

# Menschen im Beruf – Medizin

## Transkripte

### Lektion 1

#### 001 A1b

- Guten Morgen, mein Name ist Katadopoulos. Ich bin die diensthabende Ärztin hier auf der chirurgischen Station. Und Sie sind Frau Menzel?
- Ja, richtig, Ingrid Menzel.
- Frau Menzel, Sie sind am 14. März 1963 geboren, ist das richtig?
- Ja, das stimmt. Und ich wohne im Hüttenweg 23 und nicht Hüterweg.
- Der ist auch hier in Sanhofen?
- Ja, 00276 Sanhofen.
- O.k., Frau Menzel. Wo haben Sie denn aktuell ihre Hauptbeschwerden?
- Hier unten!
- Im unteren Bauchbereich?
- Ja.
- Ist es der ganze Unterbauch, der schmerzt, oder finden Sie, dass es mehr in der rechten oder mehr in der linken Seite weh tut?
- Es ist eindeutig stärker rechts. Manchmal zieht es auch nach links rüber. Aber eigentlich mehr rechts, hier so unterhalb vom Bauchnabel.

#### 002 A2b

- Seit wann haben sie die Beschwerden schon?
- Es fing gestern Abend an. Ich dachte ich hätte mir den Magen verdorben von dem Nudelsalat, den ich mittags gegessen hatte. Weil mir ja auch übel war und ich dachte, gleich muss ich bestimmt brechen.
- Mussten Sie sich denn übergeben?
- Nein, es blieb nur bei dem Brechreiz. Und dann dachte ich, dass diese ganzen Beschwerden jetzt langsam nachlassen, aber dann fing es unten im Bauch an.
- So, als wären sie von oben nach unten gewandert.

- Genau und jetzt sind sie unten.
- Können Sie mir die Beschwerden näher beschreiben? Haben sie zum Beispiel eher ziehenden oder schneidenden Charakter oder sind sie drückend, brennend?
- Eher so komisch dumpf und drückend.
- Strahlen sie die ganze Zeit in den Leistenbereich oder in den Rücken aus?
- Plötzlich, also ich meine nicht andauernd ...
- ... sondern in Schüben?
- ... Ja genau: Schubweise treten sie auf. Und dann ziehen sie mehr nach hinten in den Rücken.
- Lassen die Schmerzen auch manchmal ein wenig nach oder sind sie eher gleich bleibend?
- Manchmal wird es ein bisschen besser. Aber so richtig besser, oder dass sie weg sind? Nein, das nicht.
- Könnte es sein, dass sie schwanger sind?
- Nein, das glaube ich wirklich nicht.
- Und hatten Sie seit gestern Abend noch einmal Stuhlgang?
- Nein, gar nicht. Möchte ich auch nicht. Wenn ich aufstehen muss oder drücken, oh je!
- Haben Sie zu Hause Fieber gemessen?
- Ja, mein Mann hat es mir gemessen. Heute Morgen: Es war aber nur 37,8. Obwohl ich mich viel schlechter gefühlt habe.

#### 003 A5

- Bevor ich Sie jetzt gleich untersuche, müsste ich Ihnen noch ein paar Fragen stellen. Sind bei Ihnen bestimmte Vorerkrankungen oder andere besondere chronische Erkrankungen außer Ihren aktuellen Beschwerden bekannt?
- Vorerkrankungen? Ich hatte mal eine chronische Bronchitis, als ich noch geraucht habe.

- Haben Sie denn noch Beschwerden mit der Atmung? Oder waren Sie wegen der Beschwerden in letzter Zeit noch mal in Behandlung?
- Nein, das ist jetzt völlig in Ordnung. Ach ja, der Blutdruck ist manchmal zu hoch. Aber immer nur, wenn ich ihn beim Hausarzt kontrollieren lasse. Da ist er dann oft über 150 zu 90.
- Kontrollieren Sie den Blutdruck denn regelmäßig?
- Ich habe mir ein Gerät gekauft und da ist er immer so 120 zu 70 oder mal 80.
- Nehmen Sie Blutdruckmedikamente ein?
- Nein, ich habe ja keinen richtigen Bluthochdruck.
- Sieht das denn Ihr Hausarzt genauso?
- Er sagt immer, ich sollte was einnehmen, aber ich will noch ein bisschen warten.
- Nehmen Sie andere Medikamente ein?
- Naja, gegen mein Sodbrennen und das ... gegen die hohen Blutfettwerte. Aber das liegt bei uns ja beinahe in der ganzen Familie, mütterlicherseits.
- Wissen Sie, ob eine spezielle Fettstoffwechselstörung bei dieser familiären Häufung bekannt ist?
- Ich weiß nur, dass die Schwester meiner Mutter sehr früh an einem Schlaganfall gestorben ist. Vielleicht lag das ja auch daran, dass sie erhöhte Blutfettwerte hatte.
- Darf ich fragen, ob Sie ganz bestimmte Lebens- oder Essgewohnheiten haben?
- Eigentlich wird bei uns gegessen und getrunken, was auf den Tisch kommt.
- Und das Sodbrennen? Tritt das häufig auf?
- Also wenn ich bestimmte Sachen esse, wie Schokolade.
- Es tritt in erster Linie nahrungsabhängig auf. Und wenn Sie auf Schokolade verzichten, verschwinden die Beschwerden auch wieder?
- Ja, dann nehme ich auch die Tabletten nicht ein.
- Sie nehmen die Tabletten nur bei Bedarf und nicht regelmäßig ein?

- Ja, klar.
- Sie haben ja schon gesagt, dass Sie nicht mehr rauchen. Trinken Sie Alkohol?
- Mal am Wochenende, ein zwei Gläser Wein, aber mehr nicht.
- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
- Ich habe eine Penizillinallergie. Aber im Frühjahr leide ich unter der Pollenallergie.
- Haben Sie einen Allergiepass oder einen Patientenpass? Dann könnte ich da mal nachschauen, ob ein spezielles Antibiotikum eingetragen worden ist.
- Ja, ich habe beides, da steht alles drin. Die bringt mein Mann gleich mit. Die haben wir in der Hektik zu Hause liegen lassen.

#### **004 A6a**

##### **Gespräch 1**

- Frau Henschel, die Schilddrüsentabletten nehmen Sie täglich ein?
- Jeden Tag eine Hunderter! Seit der Operation.
- Sind denn bei Ihnen darüber hinaus noch andere Vorerkrankungen bekannt?
- Das mit dem Bluthochdruck hatte ich Ihnen ja schon gesagt, oder?
- Nein, das hatten Sie noch nicht. Nehmen Sie denn Medikamente gegen den Hochdruck?
- Ja, zusammen mit der Schilddrüsentablette, aber nur eine halbe morgens.

#### **005**

##### **Gespräch 2**

- Haben Sie aktuell wegen Ihrer Pollenallergie Beschwerden?
- Nein, im Moment geht es. Das ist ja fast nur im Frühjahr.
- Ist es in erster Linie mit einer fließenden Nase und Augenjucken verbunden, oder bekommen Sie auch Atemprobleme wie Luftnot?
- Vor allem die laufende Nase. Aber mit der Atmung ist alles in Ordnung.
- Sind Sie denn noch gegen andere Stoffe oder Medikamente allergisch?
- Ja natürlich, Penizillin!

**006**

### Gespräch 3

- Nehmen Sie außer der Tablette gegen den Zucker noch andere Medikamente ein?
- Ja, das Insulin. Aber das muss ich ja spritzen.
- Morgens und abends?
- Abends auch. Aber das macht meine Frau.
- Also, Ihre Frau stellt Ihren Zucker ein?
- Ja, ich kann doch diese kleinen Zahlen gar nicht mehr lesen.

**007**

### Gespräch 4

- Ich würde gerne wissen, ob bei Ihnen früher schon mal Herzrhythmusstörungen aufgetreten sind.
- Der Hausarzt hat mir vor Jahren gesagt, ich hätte eine Neigung zu Rhythmusstörungen. So ein paar Aussetzer.
- Und wurde das genauer abgeklärt?
- Wie meinen Sie das?
- Waren Sie bei einem Kardiologen, der Sie untersucht hat?
- Ja, die haben mich auf den Kopf gestellt. Da war aber nichts.

**008**

### Gespräch 5

- Wann hatte Ihr Sohn denn das letzte Mal einen Pseudo-Krupp-Anfall?
- Ach, das ist schon länger her.
- Was meinen Sie denn mit „länger“?
- Ja, so bestimmt schon sechs oder sieben Wochen.
- Mussten Sie ihm ein Kortisonzäpfchen geben?
- Nein, es ging auch so. Ich konnte ihn beruhigen. Und an der frischen Luft wurde es besser.

**009**

### Gespräch 6

- Frau Gunter, Sie haben drei Kinder, nicht wahr?

- Ja, zwei Töchter und einen Sohn. Der wird jetzt acht.
- Sind die Geburten alle komplikationslos verlaufen?
- Die Mädchen waren Hausgeburten und mit unserem Jüngsten war ich im Klinikum.
- Hatten Sie einen besonderen Grund?
- Nein, mein Mann fing an, sich immer mehr Sorgen zu machen. Und da bin ich ihm zuliebe ins Klinikum gegangen.

**010 B1a**

- Guten Tag, Frau Holzer. Darf ich mich vorstellen, mein Name ist Schreiber, ich bin hier der diensthabende Arzt. Was kann ich für Sie tun?
  - Ach, Herr Doktor, ich habe so schlimme Bauchschmerzen, dass ich es kaum noch aushalte.
  - Seit wann haben Sie diese Beschwerden denn schon?
  - Seit gestern Abend. Ich war noch bei meiner Schwester und auf dem Nachhauseweg in der U-Bahn, da hat es angefangen.
  - Wo genau tut es denn weh?
  - Hier unten rechts!
  - Strahlen die Schmerzen denn irgendwohin aus?
  - Nein, Herr Doktor!
  - Wenn Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1–10 beschreiben müssten, wo würden Sie sie dann einordnen?
  - Na ja, so auf 6!?
  - Hmm, sind Sie wegen einer anderen Erkrankung bei einem Kollegen in Behandlung?
  - Nein, mir geht es eigentlich gut. Ich war nie krank.
  - Wenn Sie einverstanden sind, werde ich Sie jetzt körperlich untersuchen und dann sehen wir mal weiter, in Ordnung?
- 011 C1a**
- Gut. Frau Menzel, Sie können sich wieder anziehen. Ich werde Ihnen jetzt noch kurz erklären, wie wir weiter vorgehen wollen und was wir noch untersuchen werden.

- O.k., danke, Frau Doktor!
- Die körperliche Untersuchung habe ich jetzt soweit abgeschlossen und Schwester Sylvia wird gleich bei Ihnen Blut abnehmen. Wir werden dann sehen, ob Entzündungszeichen im Blut nachweisbar sind.
- Letzte Woche hat der Hausarzt erst Blut abgenommen. Da war alles in Ordnung.
- Bis auf ihre Blutfette, oder?
- Er war ganz zufrieden.
- Das freut mich. Eine Kollegin, die Frau Müller wird bei Ihnen eine Ultraschalluntersuchung durchführen. Sie ist unsere Spezialistin für solche Untersuchungen!
- Einen Ultraschall hat der Hausarzt auch bei mir gemacht. Aber von der Leber. Da war auch alles in Ordnung! Muss ich auch noch geröntgt werden?
- Nein, eine Röntgenaufnahme wird nicht notwendig sein. Dazu gibt es im Moment keinen Anlass. Wir werden schauen, was bei der Ultraschalluntersuchung herauskommt, und die Laborbefunde abwarten und dann werde ich mit Ihnen das weitere Vorgehen besprechen.
- Wie lange wird das denn alles dauern?
- Ich schätze mal, dass wir so gegen fünf Uhr alle Ergebnisse zusammen haben.
- Oh, das ist gut. Bis dahin ist mein Mann bestimmt wieder zurück.
- Ein neues Knie! Richtig, und zwar links! Weil rechts hab ich ja schon eine Prothese. Sollte wohl keiner verwechseln, oder?
- Das denke ich auch. Frau Dr. Lurtz hatte Sie ja schon in der Kniesprechstunde über die Operation aufgeklärt. Ich möchte ganz gerne mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen. Nachher kommt noch der Anästhesist zu Ihnen und bespricht mit Ihnen die Narkose.
- Können wir machen.
- Haben Sie den Fragebogen schon ausgefüllt?
- Das sollte ich ja machen.
- Hat sich in den letzten vier Wochen an Ihren Beschwerden etwas geändert?
- Also in der letzten Zeit ist es immer schlimmer geworden. Jetzt sind die Schmerzen nicht nur im Knie, sondern im ganzen Bein. Es zieht sogar nach oben und laufen kann ich ja fast gar nicht mehr.
- Wird der Schmerz denn tagsüber erträglicher?
- Mittags nehme ich eine Ibuprofen ein. Aber die hilft auch nicht mehr richtig.
- Nehmen Sie außer dem Ibuprofen noch zusätzlich Schmerzmedikamente ein?
- Wenn's gar nicht mehr geht, nehme ich so eine Tablette ... also Tro... oder Troma...
- Tramadol.
- Ja richtig. Dann wird es schon besser. Aber manchmal wird mir davon so flau im Bauch.
- Ja, Übelkeit ist eine typische Nebenwirkung bei diesem Medikament.

## Lektion 2

### 012 A2b

- Guten Tag, Sie sind bestimmt der Herr Wächter?
- Wie kommen Sie denn darauf?
- Die Frau Doktor Lurtz hat mir gesagt, dass Sie ein netter, weiß melierter Herr sind. Und den sehe ich gerade vor mir.
- Na, das freut mich aber, was die Frau Lurtz über mich gesagt hat.
- Wenn ich mich vorstellen darf. Mein Name ist Monzano. Ich bin hier in der Unfallchirurgie als Assistenzarzt tätig. Sie bekommen morgen eine Knieprothese, ist das richtig?

### 013 A2c

- Ich habe vorhin schon mal durch Ihre Befunde geschaut. Die aktuellen Blutwerte sind in Ordnung. Eine Lungenfunktion ist gemacht worden. Haben Sie in der letzten Zeit Beschwerden mit der Atmung?
- Nein, also ja, ein bisschen. Ich hatte so einen Husten, der nicht so richtig wegging. Und dann hat der Hausarzt gemeint, wir sollten das da doch auch machen. War doch alles gut, oder?

- Ja, bei Ihrem Alter ...
  - 81.
  - Genau, ein sehr gutes Ergebnis. Und der Husten ist jetzt auch nicht mehr vorhanden, oder?
  - Es war immer so ein Reizhusten, ganz plötzlich. Aber der ist schon seit zwei Wochen weg.
  - Im EKG sieht man, dass sie einen Herzschrittmacher tragen. Sie haben bestimmt einen Schrittmacherpass, oder?
  - ... den hab ich schon seit Jahren. Den Pass hat meine Frau. Den bringt sie nachher mit.
  - Wissen Sie, warum sie den Schrittmacher bekommen haben?
  - ... wegen der Rhythmusstörungen. Und dann bin ich einige Male umgefallen, einfach so!
  - Können Sie sich noch erinnern, wann er implantiert wurde?
  - Ach je, vor sechs oder sieben Jahren? So lange ist das bestimmt schon her.
  - Wann ist der Schrittmacher denn das letzte Mal kontrolliert worden?
  - Das war vielleicht vor 4 Wochen. Die Kontrolle hat der Hausarzt ja extra wegen der Operation vorverlegen lassen. Wäre ja sonst erst Ende des Jahres gewesen.
  - Ja, das ist hervorragend. Haben Sie den Befund vom Kardiologen, der die Untersuchung durchgeführt hat?
  - Ja, ich habe alle Befunde!
  - Aber in der Krankenakte kann ich sie nicht finden.
  - Oh je, da sind die restlichen Befunde und Briefe bestimmt noch in dem Umschlag. Aber den bringt meine Frau auch gleich mit.
  - Wenn Sie mir sagen, bei welchem Kardiologen Sie waren, könnte ich den Befund schon einmal anfordern. Und dann sind wir auf jeden Fall auf der sicheren Seite.
  - Ja, das ist diese kardiologische Gemeinschaftspraxis am Marktplatz. Die Frau Doktor Niedermeier hat mich das letzte Mal untersucht.
  - Gut, die kenne ich. Da veranlasse ich gleich, dass die uns den Arztbrief zufaxen. Das ist kein Problem. Sind seit der Schrittmacherimplantation noch einmal Probleme bezüglich der Herzrhythmusstörungen aufgetreten?
  - Überhaupt keine. Deswegen vergesse ich ja oft zu sagen, dass ich das Ding habe. Ist denn der Schrittmacher ein Risiko für die Operation?
  - Nein, ganz im Gegenteil. Nur für uns ist es wichtig zu wissen, was für eine Grunderkrankung dahintersteckt, also: warum sie dieses Aggregat, wie man so schön sagt, haben. Und darüber hinaus natürlich, ob er auch wirklich funktioniert.
  - Mhm, das kann ich verstehen. Wissen Sie, ich bin, also ich war ja Maschinenbauingenieur. Und da möchte ich schon sicher sein, dass alles gut funktioniert!
- 014 A4b**
- Richtig, vor allem der Narkosearzt wird sich freuen, wenn alle Befunde vollständig sind. Sie haben dann noch unter Nervenleiden vermerkt, dass sie Beschwerden in beiden Beinen haben. Nehmen Sie deswegen das L-Dopa ein?
  - Ja, das ging ja gar nicht mehr! Ich konnte nächtelang nicht schlafen. Ich bin ständig herumgelaufen. Hab Kneippsche Bäder gemacht. Und dann habe ich dem Hausarzt gesagt, dass ich jetzt unbedingt Schlaftabletten benötige. Und dann hat er mich gefragt: Warum? Und dann hab ich erzählt, dass ich keine Ruhe mehr im Bett habe, wegen der Beine.
  - Und dann wurden Sie untersucht?
  - Ja, und dann hat man diese ..., wie heißt es noch?
  - Restless Legs.
  - ... richtig, diese unruhigen Beine festgestellt.
  - Und konnten die Symptome durch das Medikament gelindert werden?
  - Ich sage Ihnen, ich schlafe jetzt wieder! Ich merke noch etwas, aber das spielt keine wesentliche Rolle.
  - O.k. Ihren Medikamentenplan haben wir ja hier. Sie sollten an Ihrer Einnahme nichts ändern. Was die Verordnung für

morgen früh betrifft, so sprechen wir das mit den Kollegen von der Anästhesie ab. Ich werde mir jetzt noch einmal Ihr Knie anschauen und auf Herz und Lunge hören.

## 015 B2

### Gespräch 1

- Ich begrüße Sie, Frau Tietke. Nehmen Sie bitte Platz. Wenn ich mich vorstellen darf: Ich heiße Wendelmeier und gehöre mit zum Team der Anästhesieabteilung. Sie haben unsere Aufnahmestation gut finden können?
- Das war kein Problem. Die Dame von der Verwaltung hat es mir gezeigt.
- Das ist gut, dass Sie die Formalitäten schon erledigt haben. Dann sind Ihre ganzen Daten schon bei mir im Computer.
- Benötigen Sie denn auch noch eine Überweisung?
- Nein. Wenn Sie Ihre Überweisung bei der Verwaltung abgegeben haben, reicht das vollkommen aus.
- Da habe ich ja alles abgegeben.
- Sehr gut, Frau Tietke. Also, für Ihre 86 Jahre erscheinen Sie mir wirklich sehr fit.
- Meinen Sie? Ja, da haben Sie eigentlich recht, ich erledige alle Einkäufe noch selbst und gehe jeden Tag mit unserm Hund durch den Park. Jetzt mit dem Knie dauert es natürlich schon ein bisschen länger.
- Wie ich sehe, wurde bei der Besprechung vor acht Wochen auf eine Eigenblutspende verzichtet.
- Also Herr Doktor ...
- Wendelmeier.
- Ja, genau, Herr Doktor Wendelmeier, ich wollte das sowieso nicht und dann habe ich ja auch noch keine so guten Blutwerte gehabt.
- Ja, ich sehe. Ihr Hb-Wert ist zwar ohne Spende noch in Ordnung, aber wenn wir Ihnen jetzt Blut abgenommen hätten, wäre er wahrscheinlich doch zu schlecht gewesen.
- Ja, trotz der Eisentabletten.

- Richtig. Wir werden zur Sicherheit für die Operation Blutkonserven kreuzen, weswegen wir gleich noch einmal bei Ihnen Blut abnehmen werden. So, dann schau ich mal weiter durch Ihre Befunde. Das EKG haben wir und eine Lungenfunktion ist auch dabei, wunderbar. Der Untersuchungsbefund vom Hausarzt und hier die aktuellen Laborwerte. Jetzt fehlt mir noch der Anamnesebogen, den Sie zu Hause ausfüllen sollten.

- Also, ich habe so viele Fragebögen ausgefüllt. Vielleicht ist er ja irgendwo dazwischen. So ein Blauer?

- Richtig.

- Da ist er doch.

## 016

### Gespräch 2

- Guten Tag, Frau Winter, nehmen Sie bitte Platz.
- Guten Tag, Frau Doktor ... jetzt habe ich Ihren Namen vergessen.
- Köchling, aber das macht nichts. Ist ja auch schon eine Weile her, dass wir uns gesehen haben. Wir wollen heute über die Eigenblutspende vor Ihrer Knieoperation sprechen.
- Da ging es mir ja auch gar nicht gut. Dieser hohe Blutdruck! Und die Schmerzen in der Brust! Das hatte ich ja noch nie gehabt. Ich glaube es war die ganze Aufregung!
- Damit lässt sich ein solches Beschwerdebild sehr gut erklären! Zum Glück waren ja auch bei den Untersuchungen alle Befunde bestens.
- Dann können wir also starten?
- Richtig, Frau Winter. Wir werden Ihnen für diese Operation einmalig einen halben Liter Blut entnehmen. Sie dürfen zu Hause ruhig noch ein Frühstück zu sich nehmen. Und denken Sie daran, vorher genug zu trinken.
- Das fällt mir ja schwer, das Trinken.
- Im Alter ist das immer so eine Sache mit der Flüssigkeitsaufnahme! Aber es ist der einfachste Weg sich Schwierigkeiten mit dem Kreislauf nach der Eigenblutspende zu ersparen.
- Darf ich denn auch einen Kaffee trinken?

- Selbstverständlich. Nach der Entnahme, die dauert so eine gute halbe Stunde, bleiben Sie noch ein wenig bei uns. Wir werden ihren Blutdruck regelmäßig kontrollieren. Und dann gibt es da noch belegte Brötchen und Getränke. Wenn sie vom Kreislauf her stabil sind, geht's wieder nach Hause.
- Darf ich denn mit dem Bus zurückfahren?
- Haben Sie keine Möglichkeit sich fahren zu lassen?
- Ich könnte meine Tochter fragen, ob sie mich holt.
- Wir können ja gleich im Terminplan nachschauen und Sie fragen Ihre Tochter, wann es ihr am besten passt.
- Ja, dann hol ich sie gerade. Sie ist mit meinem Enkel draußen in der Cafeteria.
- Lassen Sie uns noch den weiteren Ablauf besprechen und dann holen Sie Ihre Tochter, o.k.?

