den Angehörigen einfühlsam, aber deutlich mitzuteilen. Für die Angehörigen ist es ja auch wichtig, dass sie die Möglichkeit haben, Abschied zu nehmen."

Sind sich alle behandelnden Ärzte über die negative Prognose einig, so müssen sie ein Leben nicht mehr mit allen nur erdenklichen Methoden erhalten. Dr. Matthias Ingenlath: "Wir stellen das Beatmungsgerät auf 21 Prozent Sauerstoff. Das ist die Konzentration, die wir auch in der normalen Atemluft haben. Wir nehmen die Kreislaufmedikamente heraus und beenden so die Therapie. Wir sorgen ggf. durch mehr Opiate oder Propofol dafür, dass dem Patienten Schmerz und Angst genommen werden. Das ist eine passive Sterbehilfe, die vom Gesetzgeber auch so vorgesehen ist. Und die natürlich an eine umfassende Dokumentation gebunden ist, die klar aufzeigen muss, dass es für den Patienten kein realistisches Therapieziel mehr gibt."

Im Grunde entscheidet jeder Patient selbst, was mit ihm geschieht. Aber was ist, wenn der das kognitiv gar nicht mehr entscheiden kann? Etwa, weil er im Koma liegt. Dr. Matthias Ingenlath: "Ich kann nur jedem empfehlen, eine Vorsorgevollmacht auszufüllen, damit eine Person des eigenen Vertrauens im Notfall im Sinne des Patienten Entscheidungen fällen darf. Hinzu kommt die Patientenverfügung, die für bestimmte medizinische Situationen bereits erste Handlungsanweisungen vorgibt." (Text/Foto: CS)