#### 017 C2a

- Hallo, Schwester Sylvia, wer ist denn von euch für den Herrn Zwingler zuständig?
- Herr Zwingler? Die Neuaufnahme in der Vierzehn?
- Ja, bekommt morgen eine Knie-TEP.
- Helena!
- ▲ Ja?
- Herr Zwingler in der Vierzehn ist doch dein Patient, oder?
- ▲ Ja, wieso?
- Der Doktor Luno will was von dir.
- ▲ Komme! ... Hallo, was ist denn los?
- Hallo Helena, ich wollte wissen, ob Sie Herrn Zwingler schon aufgenommen haben?
- ▲ Mache ich gleich, er wollte erst in Ruhe seine Sachen auspacken. Ist was mit ihm?
- Ich bin mir nicht ganz sicher. Aber ich habe das Gefühl, dass bei ihm ein dicker Infekt im Anmarsch ist und er versucht, das runterzuspielen.

#### 018 C2b

- ▲ Damit er auch auf jeden Fall operiert wird?
- Genau. Er hat während des Gesprächs ein paar Mal gehüstelt, nichts Dramatisches. Dann find ich ihn ein bisschen blass, und er wirkt so schwitzig, nicht kaltschweißig, eher ein Schwitzen, wenn man sich angestrengt hat. Vielleicht kam es ja vom Kofferschleppen, ich weiß es nicht. Aber auf jeden Fall traue ich der Sache nicht.
- ▲ Hat er denn schon länger Probleme mit der Husterei?
- Er meint, er hätte schon ewig damit zu tun. Aber da wäre nichts! Naja!?
- ▲ Gut, dann schaue ich gleich mal, wie's ihm geht. Vielleicht hat er ja erhöhte Temperatur? Sollen wir ein kleines Blutbild abnehmen ...?
- ... und CRP. Sicherheitshalber. Ja, gute Idee. Nicht, dass ich Gespenster sehe oder mal wieder diagnostisch übertreibe, wie der Herr Oberarzt neulich gesagt hat ...
- ▲ Sie übertreiben doch nie, Herr Doktor.
- Ja, ja.
- ▲ Ich funk Sie an, wenn ich was weiß, o.k.?
- Ich muss jetzt runter in den OP. Das dauert bestimmt länger. Besser, Sie verständigen Frau Minilski. Die hat eh Dienst.
- ▲ Und die Frau Zumbalski von der Anästhesie kommt ja auch noch.
- Da kann ich ja beruhigt die Haken halten.

### Lektion 3

#### 019 A2

- Zentrale Notaufnahme, Städtisches Klinikum, Schwester Sylvia Müller! ... Ja, o.k.! Verstehe! Männlich, ca. 30 Jahre, intubiert und beatmet. Messerstecherei in der Wohnung, dann ist er aus dem ersten Stock gesprungen? Aber kein Schädel-Hirn-Trauma. Gut, ich geb das weiter. ... Thoraxdrainage. Wo? Ach so: links! Ja, ... In 5 bis 10 Minuten. ... Doktor Khadivi?

**020**

- Ja, Schwester Sylvia, ich höre!
- Wenn Sie einen Moment ...
- Frau Hutler, wenn sie mich kurz entschuldigen, ich muss gerade etwas besprechen ...
- ▲ Ja, schon gut.
- Was ist denn los?
- Es gibt Arbeit. Die Leitstelle hat uns einen Schwerverletzten angekündigt. Um die dreißig. Eifersuchtsdrama mit Messerstecherei. Er hat diverse Einstiche abbekommen. Ist dann über den Balkon geflüchtet und runtergesprungen.
- Wirklich?! Welches Stockwerk?
- Erstes. Er ist intubiert und links haben sie eine Thoraxdrainage gelegt. Dann hat er noch eine offene Unterschenkel- und Radiusfraktur, Verdacht auf Schulterfraktur und natürlich die Messerstichverletzungen. Anästhesie ist verständigt.
- Sehr gut! SHT?
- Nein, war wach und ansprechbar.

**021 A3**

- Also, Schwester Sylvia ...
- Ich verständige die Diensthabende von der Inneren wegen der Sonografie Abdomen, oder?
- Das ist gut, dann können wir uns um die anderen Sachen kümmern. Und sagen Sie der Schwester Maria, sie soll schon mal das CT blockieren und im Labor nachfragen, wie viel 0 negatives Blut die haben, und gleich drei Konserven zurückstellen lassen.
- Mach ich. Soll ich den Oberarzt informieren?
- Lassen Sie uns warten, bis der Patient da ist. Wer weiß, vielleicht ist es viel heiße Luft.
- Wir benötigen bestimmt das OP-Team. Ich meine wegen der Frakturversorgung. Und da will der Doktor Landmeier immer dabei sein ...
- O.k., Sylvia, schon verstanden. Informieren Sie ihn und das OP-Team ...
- Ehrlich, ist besser so, Doktor Khadivi.

- Ich gehe noch schnell zur Frau Hutler und sage ihr, dass sie sich noch ein bisschen gedulden muss, bis ich wiederkomme. Wer hat eigentlich Anästhesiedienst?
- Die Frau Baussen.
- Sehr gut. Das mobile Röntgengerät steht ja im Schockraum, oder?
- Natürlich. Ich sag Martina, dass sie uns vorerst an der Leitstelle abmeldet.
- O.K., die Internisten haben vorhin einen Infarkt reinbekommen und wir sind auch für die nächste Zeit beschäftigt.
- ▶ Hallo, Leute! Und was ist im Anmarsch?
- Hallo Frau Baussen, ein junger Mann, um die dreißig mit einem Tubus und Bülau-Drainage links. Sie können auf jeden Fall ihren zweiten Dienst verständigen, da muss mit Sicherheit einiges operativ versorgt werden ...
- ▶ Dann wollen wir mal schauen ...
- Sylvia, wo bleibt denn die Frau Müller von der Inneren?

**022 A4**

- Wir benötigen bestimmt das OP-Team. Ich meine wegen der Frakturversorgung. Und da will der Doktor Landmeier immer dabei sein ...

**023**

- Natürlich. Ich sag Martina, dass sie uns vorerst an der Leitstelle abmeldet.

**024**

- Hallo, Frau Baussen, ein junger Mann, um die dreißig mit einem Tubus und Bülau-Drainage links. Sie können auf jeden Fall Ihren zweiten ...

**025 B1a**

- Kommt schon.
- Hallo, Herr Kollege Nolte.
- ◆ Servus, Herr Khadivi! Pass einer auf den Zugang da rechts auf! Das der nicht rausrutscht! Nein, lass das Pulsoxymeter dran, fixier das Kabel halt an der Seite. Ja, geht doch! Also, der Mann hier heißt Christian Maier, ist 32 Jahre alt. Bei Eintreffen wach, ansprechbar, orientiert und kreislaufstabil. Er hat von seinem Nebenbuhler zwölf Messerstiche abbekommen. Bis auf einen im rechten unteren



ren Abdomen liegen alle anderen Einstichstellen peripher. Soweit ich das beurteilen kann, scheinen mir die Verletzungen nur oberflächlich zu sein. Mal ein Vorteil von Körperfülle. Er ist dann über den Balkon geflüchtet und aus ca. drei Meter Höhe auf den Parkplatz gesprungen. Dabei ist er wohl linksseitig aufgefunden und hat sich eine Rippenserienfraktur links, eine offene Unterschenkelfraktur links und eine Unterarmfraktur mit deutlicher Dislokation zugezogen ...

■ Also kein SHT?!

◆ Richtig! Er konnte den Unfallhergang genau schildern. Unabhängig von den Schmerzen entwickelte er eine zunehmende Tachypnoe mit deutlicher Abnahme der Sauerstoffsättigung. Links thorakal konnte ich kein Atemgeräusch mehr auskultieren und man konnte deutlich die Krepitationen hören ...

▶ Martin, sieh mal zu, dass wir zuerst einen Röntgen Thorax zur Lagekontrolle machen ...

\* Ja, Frau Baussen, ist schon alles in der Mache.

#### 026 B2a

◆ Also fünfter ICR links Thoraxdrainage mit Entleerung von ca. 500 ml Blut.

▶ Beatmungsschwierigkeiten? Aspiration?

◆ Nein, war alles unauffällig. Intubation ohne Probleme: AMV 7,5 l bei einer Beatmungsfrequenz von 12. Atemgeräusche beidseits vorhanden mit deutlichem Giemen links. Kreislaufstabil, Sättigung immer um die 99 Prozent. Ihr könnt ja mal eine BGA machen!

● Nach dem Thorax, ist das in Ordnung?

■ Am besten wir lagern ihn mit unserer Schaufeltrage um.

▶ Analgesie?

◆ Hat vor fünf Minuten noch Fentanyl bekommen.

▶ Gut Leute, alle auf mein Kommando: Sylvia, pass auf die Drainage auf. Martin, du sicherst die Zugänge. Ich hab den Kopf. Alle bereit?

●/\*/◆ Ja.

▶ 1, 2, 3 – und los!

◆ O.K. Leute, danke für die Übernahme. Ach, so: Die Polizei kommt gleich und bringt euch die restlichen Personalien ...

#### 027 B3

1 Kannst du mal den Defi anschließen, bitte!

2 Schieb das Röntgen rein!

3 Wo steht die Schaufeltrage?

4 Ist die BGA schon durchgelaufen?

5 Stell das Beatmungsgerät an!

6 Hat einer das Gel fürs Sono gesehen?

#### 028 C1

■ Guten Tag, mein Name ist Khadivi, ich bin der diensthabende Arzt der Notaufnahme und Sie sind bestimmt die Frau Meier?

✦ Ja, Christine Meier. Wie geht es ihm denn? Es ist ja alles so schrecklich! Ich wusste doch nicht, dass er gleich so aggressiv wird! Warum musste er auch so früh nach Hause kommen?

■ Frau Meier, er ist hier vor gut zehn Minuten eingeliefert worden, deswegen kann ich Ihnen noch nicht so viel über seinen genauen Zustand sagen.

✦ Aber er hat wahnsinnig geblutet und dann noch der Sprung? Das kann man doch gar nicht überleben. Oder? Herr Doktor, wird er überleben? Ich fühle mich so schuldig ...

■ Ganz ruhig, Frau Meier. Wir tun alles, was in unserer Macht steht. Ich erkläre Ihnen kurz, wie wir jetzt weiter vorgehen.

✦ Ja, gut, danke.

■ Sein Kreislauf ist aktuell sehr stabil. Er hat schon eine Narkose, sodass Sie jetzt mit ihm nicht reden können. Wir werden jetzt noch einige Röntgenuntersuchungen durchführen. Und dann müssen die Knochenbrüche, die er sich zugezogen hat, operiert werden. Danach kommt er erst mal zur Überwachung auf unsere Intensivstation

✦ Um Himmels Willen! Intensivstation. Dann steht es ja doch sehr schlecht um ihn?

■ Nein, nein. Das ist jetzt erst einmal für den Anfang wichtig. Schließlich hat er einige Verletzungen, die einer genauen

Beobachtung und speziellen Behandlung bedürfen. Zu Ihrer Beruhigung: Er ist von Seiten des Herzens und Blutdrucks völlig stabil und mit den aktuellen Blutwerten bin ich sehr zufrieden.

- ✿ Und wann kann ich zu ihm?
- Ich denke, dass er frühestens in zwei bis drei Stunden auf der Intensivstation sein wird. Sie haben dem Notarzt berichtet, ihr Mann hätte eine Penizillinallergie ...
- ✿ Oh ja, ganz schlimm, da bekommt er keine Luft mehr ...
- Ist er noch gegen andere Medikamente allergisch?
- ✿ Nicht, dass ich wüsste.
- Und hat er noch andere Erkrankungen?
- ✿ Naja, er nimmt noch Tabletten wegen seiner Depressionen. Aber da weiß ich nicht so genau, wie die heißen.

## 029 C2a

### Gespräch 1

- Herr Schäfer, ich verstehe Sie richtig, dass Sie schon seit längerem über Luftnot klagen?
- Also Luftnot ...
- ... Schwierigkeiten bei der Atmung?
- Ja, wenn ich die Treppe zu unserer Wohnung hoch gehe, muss ich in letzter Zeit mal stehen bleiben und erst Mal durchschnaufen, bevor ich weitergehen kann, verstehen Sie?
- Ja, ich verstehe.
- Ja, aber das ist doch kein Asthma, wenn man mal stehen bleiben muss?
- Zumindest nicht so wie Sie es beschreiben. Und dass Ihre Beine so geschwollen sind ...
- Das wundert mich ja auch. Ich dachte, das wäre eine Allergie. Da hab ich die Beine eingerieben. Aber es wurde überhaupt nicht besser.
- Sie nehmen ja eine ganz schöne Menge an Medikamenten ein.
- Ja, da ist in der letzten Zeit einiges dazu gekommen.
- Wieso?

- Nach dem Tod meiner Frau, da ging es mir gar nicht gut. Und da konnte ich überhaupt nicht mehr schlafen. Und es ging mit mir nur noch bergab ...
- Sie konnten den Tod ihrer Frau ganz schlecht überwinden?
- Ja, genau. Und seit ich die Tabletten bekomme, geht es schon besser.

## 030

### Gespräch 2

- Herr Brandl?
- Ja!
- Mein Name, ist Küppers, ich bin der diensthabende Arzt der Inneren Abteilung.
- Tut mir leid, dass ich es nicht früher geschafft habe. Ich war beruflich unterwegs: in Mailand ... Und, wie geht es meiner Frau?
- Ich kann Sie beruhigen, Ihrer Frau geht es wieder gut.
- Gott sei Dank. Da war ja wohl sogar der Notarzt da?
- Ja, sie hatte heftige Schmerzen in der Brust.
- Hatte sie schon öfter! Diese Brustbeschwerden! Vor allem, wenn sie sich aufregt, sie regt sich so oft über alles Mögliche auf!
- Ja, das könnte es gewesen sein.
- Aber normalerweise nimmt sie doch ihr Spray und dann geht es wieder. Hat sie nicht gesprayed?
- Doch, aber darauf ist es diesmal nicht besser geworden.
- Und, hat sie denn einen Herzinfarkt?
- Nein. Alle Untersuchungen, angefangen vom EKG bis zu den Laborwerten sind in Ordnung ...

## 031

### Gespräch 3

- Guten Tag! Sie sind die Eltern vom Julian?
- ▲ + ■ Ja.
- Mein Name ist Norberger, ich bin die zuständige Oberärztin.

- Und, was meinen Sie?
- Aktuell geht es ihm ja wieder etwas besser ...
- Das Fieber ist ja auch nicht weiter gestiegen ...
- Richtig.
- ▲ Wir wollen ja morgen früh nach Spanien. Und wegen der Bauchschmerzen. Also, die hat er schon öfter, bevor wir losfahren, wissen Sie ...
- Morgen besuchen wir erst Oma und Opa. Die freuen sich auch schon gewaltig.
- Ich glaube, mit Ihrer Abreise morgen früh, das halte ich für keine so gute Idee.
- ▲ Ach so, wie?
- Das, was Sie und auch Julian geschildert haben und auch die Untersuchungen deuten auf eine Blinddarmentzündung hin. Ich habe deshalb meinen Kollegen von der Chirurgie gebeten, sich Julian ebenfalls anzuschauen ...
- ▲ Wie kann denn das sein? Er war doch jetzt zwei Wochen im Zeltlager. Da war alles gut. Die haben den ganzen Tag Fußball gespielt. Der Junge ist immer fit.
- Es gibt einen Entzündungswert, den wir im Blut messen können, und der zeigt uns, dass bei Julian Zeichen einer Entzündung vorliegen.
- Aber er muss doch nicht operiert werden ...?

## Lektion 4

### 032 A3a

Ich möchte Ihnen heute einen 39-jährigen Patienten vorstellen, der seit über zehn Jahren immer wieder über plötzlich auftretende starke neuralgiforme Nackenschmerzen, oft gepaart mit Schluckbeschwerden, klagte.

Immer wieder berichtete der Patient über ein komisches Globusgefühl im Halsbereich. Gelegentlich habe er starke Kieferschmerzen gehabt. Sowohl die Entfernung der Mandeln, als auch die Behandlung mit einer Bisschiene und die Extraktion der Weisheitszähne brachten keine Besserung der Symptomatik. Zeitweise nahm der Patient wochenlang hochdosiert Schmerzmedikamente ein, die jedoch keinen wesentlichen Effekt gezeigt hätten. Eine Physiotherapie

wegen der Schulter- und HWS-Beschwerden war anfänglich schmerzlindernd, zeigte jedoch nach kurzer Zeit keinen Erfolg mehr.

Auch die medikamentöse Einstellung mit einem Antidepressivum zeigte nur eine kurzfristige Besserung. Eine Psychotherapie hat der Patient abgelehnt.

Er arbeitet in einer großen Immobilienagentur. Er ist verheiratet. Seine Frau hat viel Verständnis für seine Beschwerden. Er hat zwei erwachsene Töchter, mit denen er sich gut versteht.

Bei der Aufnahme konnte der Patient schmerzbedingt kaum schlucken. Schon eine minimale Drehung des Kopfes verschlimmerte die Schmerzsituation ins Unerträgliche.

Nach eingehender Untersuchung erfolgte eine MRT der HWS und des Kopfes. Hier zeigte sich ein mit 5 cm deutlich verlängerter Prozessus styloideus im Sinne eines Eagle Syndroms.

Aufgrund der Vorgeschichte wurde auf den erneuten Versuch, eine ausschließlich medikamentöse Therapie durchzuführen, verzichtet. Wegen eines Pflegefalls in der Familie wollte der Patient eine operative Behandlung hinausschieben. Eine lokale Injektionsbehandlung mit einem Kortikoid brachte kurzfristig eine deutliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik. Nach Wiederauftreten der Beschwerden wurde eine Resektion des Prozessus styloideus durchgeführt.

Der Patient ist seit der Operation beschwerdefrei.

### 033 B1a

- Herr Giegerich, Sie haben mir Ihre aktuellen Schmerzen beschrieben. Vor allem, dass sich die Beschwerden im Lendenwirbelbereich nach oben verlagert haben ...
- Erst so zwischen den Schultern und dann hat es mit den Kopfschmerzen angefangen ...
- Das ist ja jetzt seit ungefähr einem halben Jahr so ...
- Ja, genau. Ein halbes Jahr Migräne. Hatte ich früher nichts mit zu tun ...

- War darüber hinaus im letzten halben Jahr bis Jahr etwas Besonderes oder hat sich etwas verändert?
  - Schmerzmäßig gar nicht. Nee, würde ich nicht sagen.
  - Seit Anfang des Jahres nehmen Sie noch ein Antidepressivum ein ...
  - Ja, da ging es mir gar nicht gut.
  - Gab es für Sie einen Grund, dass es ihnen nicht so gut ging?
  - Ja. Schon. Ja, klar. Meine Frau hat sich da von mir getrennt. Nach zwanzig Jahren ...
  - Das ist eine lange Zeit, die sie zusammen waren.
  - Ja, und dann ist sie einfach so ausgezogen.
  - Das kam für Sie alles ganz plötzlich.
  - Schon, irgendwie. Ich meine, ich kann ja auch nichts mehr machen. Nichts heben. Gar nichts. Ich sitze ja nur rum. Nicht mal den Müll kann ich raustragen ... aber was will ich denn machen?
  - Und zu der Zeit ging es Ihnen seelisch auch schon nicht mehr so gut ...
  - Mir ging es doch nie gut! Da war das endlich mit Frührente durch und dann baut mein Sohn diesen Motorradunfall. Komplizierter Unterschenkelbruch, drei Monate im Krankenhaus, dann die Lehre abgebrochen und jetzt ist er nur noch mit irgendwelchen Halbkriminellen auf Safttour.
  - Und da sind Sie auch nicht mehr an ihn herangekommen ...
  - Mach doch was, hat meine Frau immer gesagt! Sag was, du bist der Mann! Was denn machen? Ich habe überall Schmerzen, und dann zieht er auch noch aus. Ohne Arbeit, ohne Geld ... „Du bist der Vater! Sprich ein Machtwort“ ... da muss man ja Migräne kriegen ...
  - Zu der Zeit fing es an mit den Kopfschmerzen?
  - Ja, ja, ja da fing das an ... denke ich.
  - Sie haben noch eine Tochter, die ist fünfundzwanzig, oder?
  - Ach die, hören Sie auf ... die hält doch nur zu ihrer Mutter.
  - Wo wohnt sie zurzeit?
  - Sie ist schon vor zwei Jahren ins Nachbarort gezogen.
  - Allein?
  - Jetzt frage ich Sie, sie hat ein schweres Asthma und zieht zu einem Kettenraucher, der auch noch Katzen hat ... das macht man doch nicht.
  - Hat sie denn mehr Probleme mit Asthma?
  - Sie ist doch nur noch bei den Ärzten. So kann man unser Gesundheitssystem auch kaputt machen.
  - Hatten Sie in letzter Zeit mit jemandem aus Ihrer Familie Kontakt?
  - Nein, ich hab keinen Kontakt.
  - Und mit den Nachbarn?
  - ... die haben drei Kinder. Laute Kinder, die den ganzen Tag rumschreien. Und niemand greift ein ...
  - Wie schaffen Sie denn Ihre tagtäglichen Erledigungen, Einkäufe und Essen ...
  - Ich bekomme jetzt das Mittagessen vom Roten Kreuz. Und dann geh ich mal zum Supermarkt.
  - Reicht denn Ihre Rente aus, die Sie jetzt bekommen?
  - Ach was, ich werd wohl aus der Wohnung raus müssen.
- 034 C1**
- Ja, Klinger hier. Sie hatten um Rückruf gebeten?
  - Guten Tag, Herr Klinger. Danke für den schnellen Rückruf. Ich habe gerade einen Patienten gesehen, den ich ihnen gerne konsiliarisch vorstellen würde.
  - O.k., was hat er denn?
  - Zu mir ist er wegen einer Post-Zoster-Neuralgie im linken Thorax-Bereich Höhe Th 7 Th 8 gekommen. Der Mann ist 72 und arbeitet als Schreinermeister noch im Betrieb seines Sohnes mit. Den Zoster hatte er schon vor 6 Monaten und hat keinen Arzt konsultiert.
  - Wie bitte?
  - Ja, er hat eine bemerkenswerte Indolenz. Er habe dann halt ein bisschen mehr getrunken und die Analgetika seiner Frau

eingenommen, wenn die Schmerzen zu arg waren ...

- Also, ein gewisser Alkoholabusus dürfte wohl anzunehmen sein ...
- Ja, da haben Sie wohl recht. Aktuell ist er zwar wegen seiner rezidivierenden Schmerzsymptomatik gekommen. Was ihn aber eigentlich beunruhigt ist eine neu aufgetretene Dyspnoe.
- Ist er zyanotisch?
- Nein, aber er hat schon in Ruhe eine leicht erhöhte Atemfrequenz und bei leichter Belastung wird er deutlich kurzatmig. Perkussorisch zeigt sich ein gedämpfter Klopfeschall und ein abgeschwächtes Atemgeräusch links. Zusätzlich gibt er an, in den letzten drei Monaten 5 Kilo an Gewicht verloren zu haben ...
- Ich glaub, den schicken sie mal gleich zu mir rüber.
- Mach ich.
- Und Herr Kollege ...
- Ja? ...
- ... den Konsilschein nicht vergessen. Am besten ausgefüllt!

### 035 C2

- Herberling!
- Hallo, Herr Herberling, sind Sie es? Hier ist Schneider von der Inneren am Apparat ...
- Grüße Sie. Stehe hier gerade in der Umkleide. Was gibt's denn?
- Ich hab einen Patienten für Sie ...
- Aber Herr Schneider, heute ist doch gar nicht Freitag, oder?
- Ein ganz normaler Dienstag, aber ...
- Na gut, was haben Sie denn für mich?
- Den Herrn M., er ist knappe 56. War wegen seiner COPD schon ein paar Mal bei uns. Heute Morgen ist er wegen erneuter Atembeschwerden aufgenommen worden. Ich hab ihn mir vorhin angeschaut. Neben einer mäßigen Dyspnoe, klagt er vor allem über Schluckbeschwerden ...
- Seit wann?
- Er meint seit einigen Wochen. Er liegt so bei 40 Zigaretten am Tag und zugebenen

6 Flaschen Bier und mal einen Schnaps ...

- Mir schwant Böses ...
- Mir auch. Er ließ sich mit dem Mundspatel nicht besonders gut untersuchen. Aber im linken hinteren Bereich sieht man lateral eine ulzeröse Veränderung.
- Vergrößerte Lymphknoten?
- Nein, aber Mundgeruch. Also, was seine Lunge betrifft, ist er jetzt so weit stabil, und wenn Sie ihn sich anschauen ...
- ... werden wir ihn wahrscheinlich übernehmen, oder?
- Ich wusste, mit Ihnen kann man reden.

## Lektion 5

### 036 A1

- 1 Ziehen Sie nun die Schultern hoch, bitte.
- 2 Bitte krempeln Sie die Ärmel Ihres Pullovers hoch.
- 3 Bitte einmal den Arm leicht anheben und gerade lassen.
- 4 Drehen Sie bitte Ihren Kopf von rechts nach links.
- 5 Stemmen Sie bitte mal die Arme in die Hüfte.
- 6 Atmen Sie bitte tief in den Bauch ein und wieder aus.
- 7 Könnten Sie versuchen, einige Male zu husten?
- 8 Ich halte jetzt Ihr Bein und Sie spannen die Muskulatur an.
- 9 Wenn Sie sich bitte auf die Untersuchungsliege setzen würden.
- 10 Stellen Sie sich bitte breitbeinig hin.

### 037 A4b

- Herr Grübler, wir hatten ja darüber gesprochen, dass ich im Rahmen der Erstuntersuchung Ihre Prostata abtasten werde.
- Ja, ich weiß, aber das tut doch nicht weh, oder?
- Wissen Sie, den meisten Männern ist diese Untersuchung sehr peinlich und manchmal kann auch ein leichtes Druckgefühl auftreten. Aber schmerzhaft ist die Untersuchung nicht. Ich werde Ihnen

genau sagen, wie es abläuft und was ich mache.

- Na, dann versuchen wir es mal.
- Beugen Sie sich jetzt bitte nach vorne und stützen Sie sich mit Ihren Unterarmen auf der Liege ab.
- So o.k.?
- Sehr gut. Ich taste jetzt den äußeren Bereich ihres Afters ab. Da ist alles völlig unauffällig.
- Also, das Stehen, da wird mir jetzt ein bisschen schummrig, wissen Sie...
- Herr Grübler?
- Ja.
- Legen Sie sich erst einmal auf die Liege. Bleiben sie einfach ruhig liegen und ich messe erst einmal ihren Blutdruck.
- Wird schon wieder ...
- 120 zu 80. Der ist in Ordnung. Geht es Ihnen wieder besser?
- Ja, ja. Es war mir nur plötzlich ein wenig komisch ...
- Das passiert schon mal. Ist überhaupt nicht schlimm. Dann drehen Sie sich jetzt bitte auf die rechte Seite.
- Wie ... so auf die Seite ?
- Genauso, wie Sie sich im Bett auf die Seite legen und dann ziehen Sie die Beine an.
- Oh je, das fällt mir schwer, hier auf der Seite. Die Hüfte, wissen Sie!
- Wenn das für Sie zu schmerzhaft ist, können Sie sich auch auf die linke legen.
- Ja, das geht besser. So ...?
- Ja, so ist gut. Geht es so mit dem Kopf oder liegt der zu hoch?
- Tiefer wäre mir lieber. Ich habe es ja auch an der Halswirbelsäule. Na ja, man wird nicht jünger.
- Da haben Sie recht. Liegen Sie denn jetzt einigermaßen bequem?
- Ja, so geht es.
- So, noch einmal ganz entspannt ruhig und tief ein- und ausatmen. Sie spüren jetzt einen ganz leichten Druck ...

### 038 B1c

Wir haben heute Nachmittag eine 78-jährige Patientin aus dem Altersheim in der Einliegerstraße mit Verdacht auf Exsikkose aufgenommen. Beim Frühstück sei sie noch völlig normal gewesen, aber dann zum Mittagessen nicht mehr erschienen. Eine Pflegekraft habe sie sehr unruhig und aggressiv im Bett vorgefunden. Bei der Aufnahme war sie verwirrt und war sowohl zeitlich, als auch räumlich nicht adäquat orientiert. Als weitere Befunde zeigten sich eine leicht erhöhte Temperatur mit 37,2 Grad, eine erhöhte Herzfrequenz und die typischen Zeichen einer Exsikkose mit trockenen Lippen und einer rauen, faltigen Zunge. Des Weiteren ein verminderter Hautturgor und kaum gefüllte Jugularvenen. Wir haben sofort mit einer intravenösen Flüssigkeitstherapie begonnen.

## Lektion 6

### 039 A3b

- 1 Dürfen meine Angehörigen bei der Untersuchung dabei sein?
- 2 Und was ist, wenn ich Angst bekomme?
- 3 Ich habe gehört, es ist im MRT so laut. Kann ich das ertragen?
- 4 Wie eng ist denn diese Röhre?
- 5 Wissen Sie schon, wie lange die Untersuchung dauert?
- 6 Kann ich mit meinem Herzschrittmacher ins MRT?

### 040 B1b

- Frau Jankovicz, wir haben die Darmspiegelung bei Ihnen für Dienstag, den 16., um 7 Uhr 45 geplant. Ist das o.k. für Sie?
- Ja, das passt mir sehr gut.
- Ich erkläre Ihnen die Vorbereitungsmaßnahmen und den Ablauf der Untersuchung. Damit ich den Darm optimal beurteilen kann, ist es sehr wichtig, dass Sie die Darmreinigung genau nach den Anweisungen durchführen, wie sie hier auf dem Begleitbogen stehen. Ich bitte Sie eindringlich, sich daran zu halten, da wir sonst die Untersuchung abbrechen müssen.
- Ja, ich weiß. Bei meinem Mann mussten sie es schon mal abbrechen, weil noch so viele Körner drin waren.

- Ja, das ist sehr ärgerlich, wenn sich jemand nicht an die Anleitungen hält. Deswegen dürfen Sie auch drei Tage vor der Untersuchung kein Müsli, kernhaltiges Obst oder Paprika mehr essen.
- Auch kein Vollkornbrot?
- Um ein verwertbares Ergebnis zu erreichen, sollten Sie auf Vollkornbrot verzichten, so ist es. Das gilt selbstverständlich für jede Brotsorte, die Körner enthält.
- Aber meinen Obstsaft darf ich doch trinken, oder?
- Wenn Ihr Obstsaft kein Fruchtfleisch enthält, können Sie den am Vortag noch trinken. Sie können sich ganz einfach merken: Vermeiden Sie in den Tagen vor der Spiegelung schwer Verdauliches. Damit erleichtern Sie mir die Arbeit. Sie dürfen an diesem Tag vor der Darmspiegelung ...
- Also am 15ten.
- Richtig. ... morgens noch ein Frühstück zu sich nehmen und zu Mittag eine Nudelsuppe essen. Ab dann dürfen Sie nichts mehr essen. Am Nachmittag trinken Sie bitte die erste Mischung Abführmittel. Das sind zwei Beutel ...
- Das schmeckt doch so eklig, oder?
- Toll schmeckt es nicht. Manche Patienten geben ein bisschen Apfelsaft rein. Dann ist der Geschmack nicht so intensiv. Nehmen Sie genügend Flüssigkeit zu sich. Also mindestens zwei Liter Tee oder Wasser.
- Ob ich mir das alles merken kann?
- Sehen Sie, Frau Jankovicz, das geht fast allen Patienten so. Deswegen gebe ich Ihnen auch den Zettel mit, auf dem genau draufsteht, was Sie machen müssen, damit der Darm perfekt gereinigt ist.

#### 041 B2b

- Wir fangen gleich an und fahren Sie langsam rein.
- O.K. Und Sie sind immer da?
- Ja, da vorne sitze ich. Und Sie haben hier den Drücker. Da brauchen Sie nur draufzudrücken und wir stoppen die Untersuchung.
- Und Sie kommen dann?

- Genau. Also wir starten dann jetzt ...
- Nein, nein, das geht jetzt hier gar nicht. Das kann ich nicht. Das ist ja ... Mir wird ganz anders ...
- Dr. Hufer, wenn Sie mal kurz rein kommen könnten ...
- ◆ Herr Messenzahl, schauen Sie, ich bin hier direkt neben Ihnen ...
- Ja, ja, ich höre Sie.
- ◆ Wie geht es Ihnen ...?
- Nicht gut ... ich glaub mein Herz schlägt bis in den Kopf ...
- ◆ Versuchen Sie, wenn es geht, ganz ruhig ein- und auszuatmen. Das kommt schon mal vor. Ist es für Sie in Ordnung, wenn Sie liegen?
- Nein, ich glaub ich muss mich mal aufsetzen ...
- ◆ Wenn es für Sie besser ist, sich aufzusetzen, versuchen Sie es ...
- Das ist hier so um den ganzen Brustkorb wie eingeklemmt ... und dann soll ich da gleich rein in den Tunnel ... Das ist ja schlimmer als in der U-Bahn ... ich glaub, ich muss mich wieder hinlegen ...
- Wenn Sie sich so wohler fühlen, dann legen Sie sich erst mal wieder hin.
- ◆ So, wie ich Ihre Situation gerade einschätze, ist es, denke ich, besser, ich gebe Ihnen etwas zur Beruhigung.
- Aber ich habe doch gar keine Platzangst.
- ◆ Manchmal zeigen sich Ängste erst in ganz besonderen Ausnahmesituationen. Ich denke, es ist vernünftiger, Sie lassen sich jetzt ein wenig Zeit. Wenn Sie sich besser fühlen, besprechen wir in aller Ruhe das weitere Vorgehen.

#### 042 C1b

- Ja, Müller am Apparat.
- Grüße Sie, Herr Müller, Yldiz hier von der Ambulanz. Ich möchte Sie auch nicht lange stören.
- Dann schießen Sie mal los.
- Bei mir hat sich eben ein junger Mann vorgestellt, der seit gut acht Wochen über diffuse Knochenschmerzen vornehmlich im rechten Oberschenkelbereich klagt.

- Hat er anamnestisch über ein Trauma oder eine ungewöhnliche Belastung berichtet?
- Nein, die Anamnese ist dahin gehend völlig leer. Vom Orthopäden wurde schon eine konventionelle Aufnahme gemacht, die aber unauffällig ist. Unter NSAR-Medikation hat er zwar weniger Beschwerden, aber über eine ernsthafte Besserung berichtet er nicht.
- Mich würde noch interessieren, ob sie im Labor etwas Auffälliges gefunden haben.
- Sie spielen wahrscheinlich auf die alkalische Phosphatase an.
- Genau. War so ein Gedanke von mir.
- Nein, die ist nicht erhöht. Bis auf ein grenzwertig normales CRP ist die gesamte Labordiagnostik blande.
- Und es gibt auch keine Hinweise auf Sensibilitätsstörungen ...
- Ich könnte Ihnen jetzt alle Befunde der körperlichen Untersuchung vorlesen, sie waren durchweg normal. Auch die Sonografie war in Ordnung.
- Ja, ich verstehe schon.
- Meine Idee ist nun, dem Patienten eine Skelettszintigrafie zu empfehlen, was halten Sie davon?
- Ja, bei dem von Ihnen beschriebenen Beschwerdebild würde ich in gleicher Weise vorgehen.

## Lektion 7

### 043 A2b

- Guten Abend, mein Name ist Lukacs, ich bin die diensthabende Neurologin.
- Ja, guten Abend, Müller. Das ist mein Mann, Walter Müller.
- Guten Abend, Herr Müller. Können Sie mich verstehen?
- ▲ Ja, das ge... das ... das ge... ge... geht ...
- Versuchen Sie, ganz ruhig zu bleiben. Sie sind jetzt im Krankenhaus, Herr Müller ... Ich werde Sie jetzt untersuchen und der Herr Fuchs neben mir wird Ihnen den Blutdruck messen ...
- Er hat ja vorhin nur gelallt. Jetzt hat er ja doch geht gesagt, oder?

- Herr Müller, es kann sein, dass Sie etwas sagen möchten, aber dass es Ihnen nicht gelingt.
- ▲ Nein ...st. Nein ... eh ...st
- Nun sag schon, Herbert ...
- Lassen Sie ihm am besten einfach Zeit. ... Herr Müller, es reicht mir auch aus, wenn Sie nur mit dem Kopf nicken, wenn es mit dem Sprechen nicht so recht klappen will. Spüren Sie das, wenn ich in Ihr linkes Bein kneife?
- ▲ Ho, Hoh.

### 044 A2d

- Können Sie es anheben? ... Prima! Und Ihr rechtes Bein? Merken Sie das?
- ▲ Eh ... Eh ...
- Was meinen Sie, können Sie es anheben? ... Sehr gut ...
- Vorhin konnte er es noch nicht anheben. Und er hat es auch nicht gespürt. Der Notarzt hat richtig reingekniffen und er hat überhaupt gar nichts gespürt. Das ist doch ein gutes Zeichen, oder? Wo er jetzt wieder das Bein heben kann, oder?
- Wenn sich eine Lähmung oder Gefühlsstörung zurückbildet, ist das erst einmal beruhigend.
- ▶ 150 zu 90. Und 'ne achtundsiebziger Frequenz.
- Messen Sie mal noch die auf der anderen Seite. Ob wir eine Seitendifferenz haben.
- ▶ Ok. Und Labor nehme ich auch gleich ab.
- Ja. Frau Müller, wissen Sie noch ungefähr, wann Sie diese Sprechstörungen und Lähmungen bei Ihrem Mann bemerkt haben.
- Das kann ich Ihnen ganz genau sagen. Das war kurz nach fünf. Also vor gut einer Stunde. Ich war im Garten. Wir wollten noch in die Stadt. Und er ist nicht runtergekommen, als ich ihn gerufen habe ... und dann habe ich gleich die Notrufnummer gewählt. Ich dachte ja zuerst, er hätte wieder ein Zuckerkoma ...
- Das war die absolut richtige Entscheidung. Benötigt er Insulin?
- Ja, er spritzt sich schon seit Jahren.



#### 045 A4b

- Herr Müller, ich mache jetzt die gleiche Untersuchung an den Armen ... Links ist in Ordnung. Und jetzt drücken Sie mal kräftig mit der rechten Hand zu ... So, Herr Müller, schauen Sie mich mal an und versuchen Sie zu lächeln. Genau so, wie ich das jetzt vormache. Beide Wangen hochziehen ...
- Die Backen hoch, Herbert. Beide. Du bist ja ganz schief!
- ▶ 155 zu 90. BZ im NAW war 115.
- Herr Müller, versuchen Sie mich anzuschauen. ... Ja, das geht doch. Es wird gleich mal hell. Ich überprüfe Ihre Pupillenreaktion. ... Das ist alles in Ordnung.
- ▶ Sättigung 96 Prozent. Hier ist das EKG, das die draußen gemacht haben.
- Ok. Rhythmisch ... kein Vorhofflimmern. Haben Sie sonst noch etwas bei Ihrem Mann beobachtet? Zum Beispiel, dass er sich übergeben musste oder gekrampft hat.
- Er hat nur immer so herumgewedelt, wissen Sie. Ich habe es ja erst gar nicht gemerkt, dass er mit der rechten Seite nichts macht. Ich hätte ihn gar nicht alleine lassen dürfen. Er war den ganzen Tag schon irgendwie so komisch.
- Sie haben sehr schnell und umsichtig gehandelt, Frau Müller.
- ▶ Da brauchen Sie sich keine Vorwürfe zu machen.
- Herr Müller, Frau Müller, hören Sie mir jetzt kurz zu. Sie sind im Moment in einem stabilen Kreislaufzustand, wir haben die Blutwerte abgenommen und ich begleite Sie jetzt zur Computertomografie. Dort wird Ihr Kopf untersucht. Besser gesagt, wir schauen nach, ob sich in Ihrem Gehirn ein Gefäß verschlossen hat oder das Gegenteil, ob es geplatzt ist. Das kann man ohne diese Untersuchung nicht unterscheiden.

#### 046 C1b

- Ich möchte mit Ihnen über den Patienten mit den Schulter- und Halswirbelsäulenbeschwerden sprechen, den wir gerade vor uns hatten. Ist Ihnen irgendetwas Besonderes an ihm aufgefallen?

- Ich fand es bemerkenswert, dass er irgendwie abwesend auf mich wirkte.
- ▲ Also ich empfand ihn eher als arrogant und unsympathisch.
- Können Sie das begründen?
- ▲ Der kam herein. Und man konnte sagen was man wollte, er hat überhaupt keine Reaktion gezeigt.
- Was meinen Sie genau mit *keine Reaktion zeigen*?
- ▲ Er hat nie sein Gesicht verzogen. Nicht mal ein angedeutetes Lächeln ...
- Als würde ihn das hier gar nicht interessieren.
- ▲ Richtig, er wirkte sehr teilnahmslos, obwohl wir uns sehr um ihn bemüht haben.
- Würden Sie die Gesichtszüge als starr beschreiben?
- Ja, so wie ein Revolverheld aus einem Western oder ein Pokerspieler ...
- Rufen Sie sich doch bitte in Erinnerung, wie der Patient hereingekommen ist. Falls Sie darauf geachtet haben.
- ▲ Sie meinen sein Gangbild?

#### 047 C1c

- Erst einmal nehmen wir einen Patienten als Ganzes wahr, wenn er herein kommt. Wir betrachten seine Körperhaltung, seine Bewegungen. Sind sie kraftvoll, hektisch oder unkoordiniert. Diese Beobachtungen sind schon ein wichtiger Teil der Untersuchung. Was würden Sie denn zum Gangbild sagen?
- Ich fand, dass er ein wenig zu langsam ging. So, als wäre er unsicher ... aber so richtig auffällig, dass man es hätte pathologisch nennen können ...
- ▲ Naja, er ist ja fast schon über den Boden geschlurft. Das fand ich für Nacken und Schulterschmerzen leicht übertrieben.
- Ich dachte schon, dass die Haltung bestimmt von seinen HWS-Beschwerden kommt. Aber ich konnte das nicht richtig zuordnen.
- Ist Ihnen sonst noch etwas bei seinem Bewegungsablauf aufgefallen?

- ▲ Wenn ich jetzt mal ausschließe, dann habe ich weder Lähmungen, Schonhaltungen oder Ataxien bemerkt.
- Das habe ich auch nicht. Es war auch sehr dezent, gebe ich zu.
- Vielleicht hat uns die Verdachtsdiagnose schon zu sehr abgelenkt.
- Das ist immer gefährlich.
- ▲ Wir benötigen Ihre Hilfe.
- Wenn wir gehen, schwingen unsere Arme normalerweise mit. So, sehen Sie. Und bei unserem Patienten fehlte dieses Mitschwingen. Und ich gebe Ihnen noch einen Hinweis. Diesmal ein Symptom, was wir nicht gesehen haben. Häufig findet man bei der Untersuchung der Patienten, dass ihre Hände zittern ...
- Oh ja, Tremor, Rigor, Bradykinese ...
- ▲ Natürlich, das Maskengesicht: Morbus Parkinson.
- Sehr gut. Was würden Sie jetzt für Untersuchungsschritte durchführen, um Ihre Verdachtsdiagnose zu erhärten?
- Ich würde ihn etwas aufschreiben lassen.
- Ja, eine Schriftprobe ist eine gute Idee.
- ▲ Dann gibt es doch auch noch das Zahnradphänomen, oder?
- Und ist nicht auch eine Verminderung des Geruchssinns beschrieben?
- Ja, dann wollen wir mal schauen. Ich würde den Patienten jetzt noch mal hereinbitten.

## Lektion 8

### 048 A3c

- Du bist die Lena? Und schon fünf Jahre alt!
- Ja.
- Oh, du bist ja richtig heiser, Lena. Hast du denn heute schon etwas gegessen?
- Nee.
- ▲ Sie isst ja nichts mehr. Seit gestern.
- Aber getrunken hast du schon was, oder?
- Ja, aber das tut ganz schön weh.
- Das Schlucken?

- Ja!
- Tut dir sonst noch was weh?
- Da ...
- Wenn ich hier so unter deinen Kiefer taste, meinst du? Da spüre ich so ein dickes Ding ...
- ▲ Das sind die geschwollenen Drüsen, oder?
- Siehst du, deine Mama kennt sich aus. Das sind Lymphknoten. ... Hast du denn heute noch gespielt?
- Ein bisschen.
- ▲ Sie hat ja die ganze Zeit mit Bauch- und Kopfschmerzen auf der Couch gelegen.
- Haben Sie Fieber gemessen?
- ▲ 39 hatte sie abends. Und da hab ich gleich ein Fieberzäpfchen gegeben. Und heute Morgen hat sie noch ein wenig gehustet. Und da sind wir gleich los ... Da hat sie schon wieder eine Mandelentzündung, oder?
- Lena, würdest du mal den Mund – so weit wie’s geht – aufmachen ... Das machst du wirklich toll ...
- ▲ Huch, der ist ja feuerrot! Und die Zunge!
- Du hast eine Himbeerzunge, Lena! Ziehst du bitte mal deinen Pullover hoch?
- Guck mal Mama: da unten, rote Punkte!
- ▲ Lauter Flecken, wie so ein allergischer Hautausschlag ...
- Ja, und das, Lena, was du da hast, nennen wir Scharlach!

### 049 B2a

- Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sagt man ja so gerne, wenn es in der Pädiatrie um Anamnese und körperliche Untersuchung geht. Aber was ist denn das Besondere, wenn wir kleine Patienten vor uns haben? Ich freue mich, dass ich heute auf dem Podium mit Frau Dr. Müller, Frau Dr. Dierhof und Herrn Dr. Steiger drei Fachleute aus der Praxis begrüßen darf, mit denen ich über dieses Thema spreche. Welche Tipps können Sie als Ärzte, die ständig mit Kindern zu tun haben, anderen Kolleginnen und Kollegen geben? Frau Müller?

## 050 B2b

- Ganz kurz, zu Beginn, lassen Sie uns bitte eingrenzen, über welche Kinder wir reden. Wir haben es mit Frühgeborenen, Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen zu tun.
- Lassen Sie uns ganz grob den Fokus auf das Alter zwischen ein und sechs Jahren legen. Ich denke, der Umgang mit Frühgeborenen betrifft doch eher nur eine kleine Gruppe von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten. Sind Sie auch damit einverstanden, Frau Dierhof?

## 051 B2c

- ▲ Ja, das können wir erst mal so stehen lassen. Und ich möchte gleich zu Beginn einen wichtigen Punkt nennen, der oft vergessen wird, weil er vielleicht so banal erscheint: ein warmes und ruhiges Untersuchungszimmer! Wenn kleine Kinder oder gar Säuglinge zur Untersuchung entkleidet werden, kühlen sie enorm schnell aus.
- ▶ Für mich ist es wichtig, dass schon die Arzthelferinnen eine beruhigende Ausstrahlung auf Kind und Eltern haben. Sie sind die ersten, die die Kinder sehen. Sie müssen abschätzen, wie der Zustand des Kindes ist. Spielt es, lächelt es, bewegt sich oder ist es apathisch ...
- Ja, Herr Steiger, da stimme ich Ihnen in Gänze zu. Damit etabliert man schon ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit. Und wenn die Kinder dann in den Behandlungsraum kommen, lasse ich ihnen erst mal Zeit. Ich habe ein paar Spielsachen und Plüschtiere ...
- Die hat natürlich nicht jedes Krankenhaus, Frau Müller ...
- Ich bin schon der Auffassung, dass Praxen, Notfallambulanzen oder Krankenhäuser, die gelegentlich Kinder als Patienten aufnehmen, eine Art Minimalausstattung haben sollten. Da können sie zum Beispiel an einem Elefanten oder Bären die geplante Untersuchung vorspielen ...
- ... das dürfte wohl kaum das Jahresbudget sprengen. Frau Dierhof, Sie möchten noch etwas einwenden?

- ▲ Nein, nein. Ich möchte auf einen weiteren Punkt im Umgang mit Kindern zu sprechen kommen. Es ist wichtig, mit dem Kind zu reden! Das wird so oft vergessen. Das Kind ist der Patient! Viele reden gleich mit den Eltern über das Kind, obwohl die Kinder viele Fragen zu Beschwerden selbst beantworten können.
- ▶ Das setzt natürlich voraus, dass die Schritte in der kindlichen Entwicklung geläufig sind. Früher hatten wir ja alle selbst Kinder zu Hause und wussten automatisch, was ein Dreijähriger so konnte oder können sollte. Das ist heute anders! Aber ich möchte noch für die jungen Kolleginnen und Kollegen anfügen, dass es wichtig ist, einen klar strukturierten Untersuchungsablauf zu haben!
- ... vor allem dann, wenn die Gesamtumstände der Untersuchung hektisch und schwierig sind. Da macht man das Wichtigste zuerst ...
- ▲ Apropos zuerst! Zuletzt sollte man die unangenehmen Untersuchungsschritte durchführen!
- Und welche meinen Sie damit, Frau Dierhof?
- ▲ Alle die, von denen ich weiß, dass sie schmerzhaft sein werden. Und dann die Inspektion des Mund- und Rachenraumes oder der Ohren.
- Lassen Sie die Eltern bei der Untersuchung im Raum?
- ▲ In aller Regel schon. Ich schaue auch, dass ich nach Möglichkeit immer eine Helferin bei mir habe.
- ▶ Wenn Blutentnahmen geplant sind, macht es Sinn, die Punktionsstelle frühzeitig mit einer betäubenden Lokalanästhetikasalbe einzureiben. Viele Kinder und später Erwachsene nennen die Blutentnahme als besonders traumatische Erlebnisse.
- Ich wärme mein Stethoskop vor der Untersuchung immer mit den Händen an. Dann kündige ich die Untersuchung langsam an. Die Kinder erschrecken sich sonst fürchterlich, wenn plötzlich ein unbekanntes und kaltes Ding auf ihrer Brust ist.

- ▶ ... oder das Kind vorher mit dem Stethoskop den Bären untersuchen lassen.
- Auch eine gute Idee.
- ▶ Und dann gibt es zum Schluss eine große Spritze, kleine Spielzeuge oder ein witziges Pflaster! Passt auch ins Budget!
- ▲ Wir haben sogar eine Tapferkeitsurkunde!

### 052 C3

#### Gespräch 1

- Gehst du denn in den Kindergarten, Julian?
- Ja.
- ▲ Er ist doch jetzt schon vier Jahre alt geworden!
- So, alt.
- Eins, zwei, drei, vier Finger. Passt genau! Und hat deine Gruppe im Kindergarten auch einen Namen? Sagen wir mal Bärengruppe oder Sternengruppe.
- Nein.
- ▲ Wie heißt deine Gruppe, Julian? Sag schon!
- Ehm ... Igelgruppe.
- Oh, Igel. Ich kenne Igel, die können so weit den Mund aufmachen. Siehst du, so weit!
- Das können Igel gar nicht.
- Ich meine ja auch meine Igel, die ich kenne. Du schaffst das niemals!
- Doch!
- Das will ich sehen, ob du das schaffst!
- So, guck hier!
- Super, da kann ich sogar bis hinten reinleuchten! Du hast gewonnen!

### 053

#### Gespräch 2

- So, Saskia, jetzt hol ich mal mein Telefon.
- Das ist doch gar kein Telefon.
- Ja, stimmt, du hast Recht, aber früher, da gab es Telefone, die hatten vorne so einen Trichter wie meins hier. Und dann hielt man sich genau so einen Trichter ans Ohr. Wenn du willst, darfst du mal hören.

- Nee, will ich nich.
- Ok, dann hör ich eben.
- Was hörst du denn?
- Also, ich hör mir mal an, wie dein Herz schlägt: bumm bumm bumm und dann will ich mal hören, ob du auch richtig tief ein- und ausatmen kannst. Das glaub ich nämlich nicht, dass du das schaffst.
- Das schaff ich aber.

### 054 D2a

- Das ist Markus. 15 Jahre. Wir haben ihn aus dem Park geholt. Hat wohl mit zwei anderen, die noch draußen warten, zwei Flaschen Wodka geext.
- Ansprechbar?
- Immer mal. So zwischendurch fängt er an, Ärger zu machen!
- Na klasse. Hallo! Markus, kannst du mich hören? Du bist hier in der Kindernotaufnahme! Ich werde dich jetzt untersuchen, o.k.? Scheint ihn ja nicht besonders zu interessieren. Pupillen ... sind in Ordnung!
- Die Eltern sind informiert und müssten gleich kommen!
- Dann werd ich ihm jetzt mal Blut abnehmen und eine Infusion anhängen ...
- ▲ ... Waaaasss! Heh! Nein, lass den Scheiß ...
- Ich lasse überhaupt nichts ... Was hast du denn alles getrunken?
- ▲ Gefeiert ... wo iss Sven?
- ▶ Was du getrunken hast? Du bist nämlich total besoffen!
- ▲ Nix, verdammt ...
- Hör mir mal zu. Ich werde jetzt kontrollieren, wie viel Alkohol du im Blut hast, hast du das verstanden?
- ▲ Nee.
- Und dazu gibt es einen kleinen Piks, genau hier ...
- ▲ Nich piksen, das is Gesamtkörperver...letzt...
- So, schon passiert. Halten Sie mal gerade den Arm. Gut, und legen wir ihn auf die Trage ...

- ▶ Die Eltern sind auch gerade angekommen ...
- ▲ Oh, Mist. Lass die nicht rein ... ja ... ok? Bitte!
- Du bleibst jetzt erst einmal hier und ich rede mit deinen Eltern ... und dann sehen wir weiter.
- ▲ Aber nichts sagen, verstanden?
- Das werde ich schon selber entscheiden ...

## Lektion 9

### 055 A2a

- So, dann legen wir mal los ...
- Darf ich Ihnen unsere neue PJ-lerin, Frau Steffens vorstellen?
- Guten Tag und herzlich willkommen bei uns. Howe mein Name. Haben Sie schon Erfahrung in der Inneren gemacht?
- ▲ Ja, ich habe ein Auslandspraktikum in Indien gemacht ...
- Das war bestimmt interessant ...
- ▶ Also, dann wollen wir mal anfangen ...
- Selbstverständlich, Schwester Anne. Wen haben wir denn als Ersten?

### 056 A2b

- Am Fenster hätten wir Herrn Trabitz. 67-jähriger vitaler Patient. Kam wegen Dyspnoe. Lungenembolie beidseits mit mäßiger Rechtsherzbelastung. Bei Aufnahme deutliche D-Dimer-Erhöhung. Anamnestisch eine TVT linksseitig vor 15 Jahren und eine Fettstoffwechselstörung, die mit Simvastatin 40 mg eingestellt ist. Jetzt Thrombose im Bereich der Poplitea rechts und geringfügiges Unterschenkelödem. Auf der Intensivstation wurde die Antikoagulation mit Heparin begonnen und vorgestern Verlegung auf unsere Station.
- Thorax-CT ist gelaufen?
- ▶ Natürlich ...
- Irgendein Hinweis auf eine Thrombophilie oder maligne Grunderkrankung?
- Bisher nicht.

- Und Frau Steffens, kennen Sie typische klinische Zeichen bei einer tiefen Beinvenenthrombose?
- ▲ Also das betroffene Bein ist geschwollen und schmerzt auch. Manchmal haben die Patienten ein Spannungsgefühl zum Beispiel im Unterschenkel ...
- Sehr gut. Und was machen wir jetzt?
- Umstellung auf Marcumar läuft.
- ▶ Er soll ja heute noch in die Endoskopie. Wegen der Magenbeschwerden.
- O.K. Dann schauen wir, ob da was bei herauskommt ...
- Neben Herrn Trabitz liegt Herr Knoll.
- ▶ Den haben wir heute Nacht aufgenommen.
- Richtig.
- ▶ Dem ging es gar nicht gut.
- Herr Knoll ist ein 83-jähriger Patient. Vor einer Woche hatte er laut Pflegedienst eine Gastroenteritis. Seit gestern leichte Verwirrtheit und Tachykardie. Klinisch typische Zeichen der Dehydration, Oligurie, Elektrolyte im Normbereich bei erhöhtem Hämatokrit von 53 % ...
- Und Frau Steffen, was hätten Sie vorgeschlagen?
- ▲ Infusionstherapie. Aber nicht zu schnell ausgleichen!
- Richtig. Und geht es ihm schon besser?
- Ja, Frequenz ist schon runtergegangen. Aber er braucht noch etwas Zeit.
- ▶ Wir sollten vielleicht schauen, ob man ihn morgen auf die Geriatrie verlegen kann, oder?
- Ich werde mein Bestes tun.

### 057 A4a

- A Bei Herrn Müller liegen deutliche Hinweise auf eine Rechtsherzbelastung vor.
- B Die deutliche Sinustachykardie bei Herrn Trabitz mit gleichzeitigem Blutdruckabfall deutet auf einen Volumemangel hin.
- C Wir sollten aufgrund der neu aufgetretenen absoluten Arrhythmie eine Echokardiografie durchführen.

- D 1973, als Kind wurden ihr die Rachenmandeln entfernt.
- E Wir sollten einen Blasenkatheter legen, um die Diurese kontrollieren zu können.
- F Typische Ursache einer Lungenembolie kann eine Thrombose in der Vena femoralis sein.
- G Aufgrund der vorliegenden Befunde sollte eine dauerhafte Antikoagulation durchgeführt werden.
- H Im Rahmen einer länger andauernden Schmerzbehandlung mit NSAR wird häufig eine Magenschutztherapie verordnet.

### 058 B1b

Die Visite im Krankenhaus ist eine besondere Kommunikationssituation, an der mehrere Personen in unterschiedlicher Funktion beteiligt sind. Bei einer größeren Stationsvisite sind in aller Regel ein Oberarzt, ein Assistenzarzt und eine Pflegekraft mit im Patientenzimmer. Normalerweise wendet sich der Oberarzt als Hauptgesprächspartner an den Patienten und gibt gegebenenfalls Anordnungen an sein Team. In dem zweieinhalbminütigen Gespräch – so lange dauert nämlich einer Studie zufolge im Durchschnitt ein Visitengespräch – informiert er sich zunächst selbst über den aktuellen Zustand des Patienten. Dann legt er dem Patienten die Untersuchungsergebnisse dar und erklärt, wie nun das weitere Vorgehen in der Diagnostik und Therapie sein wird. Mehr als die Hälfte der zeitlichen Gesprächsanteile entfallen dabei auf die Ärzte, der Patient selbst kann 30 Prozent der Redezeit für sich beanspruchen und das Pflegepersonal liegt mit 10 Prozent am unteren Ende der Skala. Während Ärzte durchschnittlich 11 Fragen an ihre Patienten richten, gelingt es den Patienten genau eine Frage zu platzieren. Natürlich sind das Durchschnittswerte und Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel. Aber es sollte nachdenklich stimmen. Ein derartiges Gesprächsverhalten nimmt den Patienten als Person nicht ernst und schafft sicher kein Vertrauen zwischen Arzt und Patient.

### 059 B2b

- ▶ Guten Morgen, die Herren! Visite!
- ◆/★ Guten Morgen, Morgen ...

- ▶ Wenn wir vielleicht mit dem Herrn Trabitz anfangen. Er muss ja gleich noch in die Endoskopie.
- Richtig. Guten Morgen, Herr Trabitz. Ich heiße Howe und bin Oberärztin. Der Doktor Lange hat mir schon einiges über Sie erzählt. Wie geht es Ihnen denn, heute?
- ◆ Sie meinen jetzt mit dem Magen, oder was?
- Erst einmal möchte ich wissen, wie es Ihnen im Allgemeinen geht.
- ◆ Ich vermag ja jetzt überhaupt keinen Kaffee mehr. Wobei der Kaffee hier, das ist ja kein Kaffee. Aber dieser Druck und dann diese Übelkeit. Das stört mich schon. Da wird es ja wohl bald besser ...
- Da wissen wir heute Mittag schon mehr.
- Mit der Luftnot ist es auch nicht mehr so schlimm, oder?
- ◆ Ach, das war doch gar nichts.
- Sie konnten sich nur nicht belasten? In welcher Etage wohnen Sie denn?
- ◆ Naja, genau in der zweiten. Das ging halt nicht in einem durch. Da bin ich kurz stehen geblieben, durchschnaufen und dann weiter.
- Merken Sie sich das gut, Frau Steffen: Es kommt gar nicht selten vor, dass Symptome einer Lungenembolie sehr uncharakteristisch sind oder die Patienten sie zum Beispiel als leichten Infekt deuten. War Ihnen schwindelig, Herr Trabitz?
- ◆ So ein bisschen. Kam halt so.
- O.k., Herr Trabitz. Wir sprechen nachher noch mal miteinander. Die Magentabletten nehmen Sie, ja?
- ◆ Muss ich ja!
- Alles Gute, Herr Trabitz.
- ▶ So, und das ist der Herr ...
- ★ Die junge Frau kenn ich!
- Das ist die Frau Steffens. Die hat heute Morgen bei Ihnen Blut abgenommen.
- ★ Genau, die Frau Steffens. Sehr nett.
- Herr Knoll, mein Name ist Howe. Ich behandle Sie zusammen mit meinem

Kollegen, dem Herrn Lange. Haben Sie heute schon von dem Tee getrunken?

- \* Der schmeckt ja nicht.
- ▶ Aber Sie haben schon fast einen halben Liter getrunken.
- Der Harn sieht noch sehr konzentriert aus. Strecken Sie doch mal bitte Ihre Zunge raus, Herr Knoll!
- \* Aahh ... Ich weiß überhaupt nicht, was ich hier soll.
- Wissen Sie denn, wo sie hier sind?
- \* Na klar, im Krankenhaus.
- Und welchen Tag wir heute haben?
- \* Naja, also Donnerstag, oder? Freitag?
- ▶ Es ist Freitag.
- Der Blutdruck war stabil in den letzten Stunden, oder?
- ▲ Ja, vorhin habe ich 130 zu 70 gemessen, bei einer Frequenz von 83.
- Herr Knoll, es ist wichtig, dass Sie weiterhin genug trinken. Sie bekommen heute noch zusätzlich Flüssigkeit über diese Infusionen, die da hängen. Natürlich nur so lange das wirklich notwendig ist. Schließlich wollen Sie ja auch diesen Blasenkatheter wieder loswerden.

#### 060 C2a

- ▲ So, was liegt für heute noch an?
- Die Oberärztin möchte, dass wir die komplette Tumordiagnostik durchführen, bevor Herr Trabitz entlassen wird.
- ▲ Sie wissen schon, dass er lieber heute als morgen nach Hause will?!
- Ja, ja. Wir warten jetzt erst mal den Endoskopie-Befund ab, und dann sehen wir weiter.
- ▲ Vielleicht lässt sich ja so was auch ambulant machen? Frau Gundlach in der 14 muss heute noch in die Bronchoskopie, Herr Sammer und Herr Welter zur Koloskopie.
- Ja, das weiß ich. Wie war denn das CRP von Frau Gundlach?

#### 061 C2b

- ▲ So, was liegt für heute noch an?

- Die Oberärztin möchte, dass wir die komplette Tumordiagnostik durchführen, bevor Herr Trabitz entlassen wird.
- ▲ Sie wissen schon, dass er lieber heute als morgen nach Hause will?!
- Ja, ja. Wir warten jetzt erst mal den Endoskopie-Befund ab, und dann sehen wir weiter.
- ▲ Vielleicht lässt sich ja so was auch ambulant machen? Frau Gundlach in der 14 muss heute noch in die Bronchoskopie, Herr Sammer und Herr Welter zur Koloskopie.
- Ja, das weiß ich. Wie war denn das CRP von Frau Gundlach?
- ▲ Auf 6,5 runtergegangen. Ich wollte ja nur sagen, was alles noch anliegt.
- Könnte ich eventuell bei einer Koloskopie dabei sein?
- Von mir aus geht das in Ordnung. Wir haben nur heute Nachmittag noch zwei Neuaufnahmen. Da wäre es gut, wenn du da wärest. Wer weiß, was sonst noch kommt!
- Ja, bin ich.
- ▲ Anne, Herr Knoll ist doch dein Patient, oder?
- ▶ Ja, warum?
- ▲ Pass bitte gut auf, dass er auch genug trinkt. Ich habe den Eindruck, dass er da ein wenig hinterherhinkt ...
- ▶ Kann schon sein. Aber es geht ihm doch ziemlich gut dafür, dass er erst einen knappen Tag bei uns ist ...
- ▲ So soll es ja auch sein ...
- Und denken Sie noch dran, die Infusion zu wechseln! Schwester Sigrid, meinen Sie, man hätte ihm einen ZVK legen sollen?
- ▲ ... und dann auf die Intensivstation?
- Ja, schon. Die Oberärztin hat so komisch geguckt?
- ▲ Die schaut öfter mal so ernst. Aber der Herr Knoll war doch die ganze Zeit stabil. Sie wollte, glaube ich nur, dass er von sich aus mehr trinkt ...
- ... aber ein wenig verwirrt war er schon bei der Aufnahme ...

- ▲ ... wenn Sie jeden ein bisschen Verwirrten auf die Intensiv legen wollen, herzlichen Glückwunsch, Herr Doktor Müller!
- So eine Exsikkose kann man leicht unterschätzen. Ja, ja. Ich wollte nur wissen, wie Sie das einschätzen.
- Bei Herrn Zumplik war der Blutdruck wieder über 110 diastolisch.
- Dann erhöhen wir den Betablocker morgens auf 5 mg.
- ▲ Soll ich das in die Verordnungen eintragen?
- Ja, und kontrolliert bitte heute über Tag den Druck alle 4 Stunden.
- ▲ Das Unterschreiben nicht vergessen!
- Selbstverständlich, Schwester.
- ▶ Ach so, bevor ich es vergesse, der Sohn von Frau Stingl kommt heute Nachmittag vorbei und möchte gerne mit einem Arzt sprechen ...
- Frau Stingl?
- ▶ Zimmer 9, bekommt nächste Woche Chemo ...
- Hat sie nicht morgen einen Termin bei den Onkologen?
- ▶ Ja, schon. Aber sie macht sich seit Tagen große Sorgen, nicht nur wegen der Haare. Und der Sohn kommt extra aus Frankreich ...
- O.k. Funkt mich an, wenn der Sohn da ist, und ich komme sofort hoch ...
- ▶ ... da bin ich mal gespannt.
- Gibt es sonst noch was?
- ▲ Drei Sachen noch. Das Blut für Herrn Müller ist vorhin gekommen. Das müsste noch drangehängt werden. Frau Witte hat angerufen: Es fehlen noch die Arztbriefe von Anfang der Woche! Und Ihr Kollege Puntolo ...
- Puntolo, Allgemeinchirurgie ...
- ▲ ..., ja genau, der möchte Sie unbedingt wegen eines Konsils sprechen. Es sei dringend!
- Also, Miriam, wir beide machen jetzt die Kreuzprobe bei Herrn Müller und hängen die Konserve an und dann telefoniere ich mit Herrn Puntolo ... Noch eins, Miriam – ich weiß, du bist die erste Wo-

che hier –, hast du schon Erfahrung im Blut abnehmen?

- ▲ Hat sie doch gestern schon gemacht ...
- ▶ Ja, das klappt schon recht gut.
- ▲ Die Arztbriefe nicht vergessen!
- Danke, Schwester Sigrid! Danke!

## Lektion 10

### 062 A2a

- Guten Morgen zusammen. Alles soweit in Ordnung, oder liegt etwas Dringliches an?
- Frau Sammer hat sich heute Nacht ihren Zugang gezogen ...
- Braucht sie überhaupt noch einen?
- Wegen der Antibiose, denke ich schon.
- O.k., dann richten Sie mir doch bitte alles. Und es wäre mir ganz lieb, wenn jemand von euch mit käme.
- ▶ Dann komme ich mit. Da können wir danach zu Herrn Brandt. Der ZVK ist nicht mehr durchgängig. Da wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mal draufschauen.
- Er sollte doch extra kontinuierlich Flüssigkeit über den ZVK bekommen!
- ▶ Hat er ja auch. Vielleicht ist er ja abgeknickt.
- Ist unsere PJ-lerin nicht da?
- Die Steffi ist heute Morgen mit in der Endoskopie und begleitet den Herrn Zumblatt.
- Sie ist sehr engagiert.
- Sollten Sie ihr auch mal sagen.
- Ja, mache ich. Was gibt es sonst noch?
- ▲ Frau Schachtow soll heute zur Physio und würde gerne ihren DK loswerden. Ich meine auch, dass sie ihn nicht mehr braucht.
- Das ist gut. Ich sehe auch keinen Grund, den Blasenkateter weiter liegen zu lassen.
- ▲ Dann würde ich ihn gleich entfernen. Und Sie wollten wegen ihrer Sehstörungen noch ein Augenkonsil anfordern.
- Stimmt. Legen Sie mir den Schein doch bitte hin.



- ▲ Schwester Maria, wo sind denn die Aufkleber von Frau Schachtow?
- Lieber Sascha, ganz vorne, direkt hinter den Anforderungsscheinen. Hier bitte! Augen auf!
- ▲ Wer versteckt die auch hinter den ganzen Scheinen?
- Dann müssen wir noch über Frau Minter reden. Sie hat den dritten Tag keinen Stuhlgang. Hier ist das EKG von gestern. Können Sie da mal drüber schauen?
- Hat das der Diensthabende nicht gemacht?
- Das Kalium ist immer noch nicht angestiegen.
- Dann erhöhen wir die Dosierung und sie bekommt zusätzlich noch mittags eine Brausetablette. Schaut doch bitte mal nach, ob wir noch ein Vor-EKG von Frau Minter haben.
- ▶ Der Sohn von Frau Stingl hat vorhin angerufen. Er kommt gegen 13 Uhr. Er hätte auch eine Patientenverfügung dabei.
- Das wird wohl etwas länger dauern. Dann müsst ihr mir den Rücken ein wenig freihalten.
- Na gut. Dann mal los: Frau Sammer Zugang, ZVK Kontrolle, Frau Minter anschauen. Ich bereite die Konsilscheine und so weiter vor.
- Und dann gehen wir die restlichen Befunde durch.

#### 063 B2b

- 1 Ein Milligramm Adrenalin mit 9 Milliliter NaCl bitte in einer Spritze aufziehen.
- 2 Bitte tropfen Sie bei Frau Schachtow regelmäßig beide Augen mit ...
- 3 Bitte das Metamizol nicht so schnell laufen lassen.
- 4 Sie können den Port nicht mit normalen Kanülen anstechen, da Sie damit die Silikonmembran zerstören.
- 5 Sie können das Antibiotikum über den Zugang geben.
- 6 Die Medikamente sollten spätestens zwei Stunden nach dem Aufziehen verwendet werden.

- 7 Ich werde Ihnen vor der Punktion die Haut betäuben, dann spüren Sie den Einstich so gut wie gar nicht.
- 8 Wenn der Zugang verbunden wird, kann der Patient aufstehen.
- 9 Da ist eine deutliche Rötung im Bereich der Einstichstelle.

#### 064 C2b

- Frau Stingl, setzen Sie sich. Sie sind bestimmt der Sohn. Mein Name ist Kaiser, ich bin der Stationsarzt.
- ▲ Ja, guten Tag, Stingl. Wir wollten noch einmal mit jemandem sprechen.
- Ich habe meinen Sohn extra hergebeten.
- Ja, das ist eine gute Idee. Möchten Sie eine Tasse Tee oder Kaffee?
- Tee, bitte.
- ▲ Wenn Sie einen Kaffee hätten, wäre das toll.
- Wir haben ja letzte Woche über Ihre Krebserkrankung gesprochen. Und Sie haben jetzt noch einmal um ein Gespräch vor der Chemotherapie gebeten.
- Ja, richtig. Ich bin in den letzten Tagen so unsicher, ob das alles so sinnvoll ist.
- Was meinen Sie mit sinnvoll?

#### 065 C2d

- Ob es nicht schon viel zu spät für eine Behandlung ist.
- ▲ Meine Mutter glaubt, dass es ihr vielleicht ohne Therapie noch eine Zeit lang gut geht.
- Schauen Sie, ich habe zurzeit fast keine Beschwerden. Und wenn ich dann diese schlimmen Medikamente bekomme, kann ich ja nichts mehr machen.
- Sie denken an die Nebenwirkungen der Chemotherapie?
- Ja, und ich bin ganz allein zu Hause. Mein Sohn lebt in der Schweiz ...
- ▲ Also Mutter. Natürlich kann ich nicht jeden Tag kommen.
- Darum geht es ja auch nicht.
- Sie haben Angst, dass Sie durch die Behandlung Ihre alltäglichen Dinge nicht mehr erledigen können?

- Ganz genau. So eine Perücke ist mir ja egal. Aber alle sagen, dass einem ständig übel ist. Dass man sich übergeben will, aber nicht kann. Dass man müde ist und keinen Hunger hat. Wissen Sie, ich bin jetzt 73.
- Frau Stingl, ich kann Ihre Ängste sehr gut verstehen. Und die Symptome, die Sie gerade aufgezählt haben, gehören auch zu möglichen Nebenwirkungen, die auftreten können. Ob sie auftreten, hängt natürlich von den Medikamenten ab, die Sie bekommen und wie hoch sie dosiert werden. Und mittlerweile gibt es wirklich sehr gute Medikamente, mit denen man einen Brechreiz lindern kann.
- ▲ Sie finden es aber schon richtig, dass meine Mutter eine Chemotherapie bekommen soll?
- Ja, das sehe ich als die geeignete Therapie. Schauen Sie, wir besprechen mit Kolleginnen und Kollegen unserer und aller beteiligten Kliniken, welches die sinnvollste Therapie ist, nicht nur bei einem bestimmten Krankheitsbild, sondern auch für den jeweiligen Patienten.
- Ja, das haben Sie mir letzte Woche sehr gut erklärt. Aber manchmal kommen Zweifel auf, wissen Sie?
- Und deswegen ist es auch gut, dass wir noch einmal miteinander sprechen.
- Vor allem möchte mein Sohn, dass ich auf jeden Fall so eine Patientenverfügung mache. Ich möchte nicht an Apparaten hängen, wissen Sie.
- Das ist grundsätzlich eine gute Idee. Wir haben hier im Haus eine hervorragende Sozialberatung, die ich Ihnen nur empfehlen kann.
- ▲ Ich habe hier die Verfügung vom Bundesjustizministerium heruntergeladen. Und es geht ja eigentlich nur um diese ganzen lebensverlängernden Maßnahmen!
- Haben Sie denn schon mit Ihrer Mutter darüber gesprochen?
- ▲ Wir sind uns da schon völlig einig, dass sie das nicht möchte.
- Unabhängig davon, dass ich Ihnen eine Beratung empfehle, können wir ein paar wichtige Aspekte dieser Verfügung be-

sprechen. Vor allem, was die sogenannte Apparatemedizin betrifft.

- Ja, wissen Sie, zu Ihnen habe ich jetzt Vertrauen. Und da will ich das jetzt auch klären.

#### 066 D2b

- Frau Müller, wir müssten Ihnen heute noch Infusionen geben und dazu benötigen Sie einen intravenösen Zugang.
- ▲ Aber bitte nicht auf dem Handrücken. Das tut immer so weh.
- Ok. Ich schaue mal, ob ich eine gute Vene am Unterarm finde. Wo ist denn der Stauschlauch?
- Hier. Desinfektion?
- Ja, danke. Da ist eine schöne Vene. Ich desinfiziere den Bereich, und werde die Stelle vorher betäuben. Dann merken Sie fast nichts von dem Einstich. Es drückt jetzt mal am Oberarm.
- Zwei Milliliter Lidokain und die 24er Kanüle?
- Genau. Und dann nehme ich eine Grüne ...
- Mit Dreiwegehahn?
- Können Sie gleich dran machen. Jetzt kommt die Betäubung. Das kann mal ein wenig brennen. Die Haut ist jetzt betäubt ...
- ▲ Das war es schon?
- Die Haut ist betäubt, Frau Müller.
- So, das war's. Wenn Sie bitte ...

### Lektion 11

#### 067 B1a

- 1 Der Kardiologe aus Köln ist am Telefon, kann ich das Gespräch durchstellen?
- 2 Es muss ganz schnell jemand kommen, wir haben einen schweren Asthmaanfall auf Station 4, Zimmer 19.
- 3 Bitte sofort auf Station 9, Überwachungszimmer. Wir haben hier eine Reanimation!
- 4 Wenn wir Frau Müller in den OP bringen, sollen wir die Lagerungsschiene mitbringen?

- 5 Bei Herrn Müller ist der Blutzucker bei 285. Wie viel Einheiten Insulin soll er bekommen?
- 6 Die kleine Diana hat wieder so starke Schmerzen. Darf sie noch mal ein Zäpfchen haben?
- 7 Denken Sie bitte dran, dass bei Herrn Springer noch die Drainagen entfernt werden müssen.
- 8 Das Blut für Frau Olscheski ist jetzt da. Können Sie gleich hochkommen?
- 9 Wir finden bei Frau Zimmer überhaupt keine Vene. Könnten Sie bitte mal auf die „Drei“ kommen.
- 10 Es dauert in der Endoskopie etwas länger. Ich komme so gegen 18 Uhr auf die Station.
- 11 Bei uns ist der Herr Solei und soll ein MRT bekommen. Ich kann aber keine aktuellen Nierenwerte in der Akte finden.
- 12 Halten Sie es für sinnvoll, noch einmal eine Chemotherapie anzuschließen?
- 13 Haben Sie sich die MRT-Bilder schon anschauen können? Von uns aus sehen wir da schon eine OP-Indikation.
- 14 Frau Kuhlmann soll bitte auf ihrem Zimmer bleiben. Ich muss sie noch wegen der Radiojodtherapie aufklären.
- 15 Ich wollte Sie nur daran erinnern, dass Frau Lipinski heute die Leberpunktion bekommt und nüchtern bleiben muss.
- 16 Der Chef benötigt dringend die Röntgenbilder von Frau Sammer zur Besprechung!
- 17 Wir haben mehrfach versucht einen DK zu legen, aber wir bekommen ihn nicht rein. Möglicherweise ist es eine Stenose. Vielleicht schaffen Sie es ja.
- 18 Darf ich Ihnen die Patientin mit dem Exanthem in die Ambulanz schicken?

#### **068 B4a**

##### **Gespräch 1**

- Hallo, hier ist Schwester Franka von der Station 7.
- Ja, Feser, worum geht 's denn?
- Dem Herrn Mäder geht es gar nicht gut.

- Ich kenne Herrn Mäder leider nicht. Können Sie mir kurz etwas über den Patienten sagen?
- Er gefällt mir nicht. Wir haben ihn ja gestern wegen der PCP von der 3 übernommen. Da war er wegen einer Bluthochdruckkrise. Und jetzt kommt er gar nicht mehr aus dem Bett.
- Können Sie mir etwas genauer schildern was er hat. Hat er Schmerzen?
- Nein, er sagt es würde ihn fürchterlich jucken.
- Können Sie das bitte noch einmal langsamer sagen? Das hab ich nicht so ganz verstanden.
- Er meint, dass er einen sehr starken Juckreiz hat.
- Ach so. Juckt es ihn am ganzen Körper oder nur an bestimmten Stellen? Haben Sie den Blutdruck gemessen?
- Er meint es juckt überall. Und der Blutdruck war 100 zu 60.
- O.K. Ich bin in zwei Minuten bei Ihnen. Holen Sie bitte Ihre Kollegin, bereiten Sie eine Infusion vor und bringen das Anaphylaxie-Set ins Zimmer.
- Ja, mach ich. Er liegt in Zimmer 21 am Fenster!
- Vergessen Sie den Notfallkoffer nicht!

#### **069**

##### **Gespräch 2**

- Hier ist Pfleger Norbert von der 2a. Ich rufe Sie wegen Herrn Asnikowitsch an. Er sagt, es sei überhaupt nicht besser geworden mit den Schmerzen.
- Entschuldigen Sie bitte, aber ich habe den Namen des Patienten nicht verstanden.
- Asnikowitsch, Peter. Hatte gestern eine Stabilisierungs-OP der LWS.
- Was hat er denn schon bekommen?
- Das komplette Programm nach dem Schmerzprotokoll. Aber Metamizol hat er nicht vertragen.
- Was meinen Sie mit nicht vertragen?
- Also die Frühschicht hat mir übergeben, dass der Blutdruck abgerauscht sei.

- Dann ist es wahrscheinlich viel zu schnell reingelaufen, oder?
- Kann sein, weiß ich nicht. Auf jeden Fall reicht ihm das alles nicht aus.
- War denn der Operateur heute noch mal da?
- Ja, vorhin! Operativ wäre alles in Ordnung.
- Hat er eine Schmerzpumpe?

### 070

#### Gespräch 3

- Guten Morgen, Frau Kollegin, tut mir leid, dass ich Sie wecke, aber ich habe hier eine 78-jährige Patientin mit Verdacht auf Herzinfarkt nach Knie-TEP vor einer Woche.
- Eine Sekunde bitte, hab ich Sie richtig verstanden, also Infarkt hatten Sie gesagt?
- Ja, sie hatte Schulterschmerzen und sie meinte, das käme wohl von den schlechten Matratzen, aber dann musste sie sich übergeben ...
- Haben Sie schon ein EKG geschrieben und Blut abgenommen?
- Ja, sie bekommt auch Sauerstoff. Und sie ist kreislaufstabil.
- Ich nehme an, Sie haben die Intensivstation schon verständigt ...
- Selbstverständlich. Die haben mir nur gesagt, ich solle Sie noch mal persönlich informieren. Sie wissen schon?
- Ja, neulich habt ihr uns einfach einen septischen Patienten auf die Intensiv geschoben. Und niemand wusste davon.
- Kommen Sie denn noch auf die Station oder soll ich die Patientin gleich rüber bringen?
- Bringen Sie sie bitte sofort zu uns. Ich schau sie mir dann an!

### 071

#### Gespräch 4

- Hallo, Doktor Sander. Die Angehörigen von Frau Timmerling sind da und wollen Sie unbedingt sprechen!
- Sie wissen schon, dass ich im OP stehe und Frau Timmerling jetzt sofort operiert werden muss?

- Ja, aber die Familie will das nicht!
- Einen Moment, habe ich das richtig verstanden: Die wollen das nicht?
- Ja, sie meinen, es wäre jetzt genug!
- Frau Timmerling hat eine akute Blutung. Da können wir keine Zeit verlieren! Der Oberarzt wäscht sich schon. Und die Anästhesie leitet jetzt gleich ein!
- Ja, ich weiß! Vielleicht kann ich mit den Angehörigen zum OP kommen und Sie können es ihnen erklären? Ich glaube, das ist jetzt sehr wichtig!
- Ja gut! Sie haben Recht. Bringen Sie sie zur Schleuse 2. Ich komme dort raus und spreche mit ihnen ...

### 072 C3a

- Guten Morgen, Herr Sauer.
- Ja, guten Morgen, Frau Marczock.
- Herr Sauer, wir haben ja gestern schon darüber gesprochen, dass Sie wahrscheinlich noch einmal zurück in die Klinik verlegt werden müssen.
- Ja, ich weiß. Und Sie meinen, das heilt nicht von allein wieder zu?
- Nein, man wird die Wunde eröffnen und spülen müssen.
- Aber ich hab doch hier in der Reha so gute Fortschritte gemacht.
- Sie sehen ja, wie Ihr Bein angeschwollen und gerötet ist. Und Sie können es nicht mehr richtig bewegen.
- Klar tut das weh. Aber wieder operieren?
- Ich habe vorhin mit dem Operateur telefoniert. Ich habe ihm die Situation geschildert und er ist auch der Auffassung, dass man Sie noch einmal aufnehmen sollte.
- Kann man das denn nicht hier operieren?
- Nein, für operative Eingriffe sind wir nicht ausgerichtet.
- Und wann soll ich zurück in die Klinik?
- Heute Mittag.

### 073 C3c

- Ja, guten Tag, Wagner am Apparat.

- GrüÙe Sie Herr Wagner. Hier ist noch einmal die Frau Marczok. Wir hatten ja gestern wegen Herrn Sauer telefoniert.
- Ja, stimmt, Herr Sauer, Knie-TEP rechts. Sie hatten mir gesagt, dass er eine Wundinfektion entwickelt habe. Es hat sich wahrscheinlich verschlechtert, oder?
- Richtig. Die Knieschwellung hat weiterhin zugenommen und im oberen Bereich der Narbe hat sich eine Wunddehiszenz entwickelt. Das CRP ist auf 8,5 angestiegen. Die Leukos liegen bei knapp 10.000.
- Ich denke, das werden wir revidieren müssen.
- Mhm, sehe ich auch so. Können wir ihn heute noch zu Ihnen verlegen.
- Organisieren Sie bitte in jedem Fall einen Transport. Ich rufe Sie gleich zurück, wo ich ihn unterbringen kann. Wie war denn der letzte Hb?
- 12,3.
- Danke Ihnen.
- Gut. Sie erreichen mich am besten über die Pforte.

#### 074 Extra

Dem Patienten, den Angehörigen und Besuchern muss das Vorgehen gezeigt und erläutert werden. Dies gilt auch für das Reinigungspersonal oder Auszubildende, denen gelegentlich so spezielle Abläufe nicht geläufig oder unbekannt sind. Das Prozedere sollte eingeübt werden. Wir haben es mit Laien zu tun, die wahrscheinlich noch nie einen Mundschutz in der Hand hatten. Das Gleiche gilt für die hygienische Händedesinfektion, die bei Betreten und nach Verlassen des Raumes durchgeführt werden muss. Hin und wieder sehe ich, dass die Desinfektion mit angezogenen Einmalhandschuhen durchgeführt wird. Das ist natürlich nicht Sinn der Sache. Ich hab auch schon gesehen, dass Besucher mit Mundschutz und Handschuhen verkleidet auf der Station nach einem Abwurf suchen. Damit verteilen sie möglicherweise kontaminiertes Material auf der Station!

Zur Körperpflege wird eine antibakterielle Waschlotion verwendet. Es sollten nur hauseigene Waschlappen oder Handtücher verwendet werden. Diese können dann über die Wäscherei entsorgt werden. Auf der

Intensivstation werden nur noch Einwegmaterialien benutzt.

Sollte ein Patient mit einer MRSA-Infektion zwecks diagnostischer oder therapeutischer Eingriffe verlegt werden, ist es zwingend erforderlich, die jeweiligen Einrichtungen vorab zu informieren. Dieser Zeitvorlauf sollte so gestaltet sein, dass die notwendigen Schutzmaßnahmen veranlasst werden können. So sollte zum Beispiel ein operativer Eingriff am Ende eines Tagesprogramms erfolgen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Lektion 12

### 075 A1b

- Einen wunderschönen guten Tag, meine lieben Hörerinnen und Hörer. Wir haben heute Frau Doktor Yousefi zu Gast, mit der wir über den Alltag und die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal auf der Intensivstation sprechen möchten. Guten Tag, Frau Doktor Yousefi.
- Guten Tag, Herr Allmeier!
- Frau Doktor Yousefi, was unterscheidet denn eine Intensivstation von einer Normalstation?
- Nun, zunächst einmal muss gesagt werden, dass es die wesentliche Aufgabe einer Intensivstation oder einer Intermediate-Care-Station ist, die vitale Stabilität eines Patienten wiederherzustellen.
- Was sind denn das für Patienten, die auf diesen Stationen behandelt werden?
- Oft wird zwischen Beatmungspatienten, Intensivtherapie- und Überwachungspatienten differenziert. Dabei ist diese Unterscheidung meist willkürlich, da die Übergänge häufig fließend sind. Sobald Patienten, die auf ITS-Stationen liegen, wieder stabilisiert sind, werden diese wieder auf sogenannte Normalstationen wie die Innere, Neurologische oder Chirurgische verlegt. Demnach ist die durchschnittliche Verweildauer auf diesen Stationen mit 1,8 Tagen im Schnitt relativ kurz.

### 076 A3c

- Sie ist fast nicht mehr ansprechbar ...

- ... Frau Tiegel, Sie werden gleich einschlafen. Ich lege Ihnen noch ein Kissen unter den Kopf und jetzt halte ich Ihnen eine Maske vor den Mund. Nicht erschrecken. Darüber bekommen Sie Sauerstoff. Gabi, stell den Flow auf 15 Liter und 100 % Sauerstoff. Dann bekommt sie 2 mg Midazolam. Ist die Absaugung angestellt?
- Ja, willst du den Tubus in Golfschlägerposition?
- Nein, ganz normal gebogen. Versuchen Sie ganz normal ein- und auszuatmen! Rocuronium aufgezogen?
- Ja, ich hab auch Succi, Ketamin und Disoprivan!
- Ketamin 100 mg und 90 mg Rocuronium.
- Habt ihr den Klappspatel da?
- Ja, liegt bereit.
- Ok. Frau Tiegel, Sie schlafen jetzt ein. Ketamin 100 mg und jetzt Rocuronium 90 mg. Laryngoskop. Sven, bitte mal von links auf den Kehlkopf drücken!

▲ So?

#### **077 A5b**

- Frau Dr. Yousefi. Man hört ja manchmal, dass es zwischen Ärzten und Pflegekräften in der täglichen Arbeit zu Konflikten kommt. Wie ist denn das auf den Intensivstationen?
- Die Arbeit von Pflegeteam und Ärzteteam ist auf den Intensivstationen noch viel stärker auf eine tragfähige Kommunikation mit eng verzahnten Verantwortlichkeiten angewiesen, als dies auf den Normalstationen der Fall ist. Viele Intensivstationen bauen hier auf ein erweitertes funktionsorientiertes Teamkonzept, bei dem der Erfahrungsaustausch und die Einbindung der Pflegekräfte in ärztliche Therapieentscheidungen eine wichtige Rolle spielen.
- Wie müssen wir uns das vorstellen, Frau Dr. Yousefi? Dürfen die Pflegekräfte dort eigenmächtig Entscheidungen treffen, die auf anderen Stationen nur von Ärzten getroffen werden?
- Nein, nein, so ist das nicht zu verstehen. Nehmen wir zum Beispiel die Dekubitusprophylaxe. Das fällt in den

Aufgabenbereich der Pflegekräfte. Als Ärztinnen verlassen wir uns da auf deren Expertise. Bei der Frage nach der Entwöhnung von der Beatmung wird der diensthabende Arzt auch die Therapieplanung gemeinsam mit der betreuenden Pflegekraft vornehmen. Das heißt nicht, dass die Pflegekraft entscheidet, aber jeder Arzt, jede Ärztin auf einer ITS wird die verantwortliche Pflegekraft mit in den Entscheidungsprozess einbinden.

- Also könnte man zusammenfassend sagen, dass die Zusammenarbeit weniger hierarchieorientiert ist, sondern eher auf Augenhöhe stattfindet.
- Ja, das kann man vielleicht so nennen. Allerdings sollte diese wertschätzende und partnerschaftliche Zusammenarbeit nicht nur auf die Intensivstation beschränkt sein und ist es ja auch vielfach nicht.
- Frau Dr. Yousefi, vielen Dank für das Gespräch.

#### **078 A6b**

##### **Gespräch 1**

- Wir waren ja gerade bei Herrn Zumbel im Zimmer. Ich möchte mit euch klären, wie ihr den Entwöhnungsprozess von der Beatmung einschätzt.
- Ich finde, dass es noch zu früh ist, ihn von der Beatmung weiter zu entwöhnen. Er war heute wieder total unruhig und unkooperativ. Ich musste ihn mehrfach absaugen.
- War er denn noch stark verschleimt?
- So richtig viel konnte ich nicht absaugen. Aber danach wird er deutlich ruhiger. Ich glaube, er braucht noch etwas Zeit.
- Was sagt denn unser Atmungstherapeut dazu?
- ▲ Ich war vorhin bei ihm. Ich schätze ihn als sehr motiviert ein! Atemfrequenz und Atemzugvolumen sind unter der Unterstützung ganz passabel.
- Vielleicht sollten wir unseren Blick noch mal auf die psychische Stabilität von Herrn Zumbel richten ...

**079**

### Gespräch 2

- Schwester Bettina, ich muss mit Ihnen über die Lagerung bei Frau Solter reden.
- Ja, worum geht es?
- Wir hatten in der gemeinsamen Besprechung vereinbart, dass die Dekubitusprophylaxe konsequent durchgeführt werden muss.
- Das wird sie auch.
- Dann schauen Sie sich doch die Freilageung der Fersen an. Ich sehe sie nicht!
- Wir haben gerade das Bett neu gemacht ...
- Wenn bei dieser Hochrisikopatientin mit ihrer Adipositas und ihrem Diabetes, die angeordneten Lagerungstechniken nicht durchgeführt werden, dann brauchen wir uns über einen Dekubitus auch nicht zu wundern.

**080**

### Gespräch 3

- Tim, wie ist die Lage? Ich habe von Schwester Sandra gehört, dass die Patientin Frau Weiler sie nachts mehrfach wegen ihrer Schmerzen gerufen hat ...
- Ich denke, die aktuelle Schmerzmedikation bei Frau Weiler ist nicht ausreichend. Weshalb sie in erster Linie solche ungezielten Bewegungen macht. Oder sie zupft am Bettlaken herum. Wenn man sie anspricht, beruhigt sie sich auch wieder.
- Was meinen Sie, Frau Stanzl, macht sie bei der Mobilisation mit?
- ▲ Es war heute ziemlich mühsam mit ihr. Gestern hat sie noch alle Übungen mitgemacht und heute war sie sehr unruhig, wollte immer anders sitzen.
- Ich habe vorhin mit den Angehörigen gesprochen. Die sagen, sie sei sonst eher eine ruhige Person. Wobei sie seit einem halben Jahr ein Antidepressivum einnimmt. Sie wussten den Präparatenamen nicht, wollen aber nachher anrufen.
- Ich habe ihr eben Entspannungsmusik angemacht. Das gefällt ihr sehr gut.

- Ja, eine tolle Idee. Meint ihr, dass sie adäquat hydriert ist?
- Schon. Die Ausscheidung ist in Ordnung. Die Laborwerte von heute bekommen wir gleich.
- Ich schlage vor, wir gehen jetzt noch einmal zu ihr.

**081 B2b**

- Frau Doktor, Ihr Kollege hat uns erklärt, dass es sehr kritisch um meinen Mann steht. Und er hat ja eine Patientenverfügung gemacht.
- ▲ Worum es uns doch geht, ist, dass wir die Behandlung an meinem Vater beenden möchten.
- Darf ich ihnen kurz noch einmal die Situation schildern?
- ▲ Natürlich, wenn sie meinen!
- Ja, ich glaube, dass dies hilft, Ihnen unser Vorgehen verständlich zu machen. Herr Büttner wurde wegen einer Lungenentzündung behandelt. Vor drei Tagen mussten wir ihn auf die Intensivstation verlegen, weil sich sein Zustand plötzlich verschlechtert hat. Wir beatmen ihn und geben ihm Medikamente, die seinen Kreislauf stabilisieren.

**082**

- Mein Mann wollte nie an Maschinen angeschlossen werden!
- ▲ Der Kollege hat uns gesagt, dass man nicht sagen kann, wie es weitergeht. Und zu den Überlebenschancen wollte er sich nicht äußern!
- Was befürchten Sie denn?
- Er hat immer gesagt, dass er in Würde sterben will. Und er hat sich die letzten Wochen schon gequält. Und jetzt erfülle ich ihm seinen letzten Wunsch nicht.
- ▲ Sogar im Gegenteil! Er hängt an einer Maschine und Spritzenpumpen!
- Glauben Sie, dass Ihr Vater auch dann sterben möchte, wenn er eine Chance auf Heilung hätte?
- Aber er wird doch nur noch beatmet!
- Ja, wir beatmen ihn zurzeit, weil er zu schwach ist, selbst zu atmen. Er bekommt spezielle Antibiotika – mit denen hoffen wir, ihn heilen zu können. Ihr

Mann, Ihr Vater wird zurzeit intensivmedizinisch behandelt, aber er befindet sich noch ganz und gar nicht in einer Situation, bei der wir von uns aus die Therapie abbrechen würden!

- ▲ Sie meinen also, er stirbt nicht?
- Ich versuche mit ihnen ehrlich zu reden. Ihre Frage kann ich nicht beantworten. Ich kann ihnen aber sagen, dass er jetzt, ganz aktuell nicht im Sterben liegt oder dass wir durch unsere Therapie nur seinen Sterbeprozess verlängern würden.

### 083 B3c

- Sie wollten mit mir über Ihre Mutter sprechen?
- Ja genau, weil es ihr gar nicht besser geht.
- ▲ Sie ist jetzt schon seit einer Woche im Koma.
- Wir lassen sie mit Medikamenten gezielt in einem Tiefschlaf.
- Aber das nützt ihr nichts. Sie hat Schläuche hier und da. Sie kann nicht sprechen. Wir wollen das nicht mehr.
- Was wollen Sie nicht mehr?
- ▲ Ja, das Ganze.
- Meine Mutter war eine gute Mutter, verstehen Sie das? Sie wollte in Frieden gehen, und nicht so!
- Niemand redet davon, dass Ihre Mutter sterben muss. Ihr Zustand ist weiterhin kritisch. Das ist richtig! Ihre Nierenwerte sind durch die Dialyse, die wir jetzt durchführen, deutlich besser geworden. Das ist prognostisch ein gutes Zeichen. Aber sie ist noch nicht über den Berg!
- Aber sie ist doch sowieso schon schwer krank! Sie hat einen Herzschrittmacher, schweres Rheuma und letztes Jahr hatte sie eine Darmkrebsoperation!
- Aber das sind doch alles keine Erkrankungen, die unweigerlich zum Tode führen müssen!
- „Lasst mich doch bitte gehen“, sagte sie immer wieder! Und das muss man doch respektieren, oder?
- Herr Zabel, wir befinden uns mitten in einer intensivmedizinischen Therapie, deren Ausgang keiner von uns genau wissen kann. Es gibt überhaupt keinen

ersichtlichen Grund an unserem Behandlungskonzept Änderungen vorzunehmen!

- ▲ Doch, den Wunsch meiner Mutter, ihr nicht die Würde zu nehmen!
- Sie wollte sich niemals von solchen Ärzten wie Ihnen quälen lassen!
- Und Sie wissen selbstverständlich alles besser! Sie kommen zu mir ohne eine Patientenverfügung, ohne irgendetwas Schriftliches, sagen mir was Ihre Mutter vielleicht möchte, was sie geäußert hat, als sie gesund war! Und ich soll was bitte schön machen?
- ▲ Die Beatmungsmaschine abstellen! Das würde sie sich wünschen. Nicht leiden!
- Auf jeden Fall kann man die ganzen Pumpen ausstellen!
- Das bedeutet, dass wir Ihre Mutter in dem aktuellen Zustand in dem sie sich befindet, quasi umbringen würden! Und das wollen Sie?
- Sie soll ruhig einschlafen, wie sie es sich gewünscht hat.
- Wissen Sie, wir haben erst vorgestern über die Krankheit und die Situation Ihrer Mutter gesprochen. Ich habe das Gefühl, dass Sie mich entweder nicht verstehen wollen oder es nicht können. Ich versuche jetzt meine Chefarztin zu erreichen!

### 084 Extra

- Guten Tag, bin ich mit der Palliativstation verbunden?
- Ja richtig, Niemeier am Apparat, ich bin die Stationsärztin.
- Meurer, ich bin Hausarzt und möchte wegen Herrn Wagner, einem meiner Patienten mit Ihnen sprechen. Er ist 64 Jahre alt und hat ein metastasierendes kleinzelliges Bronchialkarzinom, welches primär inoperabel war. Er hat bereits eine palliative Chemotherapie erhalten. Aber seit einer Woche geht es ihm zusehends schlechter.
- Welche Beschwerden stehen Ihrer Meinung nach im Vordergrund?
- Zum einen die zunehmende Dyspnoe und zum anderen die Schmerzen wegen der Wirbelsäulenmetastasen. Vor allem hat er immer wieder extreme Schmerz-



attacken, die sich auch mit schnell wirkenden Opiaten nur sehr unbefriedigend behandeln lassen. Das macht mir große Sorgen.

- Ja, das kann ich gut nachempfinden. Hat der Tumor noch weiter gestreut?
- Er hat noch eine solitäre Lebermetastase ...
- Tochtergeschwülste im Gehirn?
- Nein. Aktuell klagt er zwar vermehrt über Übelkeit und gelegentliches Erbrechen, bei einer ausgeprägten Appetitlosigkeit. Aber er hat weder Kopfschmerzen, Lähmungserscheinungen noch Krampfanfälle. Eine kürzlich durchgeführte MRT-Untersuchung war unauffällig.
- Wie schätzen Sie seine seelische Situation ein?
- In den letzten beiden Tagen formuliert er Ängste bezüglich des vor ihm liegenden Todes. Dergleichen Themen hatte er bisher immer abgewehrt. Wobei er nach außen recht stabil wirkt.
- Haben Sie mit ihm schon über die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Therapie gesprochen?
- Ja, mehrmals. Er redet zwar immer von Hospiz und dass er in kein Krankenhaus mehr will, aber ich konnte ihm erklären, dass die aktuellen Beschwerden weitaus besser stationär gelindert werden können und dass er nach erfolgter Stabilisierung auch wieder nach Hause kann.
- Hat er Angehörige? Eine Ehefrau?
- Er ist verheiratet und hat zwei erwachsene Söhne, die irgendwo in Süddeutschland wohnen. Seine Frau kümmert sich wirklich vorbildlich um ihn, ist aber jetzt mit der ganzen Situation deutlich überfordert.
- In Ordnung, Herr Meurer. Mir wäre es lieb, wenn Sie mir die wesentlichen Informationen über Herrn Wagner inklusive seiner aktuellen Medikation gleich noch über unser Sekretariat zufaxen würden. Und denken Sie bitte noch an die Überweisung.
- Ja, das ist kein Problem.
- Ich gehe davon aus, dass wir Herrn Wagner morgen früh aufnehmen können.

nen. Ich melde mich im Laufe der nächsten zwei bis drei Stunden bei Ihnen.

### Intermezzo 3

#### 085 7

- Ich wollte Ihnen noch sagen, dass ich eine Patientenverfügung mitgebracht habe. Hier ist eine Kopie, damit Sie die gleich in ihre Akten legen können.
- Ja, das ist gut. Haben Sie die Verfügung selbst geschrieben?
- Mit meinem Sohn zusammen. Er hat für sich selbst auch schon eine verfasst.
- Haben Sie sich denn vom Hausarzt oder einem Anwalt beraten lassen? Es gibt auch gute Tipps auf der Seite des Bundesjustizministeriums.
- Ach wissen Sie, ich weiß ja genau, was ich will und was nicht.
- Und was möchten Sie zum Beispiel auf keinen Fall?
- Ich möchte Ihrer Apparatedizin nicht hilflos ausgeliefert sein, und an so einer Maschine über Wochen und Monate dahin vegetieren. Wissen Sie, ich habe miterlebt, wie meine Schwiegermutter mit ihrem Brustkrebs ein ganzes Jahr gelitten hat. Und das will ich auf jeden Fall vermeiden.
- Das kann ich gut verstehen, wenn Sie ein solches Leid gesehen haben.
- Und da hängt man ohnmächtig an den Maschinen. Das will ich auf keinen Fall!
- Wenn wir Sie morgen operieren, werden Sie auch einem Beatmungsgerät hilflos ausgeliefert sein!
- Na, das ist ja was ganz Anderes! Da werde ich ja operiert, um geheilt zu werden. Danach ist die Leistenhernie ja weg. Meine Verfügung gilt ja für den Fall, dass ich sozusagen keine Chance mehr auf ein erträgliches Leben habe!
- Können Sie sich vorstellen, mit wie vielen ich schon Patienten gesprochen habe, und dass es erheblich voneinander abweichende Vorstellungen vom „erträglichen Leben“ gibt!
- Meinen Sie? Darüber habe ich noch gar nicht nachgedacht. Ich denke, so etwas wie „unwürdiges Leben oder würdelos

dahinsiechen“ das sehen doch alle gleich, oder?

- Man benutzt dieselben Begriffe, meint aber etwas ganz anderes damit. Manche sagen, dass ihr Leben unwürdig sei, wenn sie querschnittsgelähmt wären, andere könnten damit leben, der Nächste findet, dass Bettlägerigkeit wie ein Dahinsiechen sei, während es vielen anderen darum geht, ihre geistigen Fähigkeiten zu behalten.
- Naja, und bei so einer Leistenoperation wird ja wohl auch nichts passieren, oder?
- Die Wahrscheinlichkeit, dass sie bei der Operation in eine lebensbedrohliche Situation kommen, ist äußerst gering. Ich kann Ihnen nur sehr ans Herz legen, Ihre Patientenverfügung noch einmal kritisch zu überarbeiten und schwammige Formulierungen möglichst zu vermeiden. Nur so kann so eine Patientenverfügung uns Ärzten auch helfen nach Ihrem mutmaßlichen Willen zu handeln.

## Lektion 13

### 086 A3b

- Du Sylvia, hast du mal eine Minute für mich Zeit? Ich brauche deine Hilfe!
- Ja, klar Farhan. Worum geht es denn?
- Ach, ich muss noch ein paar Arztbriefe schreiben. Das macht mich völlig fertig. Ich weiß gar nicht, welche Bezeichnungen da richtig sind. Die einen schreiben es so, die anderen so. Mal heißt es Epikrise und dann wieder zusammenfassende Beurteilung. Was ist denn jetzt richtig?

### 087

- Oh ja, das kann ich gut verstehen, dass du damit Schwierigkeiten hast. Das ist ja selbst für uns schwer, die wir hier in Deutschland aufgewachsen sind und studiert haben. Ich hab mich da am Anfang auch schwer getan. Also, zu deiner Frage: Epikrise ist nur ein anders Wort für zusammenfassende Beurteilung. Ich denke aber, dass Epikrise der Begriff ist, der am häufigsten verwendet wird.
- O.K., danke. Und was ist dann mit Procedere? Das Wort verstehe ich sogar, kommt doch aus dem Lateinischen, aber

manchmal steht da auch Therapievor-schlag. Und bei Diagnose? Was schreib ich da? Führende Diagnose, Hauptdiag-nose oder Diagnose. Da dreht sich bei mir alles im Kopf ...

- Ich denke, dass Therapievor-schlag und Procedere gleichbedeutend verwendet werden. Und bei den Diagnosen stehen Hauptdiagnose und führende Diagnose ebenfalls gleichberechtigt nebeneinan-der.
- Warum ist das denn nicht einfach ein-heitlich festgelegt? Arztbriefe zu schrei-ben ist sowieso schon schwer genug.
- Im Großen und Ganzen ist es das ja. Es muss immer rein: Patientendaten, Diag-nose mit Eingriffen, Operationen usw., dann die Epikrise und die Therapieemp-fehlung und die Befunde im Anhang.
- Siehst du, schon wieder ein neues Wort: Therapieempfehlung. Eben war es noch Therapievor-schlag. Ist aber wahrschein-lich auch wieder das gleiche, oder?
- Ja, Farhan, tut mir leid. Die deutsche Sprache ist so reich an Wortschöpfun-gen. Wir können uns ja morgen nach dem Dienst mal treffen und ich zeig dir, wie ...

### 088 A6b

- Das finde ich total nett, dass du dir die Zeit nimmst und mir das mit dem Arzt-briefschreiben noch mal genau erklärst.
- Kein Problem, das mach ich doch gern. Dann wiederhole ich das selbst auch noch mal. Kann nie schaden. So, wo fan-gen wir denn am besten mal an? Weißt du denn noch, wie so ein Brief aufgebaut ist?
- Ich denke schon, zuerst dieser Einlei-tungssatz mit den Patientendaten, Name, Geburtsdatum und so weiter und dann kommen Diagnose, Anamnese, Befunde. Und ganz am Ende dann die Epikrise und eine Therapievor-schlag.
- Ein Therapievor-schlag aber eine Thera-pieempfehlung, was aber auf das gleiche hinausläuft. Super, da hast du ja den Aufbau schon mal gut verstanden. Man-che Ärzte oder Abteilungen tauschen auch schon mal Anamnese und Diagno-se. Aber grundsätzlich kann man es so machen, wie du gesagt hast.

Dann ist es noch wichtig, dass du dich so kurz und präzise ausdrückst, wie möglich. Ein Arztbrief soll die wichtigsten Informationen vermitteln und nicht wie ein Roman geschrieben sein.

Wichtig ist, wenn du von unserer Abteilung oder vom Krankenhaus schreibst, dass du in der „Wir“-Form schreibst, also nicht: Ich berichte über Ihren Patienten XY, sondern wir berichten ...

- Halt, halt, nicht so schnell, ich komm ja gar nicht mit dem Schreiben nach ...
- Oh, Entschuldigung, klar. Was möchtest du denn noch wissen?
- Ich hab schon mal gehört, dass der Brief in der Vergangenheitsform geschrieben werden soll, stimmt das?
- Ja, das ist richtig. Wir als entlassende ÄrztInnen schreiben ja, was mit dem Patienten gemacht wurde und nicht, was gemacht wird, jetzt oder in der Zukunft. Anders ist das natürlich beim Therapie-vorschlag. Da möchten wir ja dem Kollegen sagen, was in Zukunft zu tun ist. Da müsste man dann im Präsens schreiben.
- Was ich auch noch nicht so richtig verstanden habe, ist, was genau in die Anamnese kommt?
- Da muss in jedem Fall rein, welche Symptome zur Krankenhausaufnahme geführt haben. Je nach Fall vielleicht auch was zur Medikamenteneinnahme bei Aufnahme, Familien- oder Sozial-anamnese. Denk auf jeden Fall daran, dass du auch da in der Vergangenheitsform schreibst.
- Mir raucht jetzt schon der Kopf. Könnten wir für heute aufhören?
- Natürlich. Wenn du magst, dann kannst du ja für morgen mal einen Arztbrief schreiben und ich schau dann drüber. Und schreib auf keinen Fall mehr als drei Seiten, eher weniger!
- Super, das ist nett von dir. Das mach ich mal, vielen Dank, Sylvia!

## Lektion 14

### 089 B1c

- So, Frau Hein, die Befunde sind alle in Ordnung. Bei dieser Operation, also der Darmentfernung empfehle ich Ihnen,

dass wir eine sogenannte Kombinationsnarkose durchführen.

- Ach, ich will am liebsten gar nichts mitbekommen.
- Das werden Sie auch nicht. Kombinationsanästhesie bedeutet, dass wir zwei Narkoseverfahren miteinander kombinieren. Für die Operation bekommen Sie eine Vollnarkose. Wenn Sie in den OP kommen, werden wir Ihnen Elektroden für die Herzüberwachung ankleben, den Blutdruck messen und Ihnen eine Verweilkanüle legen ...
- Aber bitte nicht hier vorne. Das tut so furchtbar weh. Wissen Sie, und ich hab da ja auch fast keine Venen.
- Ich werde mir das morgen früh anschauen. Falls ich im Bereich des Unterarms eine gute Vene finde, nehmen wir die!
- ▲ Das letzte Mal haben sie meine Frau völlig zerstoehen. Und das war nur eine kleine Operation!
- Also, wir geben uns alle Mühe. Über diesen Zugang erhalten Sie Flüssigkeit und darüber geben wir Ihnen auch die Einschlafmedikamente. Wenn Sie eingeschlafen sind, werde ich Ihnen einen Beatmungsschlauch, den Tubus, in die Luftröhre legen ...
- Und da bekomme ich auch wirklich nichts von mit?
- Ganz sicher. Sie werden in tiefer Narkose sein. Mittels eines speziellen Überwachungsgerätes kann ich Ihre Schlaftiefe sehr gut kontrollieren ...

### 090 B3a

- Wenn ich schlafe, können Sie machen, was Sie wollen ...
- Ja. Nun, wie gerade besprochen, ist das der eine Teil der Narkose, die Allgemeinanästhesie. Das Zweite, was ich Ihnen bei dieser Operation unbedingt empfehle, ist, dass wir Ihnen zur optimalen Schmerzversorgung einen Schmerzkatheter legen.
- Sie meinen am Rücken, oder?
- Richtig. Man legt diesen Schmerzkatheter im Bereich der unteren Brustwirbelsäule, da wo ich vorhin auch bei Ihnen getastet habe.

- Das tut bestimmt weh!
- ▲ Nun lass ihn doch mal ausreden ...
- Ich werde die Stelle an der ich punktiere, vorher betäuben. Das bekommen Sie natürlich mit. Sie werden einen leichten Druck spüren und eventuell ein Brennen an der Stelle. Vorher werden Sie sich hinsetzen, die Anästhesieschwester wird Ihnen behilflich sein und Sie in den Arm nehmen, sodass Sie möglichst entspannt sitzen können. Durch die betäubte Stelle führe ich die Punktionsnadel vor und lege dann einen ganz dünnen Schlauch in den Bereich wo die Nerven liegen, die für die Phase nach der Operation betäubt werden sollen. Diese Betäubung bedeutet, dass Sie in aller Regel keine weiteren stark wirksamen Schmerzmedikamente mehr benötigen.
- Sie wissen gar nicht, was ich für eine Angst habe. Aber, wenn Sie sagen, dass es gut ist.
- Ja, glauben Sie mir, wir sind ja ein Zentrum für Darmoperationen und ich sehe jeden Tag, wie die Patienten von dieser Kombinationsnarkose profitieren.

## 091 B4b

### Abschnitt 1

- ▲ Also unsere Enkeltochter ...
- Aber das brauchst du doch jetzt gar nicht zu erzählen. Sie ist in der Ausbildung zur Ärztin ...
- ▲ Sie ist gerade in der Anästhesie und da hat sie uns einen Zettel mitgegeben. Am besten ich gebe Ihnen den mal ...
- Ja klar. Narkose: ITN, TIVA plus PONV P und PDK! Sehen Sie, da hat Ihre Enkeltochter genau das aufgeschrieben, was ich Ihnen gerade erklärt habe. ITN ist die Abkürzung für Intubationsnarkose. Also die Narkose, bei der ich Ihnen den Tubus in die Luftröhre lege. Und das nennt man Intubation oder intubieren! TIVA ist eine spezielle Form der Allgemeinanästhesie, die ich morgen bei Ihnen anwenden werde. Dabei bekommen Sie alle Medikamente, die zur Narkose notwendig sind über die Vene verabreicht.
- ▲ Aber Sie soll ja auch was gegen die Übelkeit bekommen!

- Ach ja, Herr Doktor, mir ist immer so schlecht. Auch nach der letzten Operation.
- Das hat Ihre Enkeltochter auch schon verordnet!
- ▲ Ja, sie ist resolut!
- Spaß bei Seite. Sie bekommen von mir zusätzlich Medikamente, die die Übelkeit und das Erbrechen unterdrücken und das nennt man auf neudeutsch PONV-Prophylaxe. PONV ist die Abkürzung für postoperative Nausea and Vomiting! Man versucht der Übelkeit und dem Erbrechen nach der Operation durch spezielle Medikamente vorzubeugen. Also Prophylaxe zu betreiben.
- Da hoffe ich, dass es diesmal nicht so schlimm wird!
- Naja und PDK bedeutet Peridural-katheter, also der Schmerzkatheter von dem ich vorhin gesprochen habe.
- Ja, was unsere Enkeltochter aufgeschrieben hat!
- ▲ Sie ist eine sehr tüchtige junge Ärztin!

## 092

### Abschnitt 2

- Das freut mich. Ich werde Ihnen nun noch ein paar wesentliche Komplikationen erklären, die bei den Narkoseformen auftreten können.
- Muss das wirklich sein?
- Das muss sein. Ich glaube auch, dass es besser ist, wenn Sie die Abläufe und möglichen Probleme kennen, als wenn alles im Dunklen liegt. Also bei der Vollnarkose, lege ich Ihnen einen Tubus in die Luftröhre und dabei kann es sein, dass Sie nachher Schluckbeschwerden haben oder ein wenig heiser sind. In seltenen Fällen kann es zu Verletzungen der Stimmbänder kommen. Dies erwarte ich bei Ihnen überhaupt nicht, da Sie den Mund sehr weit öffnen können.
- Das will ich auch nicht hoffen. Wissen Sie, ich singe nämlich im Gemeindechor!
- Seien Sie völlig beruhigt. Was kann noch passieren? Man kann Zähne beschädigen. Dies gilt vor allem dann, wenn Sie lockere Zähne haben, oder den Mund nicht richtig öffnen können ...

- Ich hab ja oben eine Prothese.
- Genau, die sollten Sie bitte vor der Operation herausnehmen. Sie dürfen morgen früh bis um 5 Uhr klare Flüssigkeit zu sich nehmen.
- ▲ Darf sie heute Nacht noch was trinken?
- Ja, das dürfen Sie, Frau Heim. Es ist uns sogar sehr lieb, wenn Sie so lange wie erlaubt trinken. Ab fünf Uhr müssen Sie dann aber nüchtern bleiben. Also weder essen, was bei Ihnen sowieso nicht in Frage kommt, noch trinken, weil sonst die Gefahr besteht, dass Mageninhalt über die Speiseröhre zurückfließen kann und in die Lunge gelangt. Und dies kann zu einer sehr schwer wiegenden Lungenentzündung führen.
- ▲ Das nennt man doch Aspiration, nicht wahr?
- Genau, Herr Heim. Und die Folge ist dann die Aspirationspneumonie!

**093**

### Abschnitt 3

- Darf ich denn meinen Ehering anbehalten?
- Sie sollten bitte alle Schmuckgegenstände ablegen. Es geht dabei nicht nur darum, dass Sie verloren gehen können. Es besteht auch immer die Gefahr der Verletzung. Manchmal kann es auch sein, dass Ihre Hände ein wenig anschwellen und dann kann ein Ring am Finger arge Probleme bereiten.
- Ich denke schon, dass ich ihn herunterbekomme.
- Noch einmal grundsätzlich: Wir verwenden heutzutage Narkosemittel, die sehr sicher sind und nur selten ernsthafte Nebenwirkungen haben. Aber jedes Medikament birgt in sich das Risiko einer allergischen Reaktion.
- Sie meinen so einen Hautausschlag? Das hatte ich ja mal auf Penizillin!
- ▲ Und gejuckt hat es doch auch?
- Ja, fürchterlich. Aber das ist schon Jahre her!
- Ja, das sind typische Zeichen einer allergischen Reaktion. Und es kann in seltenen Fällen zu asthmatischen Beschwerden

den bis hin zu schwerwiegenden Kreislaufproblemen kommen.

- ▲ Kreislaufschock!
- Sehr gut, Herr Heim, oder auch anaphylaktischer Schock!
- Aber das ist doch sehr selten, oder?
- Ja. Und wie ich Ihnen schon vorhin sagte, treten solche Nebenwirkungen bei den neuen Narkosemitteln nur noch sehr sehr selten auf.

**094**

### Abschnitt 4

- Was nun den Schmerzkatheter betrifft, so kann es sein, dass an der Stelle, wo der Katheter gelegt wird, eine Entzündung oder ein Bluterguss entsteht. Das gilt natürlich für alle Stellen, wo wir durch die Haut gehen.
- Meine größte Angst ist, dass ich nachher gelähmt bin!
- Und das kann ich sehr gut verstehen. Viele Menschen glauben, wir würden mit unserer Nadel ins Rückenmark piksen, aber das ist gar nicht der Fall.
- ▲ Das hat die Sabine auch gesagt ... unsere Enkeltochter ...
- Ich werde einen schmalen Raum vor dem Rückenmarkskanal aufsuchen und dort den Katheter platzieren. Lähmungen können in extremst seltenen Fällen auftreten, wenn Patienten eine Störung der Blutgerinnung haben und es kommt zu einer Blutung, die dann wiederum auf die Nerven drückt.
- Aber da ist doch bei mir alles in Ordnung, oder?
- Ja, absolut. Sowohl Ihre Blutwerte, als auch Ihr ganz normales Leben sagt mir, dass ihre Blutgerinnung völlig normal funktioniert.

## Lektion 15

**095 A2b**

Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen,

aus gegebenem Anlass würde ich heute gerne ein paar Worte zum Thema sichere Medikamentengabe verlieren. Den meisten von Ihnen dürfte bekannt sein, dass wir neulich

auf Station 3 einen Fall hatten, bei dem es zur Verwechslung von Medikamenten gekommen ist, weil die Patienten ähnliche Familiennamen hatten. Zum Glück wurde das aber noch vor Verabreichung bekannt.

#### **096 A2c**

Um Fehler bei der Medikation zu vermeiden, möchte ich Sie auf sieben wichtige Aspekte hinweisen. Ich habe sie die sieben Rs genannt. Oder sieben Mal alles richtig machen!

Selbstverständlich gilt es für alle Situationen, wenn wir handeln, dass wir unsere Sinne schärfen, also aufmerksam sind! Aber es sei noch mal für die Verordnung von Medikamenten präzisiert:

1. Richtiger Patient: Ich bin mir sicher, dass dies der Patient ist, dem ich genau dieses Medikament geben will! Ich habe bei diesem Patienten geklärt, ob er auf Medikamente allergisch reagiert!

2. Richtiges Arzneimittel: Ich benutze keine Abkürzungen. Ich schreibe den Wirkstoff auf. Der Handelsname kann in Klammern nach dem Wirkstoff dokumentiert werden. Wenn ich das Arzneimittel richte, schaue ich genau auf die Verpackung! Ich weiß, es gibt Medikamente, die leicht zu verwechseln sind, weil sie ähnlich aussehen.

3. Richtige Dosierung: Ich habe die Dosierung genau berechnet. Ich weiß, dass die Berechnung sich auf die Altersgruppe, das Körpergewicht oder die Körperoberfläche bezieht. Ich habe auf bestehende Nebenerkrankungen wie eine Niereninsuffizienz geachtet. Ich habe mich bei schwierigen Berechnungen der Dosierung rückversichert!

4. Richtige Applikationsform: Die Art und Weise der Medikamentengabe ist genau beschrieben.

5. Richtiger Zeitpunkt: Ich habe das Medikament für morgens oder abends angeordnet. Und wenn es mehrmals über Tag eingenommen werden soll, habe ich die Zeitintervalle beschrieben. Ein von mir verordnetes Medikament hat eine maximale Dosis pro Tag. Und ich habe festgelegt nach welcher Zeit Wiederholungsgaben frühestens gegeben werden dürfen!

6. Richtig aufgeschrieben: Ich habe die Anordnung eindeutig dokumentiert! Sie steht an der richtigen Stelle und ist auch leserlich!

Bei Standardmedikationen verwende ich Ausdrucke oder nutze digitale Medien!

7. Richtig wach: Ich habe die Anordnung präzise ausgesprochen! Und das Gegenüber kann sagen: Ich habe die Anordnung genau verstanden und bei Unklarheit habe ich nachgefragt. Ich weiß, es gibt Medikamente, die hören sich sehr ähnlich an!

#### **097 A4**

##### **Gespräch 1**

- Gut, dann richten Sie eine Ampulle Novamin über 15 Minuten.
- Intravenös?
- Ja natürlich. Wenn ich Ampulle sage, meine ich immer die intravenöse Gabe.
- Ok. Wir haben ein Gramm und 2,5 Gramm Novamin Ampullen.
- Ein Gramm Novamin in einer 50 Milliliter Kochsalzlösung als Kurzinfusion.
- Schreiben Sie es bitte noch in die Krankenakte?

#### **098**

##### **Gespräch 2**

- Die kleine Sonja braucht unbedingt noch mal was gegen ihre Schmerzen.
- Was hat sie denn schon bekommen?
- Heute morgen von dem Ibuprofensaft. Das ist jetzt fast acht Stunden her.
- Sagen Sie mir bitte, wie alt und wie schwer die Sonja ist.
- Sie ist dreieinhalb und wiegt, da muss ich mal nachschauen: 15 Kilo.
- Und heute morgen hat sie wie viel genau bekommen?
- 5 Milliliter von dem zweiprozentigen Saft.
- Also 100 mg. Das ist o.k. Sie darf insgesamt 300 mg über 24 Stunden von dem zweiprozentigen Saft einnehmen. Das sind 15 Milliliter als Gesamtmenge! Dann dürfen Sie ihr jetzt noch mal 100 Milligramm, also 5 Milliliter verabreichen. Und danach mindesten 6 Stunden bis zur nächste Gabe warten.

**099**

### Gespräch 3

- Ziehen Sie bitte ein Milligramm Adrenalin auf.
- Mit Kochsalz verdünnen?
- Ja, 1:9. Ein Milliliter Adrenalin und dann neun Milliliter Kochsalz.
- Macht 10 Milliliter.
- Richtig.
- Wo sind denn die Aufkleber?
- Liegen die nicht im selben Fach wie das Medikament?
- Nein, da hat wieder einer alles umorganisiert.
- Aber das ist ja gar nicht das Adrenalin?
- Wie bitte?
- Auf der Ampulle steht Oxytoxin.
- Die sehen sich total ähnlich. Das hab ich nicht gesehen ...

**100 A4**

### Gespräch 4

- Ich habe gehört, dass vor kurzem jemand Midazolam intravenös gegeben hat, obwohl es für die orale Gabe vorgesehen war.
- Ja, das habe ich auch mitbekommen. Das Problem ist, dass das Medikament auf eine Spritze aufgezogen wurde, mit der man auch i.v. Gaben durchführen kann.
- Und es wurde der Applikationsweg nicht eindeutig vermerkt.
- Wir haben deswegen bei uns eindeutige Standards für die meisten Verordnungen festgelegt. Damit kannst du auf die meisten handschriftlichen Vermerke verzichten.
- Es schreibt ja nicht jeder gleich leserlich
- Richtig. Und die Pflegekräfte haben bei dem ganzen Prozess der Medikation das Vier-Augen-Prinzip eingeführt.
- Das Vier-Augen-Prinzip? Was ist das denn? Also, was machen die da genau?
- Sie arbeiten beim Richten der Medikamente zu zweit, und auch der gesamte weitere Ablauf, wie Verabreichung, Do-

kumentation wird gemeinsam kontrolliert.

**101 A6**

- Ich wollte nachfragen, wie Sie die Prophylaxe von Übelkeit und Erbrechen mit Ondansetron vor der Chemotherapie bei Kindern durchführen.

**102**

- Wenn die Kinder älter als zwei Jahre sind, geben wir eine Viertel Stunde vor der Chemotherapie eine intravenöse Einzeldosis ...
- ... sozusagen unmittelbar vor Behandlungsbeginn?
- Richtig, und denken Sie daran, dass Sie die aktuelle Körpergröße und das Gewicht des Kindes vorliegen haben, damit Sie die Körperoberfläche richtig berechnen können.
- Und dann verabreichen Sie fünf Milligramm pro Quadratmeter Oberfläche?
- Ja, das ist die empfohlene Dosis.
- Und danach steigen Sie auf die orale Gabe um, ist das richtig?
- Um es genau zu sagen, nach 12 Stunden geben wir 4 Milligramm Ondansetron per os.

**103 A7b**

- Ja, Sie haben recht. Gerade bei den Medikamenten zur Behandlung der Epilepsie können dosisabhängige Nebenwirkungen auftreten.
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich denn bei der Therapie mit Phenytoin rechnen?
- Die Patienten verspüren gelegentlich eine Art innerer Unruhe. Schwindel, Kopfschmerzen bis hin zum Nystagmus oder auch Dysarthrien sind beschrieben
- Ich möchte sie gern noch zu einer anderen Nebenwirkung befragen: Stimmt es, dass bis zu 50 % der Patienten Zahnfleischwucherungen bekommen?
- Ja, leider. Diese phenytoininduzierte Gingivahyperplasie ist wirklich sehr häufig. Man sieht sie ja auch unter der Therapie mit Cyclosporin A und bei der Gruppe der Kalziumantagonisten.

- Gibt es denn Möglichkeiten dieser Wucherung vorzubeugen?
- An erster Stelle steht selbstverständlich eine gute Zahnhygiene. Die Entfernung von Zahnstein und Ablagerungen auf den Zähnen. Auch die Spülung mit Chlorhexidin kann angezeigt sein.

#### 104 B2b

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie ganz herzlich zu dieser Veranstaltung und freue mich, dass Sie so zahlreich erschienen sind. Das beweist mir, dass das Thema Medical Apps virulent ist und wir mit diesem Fortbildungsangebot das richtige Thema getroffen haben.

In meinem Vortrag möchte ich im Wesentlichen darlegen, nach welchen Standards und Kriterien eine Medical App überhaupt als Medizinprodukt klassifiziert werden darf und uns als Ärzten damit eine gewisse Rechtssicherheit garantiert. Im Anschluss daran, haben Sie Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich freue mich schon auf eine angelegte Diskussion.

#### 105 B2c

Die App in der Kitteltasche. Der Smartphone Doc. Aus vielen Arztpraxen und Kliniken sind sie nicht mehr wegzudenken. Sie sind längst im Klinikalltag angekommen, die medizinischen Applikationen kurz Medical Apps; doch deren Gebrauch, vor allem was die Rechtssicherheit angeht, wirft noch viele Fragen auf und ist auch vom Gesetzgeber nicht abschließend geregelt.

Lassen Sie uns zunächst einmal die Frage klären, nach welchen Kriterien eine App als Medizinprodukt bezeichnet wird.

Die Hersteller der Applikationen definieren zunächst einmal den Zweck einer App. Soll die Anwendung zum professionellen Einsatz kommen, muss sie bestimmte Auflagen nach dem Medizinproduktegesetz erfüllen. Und nur unter diesen Vorgaben darf eine App den Status Medizinprodukt erhalten und zum praktischen Einsatz kommen.

Erfüllt sie diesen Status nicht und wird trotzdem eingesetzt, führt dies zu haftungsrechtlichen Konsequenzen. Sowohl für den Hersteller, als auch für den Anwender. Die Anwender sind in dem Fall wir, die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, meine Damen und Herren!

Fassen wir also zusammen. Ist die Zweckbestimmung einer App vom Hersteller eindeutig definiert und ist diese mit dem MPG konform, so handelt es sich bei der Software um ein Medizinprodukt. Nur dann darf es die CE-Kennzeichnung erhalten.

Mit dieser CE-Kennzeichnung bestätigt der Hersteller, dass sein Produkt die erforderlichen Richtlinien für Medizinprodukte einhält. Um also das Fehlerrisiko bei der Arbeit mit den Medical Apps möglichst klein zu halten, sind wir als Anwender gefordert, uns zu vergewissern, für welchen Zweck eine App tatsächlich vorgesehen ist, ob sie das CE-Siegel trägt. Und dann diese App auch nur genau für den vorgesehenen Zweck zu nutzen.

Anderenfalls könnte es zu Fehlern kommen – etwa wenn eine nicht zertifizierte Dosierungs-App fehlerhaft umrechnet und es zu einem Medikamentenschaden kommt. Dann sind Sie als Anwender dafür haftbar zu machen!

Das deutsche Bundesamt für Arzneimittelsicherheit BfArM und das Deutsche Institut für Dokumentation und Information DIMDI überwachen die Einhaltung des MPG, welches auf der Grundlage europäischer Richtlinien basiert und auch für Österreich gilt.

Definitiv sind Apps dann nicht als Medizinprodukte zu bezeichnen, wenn sie ausschließlich die elektronische Kopie eines Buches oder Nachschlagewerks sind, wenn sie der Abrechnung dienen oder gar nicht speziell für den medizinischen Bereich entwickelt worden sind wie zum Beispiel eine Lupe. Auch Apps, die den Body Mass Index BMI messen, fallen nicht unter diese Kategorie, sondern bewegen sich eher im Graubereich.

#### 106 C1b

- Oh Gott, Herr Doktor, gut, dass ich Sie am Telefon habe. Leiffold am Apparat. Ich bin die Mutter vom Jonas. Ich glaub, ich habe zu viel von dem Antibiotikum-Saft bei meinem Jungen gegeben.
- Frau Leiffold, versuchen Sie mir bitte genau zu zuhören!
- Ja, was denn?
- Entschuldigen Sie, aber sagen Sie mir doch bitte, was für einen Saft Sie gegeben haben.



- Das ist Amoxicillin-Saft.
- Und jetzt tun Sie mir einen Gefallen und lesen mir vor, welche Prozentzahl hinter dem Amoxicillin auf der Flasche steht.
- 5, da steht 5 %.
- Gut. Ich wiederhole und sie sagen mir ob es stimmt, Amoxicillin 5 % Saft.
- Genau. 5 %! Ich schau noch mal: Ja, stimmt, 5 %!
- Und wie viel Löffel haben sie davon gegeben?
- Er ist ja 9 und wiegt 30 Kilo. Und dann habe ich mir das noch mal nachgerechnet. Und ihm, statt eines  $\frac{1}{4}$  Löffels einen halben Löffel gegeben. Und das sind ja über 1000 Milligramm. Was mach ich denn jetzt nur!
- Frau Leiffold, Sie haben mir gesagt, Sie hätten einen halben Löffel Amoxicillin Saft 5-prozentig gegeben?
- Ja, und ich habe schon versucht Erbrechen auszulösen.
- Seien Sie ganz beruhigt. Sie haben ihm viel zu wenig gegeben!

## 107 C2

### Telefonat 1

- Hallo, Herr Zulong. Hier ist Schwester Sylvia. Die Frau Itter soll dreimal täglich 500 Milligramm Novamin als Tablette bekommen.
- Ja, das ist richtig.
- Sie will aber nicht so gerne Tabletten schlucken und lieber die Tropfen nehmen
- Das tut mir jetzt leid Schwester Sylvia, ich habe Sie nicht richtig verstanden. Frau Itter möchte auch keine Tropfen nehmen?
- Nein, nein! Sie will das Novamin lieber als Tropfen einnehmen.
- Danke, jetzt habe ich Sie verstanden. Ja, von mir aus spricht nichts dagegen, wenn Frau Itter statt der Tabletten Tropfen einnimmt.
- Gut. Und, nur noch mal zur Sicherheit: 20 Tropfen entsprechen doch 500 mg, oder?
- Stimmt genau!

## 108

### Telefonat 2

- Ich soll ja bei dem neuen Medikament keinen Grapefruitsaft trinken. Kann das wirklich so gefährlich werden!
- Ja, das muss ich Ihnen mit Nachdruck sagen: wenn Sie Amlodipin einnehmen, sollten Sie auf Grapefruitsaft verzichten.
- Aber doch nur, beim Einnehmen, oder?
- Falls ich Ihnen das kurz erklären darf, egal wann Sie Grapefruitsaft trinken, es besteht immer die Möglichkeit, dass Sie viel mehr an Wirkstoff von Ihrem Medikament im Blut haben und dadurch gefährliche Nebenwirkungen auftreten können.
- Also, besser verzichten?
- Sie sagen es!

## 109

### Telefonat 3

- Ich wollte wegen der Perfusoreinstellung nachfragen. Ich denke, es wurde nur aus Versehen falsch aufgeschrieben!
- O.K., was wurde denn vermerkt?
- Wir lassen den Perfusor sonst immer mit der Einstellung Milliliter pro Stunde laufen, aber hier ist jetzt Milligramm pro Stunde eingetragen worden.
- Würden Sie bitte den letzten Teil noch mal wiederholen, ich habe nur Milligramm verstanden ...
- Ja, hier steht statt Milliliter Milligramm. Und wir lassen den Perfusor eigentlich immer in der Einstellung Milliliter pro Stunde laufen.
- Jetzt habe ich alles mitbekommen. Sie haben völlig Recht. Das war bestimmt eine Unaufmerksamkeit. Ich komme trotzdem gleich zu Ihnen und korrigiere den Eintrag.

## 110

### Telefonat 4

- Frau Doktor Tahiri, Sie haben mir doch heute die Spritzen wegen der Blutverdünnung mitgegeben.

- Stimmt, Frau Langer, wegen der Venenentzündung. Und wie kann ich Ihnen helfen?
- Mein Mann hat die gerade ausgepackt. Und er meint, dass die Kanüle viel zu kurz wäre. Wir haben uns schon gestritten, weil Sie mir doch gezeigt haben, wie ich es machen soll, aber er sagt, dass es bis in den Muskel hinein müsste ...
- Frau Langer, ich bin Ihnen dankbar, dass Sie mich anrufen. Bitte machen Sie es genauso, wie ich es Ihnen gezeigt habe. Die Kanüle ist extra so kurz, um eine falsche Handhabung zu vermeiden!
- Mein Mann hat mich ganz durcheinander gebracht, wissen Sie!

## Lektion 16

### 111 A5a

- Guten Tag, Sie sind der Herr Schneider, nicht wahr?
- Ja, Manfred Schneider. Es ist jetzt eine richtige Fahrerei bis man beim Hausarzt ist. Der Doktor Waldmüller hat seine Praxis ja Anfang des Jahres zugemacht.
- Stimmt, er ist in den wohlverdienten Ruhestand gegangen. Sie haben es sicherlich schon auf dem Praxisschild gelesen: Ich heiße Kettler und habe die Praxis vor einem halben Jahr von der Kollegin Zubalski übernommen. So weit zu mir: Was führt Sie denn zu mir, Herr Schneider?
- Ja, also hier ist der Aman...
- Anamnese-Fragebogen.
- Genau, den habe ich fast vollständig ausgefüllt. Und das Versichertenkärtchen bringe ich die Tage vorbei. Ich habe es zu Hause liegen lassen.
- Das ist schon in Ordnung. Darf ich Sie fragen, warum Sie jetzt zu mir kommen?

### 112 A5b

- Ich habe ja schon seit einiger Zeit so ein komisches Druckgefühl im Magenbereich, wissen Sie, als wäre ich wie vollgeessen. Das drückt schon sehr stark! Also mehr hier oben. Das ist doch der Magen? Oder die Leber? Man sagt ja, dass die Leber gar nicht weh tut. Jedenfalls habe ich dieses Magenmittel eingenommen. Irgendwas mit O glaube ich...

- Das Omeprazol?
- Ja, so ähnlich. Das hat mir der Herr Waldmüller noch verschrieben, weil ich immer Sodbrennen hatte. Und da ist es ja auch erst mal besser geworden. Aber seit ein paar Wochen hilft das auch nicht mehr so richtig. Obwohl es ja auch gegen Übelkeit helfen soll ...
- Im Vordergrund stehen aktuell die schon eher schmerzhaften Beschwerden im mittleren Bereich des Oberbauchs?
- Ja, genau. Hier so in der Mitte und vielleicht ein bisschen nach links rüber.
- Wenn Sie die Beschwerden beschreiben müssten, wie würden Sie die Schmerzen benennen?
- Sie meinen jetzt, ob die bohren oder schneiden?
- Zum Beispiel, ja! Sind die Schmerzen an der Oberfläche und hämmern und schneiden oder sind sie eher krampfartig in der Tiefe und schnüren einen zu?
- Nicht oben drauf, die sind tief wie ein Stein, der alles zermürbt, wissen Sie und manchmal wie ein Gürtel, den man zu eng zu gemacht hat.
- Zieht oder wandert der Schmerz irgendwohin?
- Würde ich nicht sagen. Vielleicht, dass er hin und wieder so ein wenig nach oben drückt.
- Ich habe hier eine Skala. Die geht von 0, wie keine Beschwerden bis 10, was so viel meint, wie stärkste vorstellbare Schmerzen.
- Da würde ich mal sagen, so um die 5, manchmal auch bis 7.
- Könnten sie sagen, ob es bestimmte Tageszeiten gibt, an denen die Beschwerden auftreten, oder wann sie besonders unangenehm sind?
- Es ist völlig egal. Jetzt werde ich sogar schon nachts wach und habe Bauchschmerzen.
- Gibt es bestimmte Auslöser, z.B. Getränke oder Speisen?
- Es war mal so, dass es besser wurde, wenn ich was gegessen habe. Aber jetzt spielt das keine Rolle, ob ich was esse oder trinke, oder ob ich es sein lasse ...

- Wie ist denn ihr Appetit?
  - Ach, fragen Sie mich nicht. Ich bekomme gar nichts mehr richtig runter. Früher hab ich immer gerne ein Stück Fleisch gegessen. Aber da ekle ich mich jetzt vor.
  - Haben Sie in der letzten Zeit, sagen wir in den letzten sechs Monaten, an Gewicht verloren?
  - Ich wiege mich ja nicht. Aber schauen Sie hier, ich brauch zwei Löcher weniger um den Gürtel zu zuschnallen.
  - Das dürften schon ein paar Kilo sein. Sind sie nachts schon mal schweißgebadet aufgewacht?
  - Letzte Woche bin ich in der Nacht wach geworden und war nass geschwitzt. Aber das war nur einmal.
  - Können Sie denn gut einschlafen?
  - Ja, schon, aber ich fühle mich den ganzen Tag reichlich abgeschlagen und müde. Da bin ich froh, wenn ich im Bett liege.
  - Würden Sie sagen, dass Sie sich körperlich und auch geistig schwächer fühlen.
  - Ja, ich muss mich ganz schön konzentrieren, um was zu schaffen.
  - Sie benötigen viel Kraft um Ihre Arbeit zu meistern?
- 113 A5c**
- Ja, ich denke, wenn du so wenig isst, kannst du auch keine Leistung bringen.
  - Sie sind Geschäftsführer in einem Zulieferbetrieb für Autoteile, nicht wahr?
  - Ja, ich bin seit drei Jahren Personalchef. Ich dachte, das wäre weniger Stress als in der Produktion.
  - Und das war es aber nicht?
  - Es ist anderer Stress. Aber nach dem Tod meiner Frau hatte ich Angst in der Produktion. Da kann man ganz schnell großen Mist bauen.
  - Ihre Frau ist mit 46 Jahren gestorben?!
  - Sie hat sich umgebracht. Ich habe es nicht bemerkt, verstehen Sie. Sie hatte so eine familiäre Veranlagung zur Depression. Ihre Mutter hat auch Selbstmord begangen. Mit knapp 50.
  - Wenn Sie darüber sprechen möchten ...
  - Möchte ich, aber nicht jetzt. ... Wir waren sehr erfolgreich mit der Firma. Wir haben ein Patent für elektrische Türschlösser bekommen und ich habe ihre Schwermut, diese Niedergeschlagenheit nicht erkannt. Ja, und dann habe ich auch öfter ganz schön tief ins Glas geschaut.
  - Waren sie in der Zeit danach in einer speziellen Behandlung?
  - Ich habe ein Antidepressivum bekommen. Damit ging es besser. Aber das nehme ich schon seit zwei Jahren nicht mehr.
  - Und wie kommen Sie mit dem Alkoholkonsum zurecht?
  - Ich habe seit einem Jahr kein Glas mehr angerührt. Und bevor sie fragen: Dafür trinke ich Kaffee und rauche bestimmt 30 Zigaretten.
  - Leben Sie zurzeit alleine?
  - Ja, aber meine Tochter wohnt nur zwei Straßen weiter. Und mein Sohn hat im Nachbarort die Elektrofirma Delius übernommen.
  - Also, falls etwas Besonderes wäre, würden Ihre Kinder sich auch um Sie kümmern?
  - Das denke ich schon.
  - In dem Fragebogen haben Sie angekreuzt, dass sie im Moment keine Medikamente einnehmen?
  - Jedenfalls nicht regelmäßig. Ein Bekannter hat mir wegen der Bauchschmerzen seine Novalgintropfen gegeben. Die wirken so ein bisschen.
  - Wie viel und wie oft nehmen Sie denn die Tropfen ein?
  - Na, so 20 bis 30 Tropfen. Manchmal drei-, viermal am Tag.
  - Und seit wann?
  - Seit ein paar Tagen. Aber, ich meine, wie geht es denn weiter?
  - Ich werde Sie jetzt erst einmal untersuchen. Ich werde dann noch ihre Bauchorgane mit dem Ultraschall untersuchen. Die Arzthelferin wird Ihnen Blut abnehmen. Falls sie Wasser lassen können, bestimmen wir den Urinstatus und wir ge-

ben Ihnen noch zwei Röhrchen mit, in die Sie eine Stuhlprobe abfüllen.

- Und meinen Sie, dass das alles nicht so schlimm ist?
- Um ehrlich zu sein, kann ich Ihnen das im Moment nicht sagen. Unabhängig von den Untersuchungen, die ich Ihnen gerade aufgezählt habe, müssen Sie dringend zu einer Magenspiegelung.
- Ich habe es schon geahnt.
- Mit dieser Untersuchung kann man die Diagnose genau stellen. Ich schlage Ihnen vor, dass wir schnellstmöglich einen Termin für Sie organisieren. Meine Arzthelferin macht Ihnen einen Überweisungsschein fertig.

#### 114 B2a

- Ich wollte Ihnen meine Tochter vorstellen. Ich habe Sie gebeten, bei dem Gespräch dabei zu sein. Das ist doch in Ordnung für Sie, oder?
- Das ist völlig in Ordnung. Wir kennen uns ja schon. Wir haben neulich auf dem Flur kurz miteinander gesprochen.
- ▲ Ja, richtig, Herr Weissberg, nicht wahr?
- Genau. Herr Schneider, wir haben bei unserem ersten Treffen darüber gesprochen, dass Sie sich wünschen, offen über Ihre Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen.
- Ja, das stimmt.
- Wir haben jetzt alle Befunde zusammen. Ihre Tochter ist da. Sind Sie damit einverstanden, dass wir jetzt über die Untersuchungsergebnisse sprechen?
- Natürlich, ich muss ja wissen, wie es weitergeht.
- ▲ Papa, du bist immer so forsch.
- O.K., wie sieht es aus, Herr Doktor?
- Also, es tut mir wirklich leid, aber die Gewebeuntersuchung hat ergeben, dass es sich um einen bösartigen Tumor handelt.
- Krebs?
- Ja, richtig ...
- ▲ Papa, du sagst ja gar nichts? ...
- Weil ich mich zusammenreiße, weil ich mich aufrege ...

- ▲ Aber du brauchst dich doch nicht zusammenzureißen!
- Verdammter Mist, so ein verdammter Mist. So ein Dreck ... Ich darf mich doch aufregen Herr Doktor, oder?
- Dürfen Sie.
- Und da bin ich selbst schuld. Alles! So ein Mist ... So ein riesengroßer Mist ...
- Sie sind jetzt wütend ...
- Ja, ich bin wütend! Ziemlich wütend!
- Und was macht Sie so wütend?
- ▲ Aber du musst doch jetzt nicht sauer sein! Wir sind doch alle bei dir. Die ganze Zeit!
- Ich bin doch auch nicht auf dich oder irgendwen sauer. Ich habe es gewusst. Verstehst du das? Dieses Unwohlsein, die Magenschmerzen, diese Appetitlosigkeit ... Da merkt man doch, das was nicht stimmt. Und jetzt hab ich ja auch die Quittung! Mann, Mann, Mann! Was für ein Mist!
- Glauben Sie mir, ich kann Ihre Wut gut verstehen. Sie hatten diese Unlust etwas zu essen, dabei immer wieder Bauchschmerzen und es wurde nicht besser. Wie es früher besser wurde, wenn man mal was am Magen hatte.
- Ja, genau so ist es.
- Vielleicht sollten wir heute nicht über die ganze weitere Behandlung sprechen. Wir haben ja noch weitere Untersuchungen durchgeführt. Und da habe ich eine wirklich gute Nachricht. Und ich kann Ihnen sagen, dass ich mich selbst darüber sehr freue.
- Es gibt es also doch: Das Gute im Schlechten! Na dann.
- Der Magentumor hat noch nicht gestreut. Die Leber ist gesund. Wir haben dort keine Tochtergeschwülste gefunden. Ihre Lunge ist völlig Ordnung!
- ▲ Siehst du Papa! Jetzt wird alles gut!

#### 115 C3

- Ich möchte heute Herrn Schneider vorstellen. Herr Schneider ist ein 61-jähriger Patient, der wegen zunehmender Schmerzen im mittleren Oberbauch, Inappetenz, Gewichtsabnahme und begleitender Übelkeit von den Kollegen der

Inneren Abteilung gastroskopiert wurde. Dabei zeigte sich im Bereich des Antrums ein polypös wachsender Tumor. Histologisch stellte sich nach Lauren ein Adenokarzinom vom intestinalen Typ heraus.

- Darf ich kurz fragen? Nur zum weiteren Verständnis: Wie groß ist denn der Tumor?
- Oh, Entschuldigung. Ich möchte um Ihre Nachsicht bitten, aber das ist meine erste Patientenvorstellung. Also der Tumor hat endoskopisch einen Durchmesser von ungefähr 2,5 Zentimetern. Die Laborwerte boten keinen Hinweis auf eine Anämie. Die Leberwerte waren leicht erhöht. Die Gamma-GT lag bei 69 und die GOT bei 48 Unit pro Liter. Möglicherweise spielt hier aber der frühere Alkoholkonsum eine Rolle.
- ▲ Sie haben sich den Patienten ja angeschaut. Wie ist Ihre Einschätzung bezüglich seiner Alkoholabhängigkeit?
- Er gibt an, seit einem Jahr fast nichts mehr zu trinken. Und er wirkt auf mich psychisch sehr geordnet und glaubwürdig. Darüber hinaus hat der Patient keine Vorerkrankungen. Vielleicht sei noch sein ausgeprägter Nikotinabusus erwähnt.
- Wissen Sie, ob der Patient in seiner Vorgeschichte eine Helicobacter-pylori-Infektion hatte?
- Nein, darüber ist nichts bekannt.
- ▲ Gut, und wie gehen wir weiter vor?
- Um die Diagnostik zu komplettieren, sollte die Tumorausdehnung und mögliche Metastasierung genau eruiert werden. Ich würde daher die folgenden Untersuchungen vorschlagen: Zum einen die Endosonografie, um die lokale Tumorausbreitung zu präzisieren. Um mögliche Metastasierungen in Lunge, Leber und angrenzenden Organen zu entdecken, würde ich eine Röntgen-Thorax-Aufnahme anfordern und ein Abdomen-CT durchführen lassen.

## Lektion 17

### 116 A4b

#### Gespräch A

- Hallo! Ihr kommt von Station 12, nicht wahr?
- Ja, genau. Und wir bringen die Frau Sandholz zur Arthroskopie.
- Hallo Frau Sandholz! Da ist ja Ihr Patientenarmband. Sie sind schon ein bisschen müde, oder?
- ▲ Ja, ich glaube ich bin ein wenig eingnickt ...
- Wo ist denn die Einverständniserklärung von Frau Sandholz?
- Wie immer auf der zweiten Seite in der Krankenakte.

### 117

#### Gespräch B

- Wir führen bei Frau Müller eine Arthroskopie rechts durch.
- Ja, korrekt.
- Die Patientin hat keine Antibiotikaphylaxe erhalten.
- ▲ Richtig.
- Sind die angeforderten MRT-Bilder vorhanden?
- ▲ Ja, sind da.
- Die Lagerung wurde überprüft?
- Ja.

### 118

#### Gespräch C

- ▲ Bitte achtet bei Frau Sandholz auf den Zugang. Sie hat richtig schlechte Venen.
- Ich mache noch einen Verband ...
- ▲ Wir mussten am linken Unterarm einen Neuen legen. Da ging nur eine 20 G rein.
- O.K. Hat sie schon was gegen die Schmerzen bekommen?
- Hallo, wo bin ich denn?

### 119

#### Gespräch D

- Guten Morgen, Frau Sandholz. Ich bin der Herr Wagner.

- Ja, ja! Ich erkenne Sie an der Stimme! Dass Sie mir ja die richtige Seite operieren!
- Deswegen habe ich ja ein Kreuz auf Ihren rechten Oberschenkel gemacht.
- ▲ Frau Sandholz? Allergien sind keine bekannt bei Ihnen?
- Gegen Tierhaare. Aber das hatte ich angegeben ...
- Aber gegen Medikamente sind Sie nicht allergisch?

### 120 B2c

- Hallo Tugce, hier ist Alex. Ich wollte dich noch kurz über Frau Turino in Kenntnis setzen.
- Kommt sie heute noch auf die Station?
- Nein, nein. Sie kommt auf die IMC. Jedenfalls für heute Nacht.
- Hätte mich, gelinde gesagt, auch gewundert, ... bei den Vorerkrankungen, Diabetes mellitus, Hypothyreose. Und dann ist sie auch nicht gerade die Schlankeste.
- Da hast du Recht. Obwohl es vom Zugang her, dann doch problemloser ging, als man hätte denken können. Nur die Dekompression L 4 hat ewig gedauert.
- Bestimmt zusätzlich noch Vernarbungen?
- Richtig. Auf jeden Fall ging es mit der Spondylodese dann recht zügig.
- Durftest du denn auch mal was machen?
- Naja. Er hat mir mal die Positionierung der Schrauben genauer gezeigt ...
- Immerhin bist du dabei gewesen.
- Genau: Meine erste Stabilisierungs-OP L4 L5! Also neurologisch war sie direkt postoperativ unauffällig. Sie ist nur mit dem Hb etwas knapp ...
- Wie ist er denn?
- 9,5. Und präoperativ hatte sie gut 13. Der Blutzucker lag bei 240. Alles nichts Dramatisches. Ich habe schon mit dem Ehemann telefoniert!
- Oh je, der hat bestimmt zwei Mal auf der Station angerufen. Was denn los sei? Er war fürchterlich aufgeregt.
- Das kannst du wohl sagen. Ich hoffe, ich konnte ihn wenigstens ein klein biss-

chen beruhigen. Er kommt gegen späten Nachmittag.

- Alles klar. Gab es sonst noch Besonderheiten, die ich wissen muss?

### 121 C3

- Ja, hallo, hier Turino am Apparat.
- Weiland, Klinik für Allgemein Chirurgie. Ich rufe wegen Ihrer Frau an, Herr Turino.
- Ja, ich warte schon die ganze Zeit. Hat wohl etwas länger gedauert?
- Wir hatten noch einen Notfall. Und so hat sich die Operation bei Ihrer Frau um eine Stunde verzögert.
- Ja, sie ist ja schon seit heute Morgen im OP.
- Herr Turino, Sie hatten mich ja gebeten, Sie nach der Operation kurz zu informieren, ob alles komplikationslos gelaufen ist.
- Also, es ist ja doch schon so, dass man von allem ...?
- Es tut mir leid, Herr Turino, aber ich habe Sie nicht richtig verstanden. Würden Sie Ihren letzten Satz bitte noch einmal wiederholen.
- Ich meine, man ist dann doch sehr angespannt, wenn man nichts hört ...
- Ich kann gut verstehen, dass Sie aufgeregt sind. Ich kann Sie beruhigen. Der Eingriff ist komplikationslos verlaufen. Ihrer Frau geht es gut. Sie ist jetzt im Aufwachraum.
- Ich meine, es waren also keine Probleme. Es hat doch schon sehr lange gedauert?
- Ja, wegen der Voroperation. Das haben wir erwartet, dass es etwas länger dauern würde. Das hatten wir ja auch im Vorfeld besprochen, dass möglicherweise Vernarbungen gelöst werden müssen, und dass dies dann mehr Zeit beansprucht.
- Ja, das hatten Sie erwähnt. Und jetzt ist sie schon wach?
- Ja, sie ist noch müde. Aber das darf sie auch sein. Nochmal: Ihrer Frau geht es gut. Sie spürt alles und kann ihre Beine bewegen. Herr Turino?

- Ja, bitte?
- Sie wollten ja mit Ihrem Sohn heute noch vorbei kommen, nicht wahr?
- Ja, ja. Er kommt gleich von der Arbeit. Da fahren wir sofort los ...
- Lassen Sie bitte Ihren Sohn fahren. Versprechen Sie mir das?
- Ja, ist vielleicht besser so, oder?
- Es ist ganz bestimmt besser.

## Lektion 18

### 122 A5a

- Guten Abend, verehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Frau Kollegin Hammbacher, vielen Dank für Ihre Einladung. Ich freue mich sehr darüber, Ihnen heute etwas zur Thematik der Nadelstichverletzungen erzählen zu dürfen. Besonders freut es mich, Frau Hammbacher, dass ich nicht nur die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch die Pflegekräfte und das Dienstleistungspersonal Ihrer Abteilung begrüßen darf. Deswegen habe ich auch versucht in meinem Vortrag möglichst auf komplizierte medizinische Fachausdrücke zu verzichten. Sollte mir dies an einigen Stellen nicht gelingen, verzeihen Sie mir das und haben Sie keine Hemmungen mich zu fragen, falls Sie bestimmte Begriffe nicht kennen.

### 123 A5b

#### Abschnitt 1

- Sie hatten mich auch gebeten, dass ich die Vorgehensweisen an konkreten Beispielen verdeutliche, und das werde ich nun tun:  
Nun, ich möchte Ihnen zu Beginn zwei Fälle schildern, die in unserem Haus passiert sind.  
Fall 1: In die Notaufnahme kommt ein 43-jähriger Patient mit Verdacht auf innere Blutungen bei infaustem Tumorleiden und ebenfalls bekannter und in Therapie befindlicher HIV-Infektion. Ein Venenzugang soll gelegt werden. Die Venenverhältnisse sind enorm schwierig. Die Kreislaufsituation des Patienten verschlechtert sich zunehmend. Der Oberarzt kommt zwecks ZVK-Anlage zur Hilfe. In aller Hektik will die diensthabende Kollegin die blutverschmierte Punkti-

onskanüle auf die Arbeitsfläche zurücklegen. Im gleichen Moment hält ihr die Schwester den Abwurfkanister hin, und die Kollegin sticht, besser gesagt, rammt, ihr die Kanüle zirka zwei Zentimeter in den Unterarm.

Was ist sofort zu tun?

### 124

#### Abschnitt 2

- Also, ich würde auf jeden Fall versuchen es aus der Wunde bluten zu lassen. Durch kräftiges Massieren und Drücken!
- ▲ Und vielleicht auch ausspülen. Am besten mit einem Antiseptikum, welches auch die Viren abtöten kann.
- ▶ Man könnte ja auch versuchen den Stichkanal zu vergrößern. Dann würde es auch intensiver bluten und mögliche Erreger ausschwemmen.
- Vielen Dank für Ihre Vorschläge. Wenn wir uns anschauen, was als Sofortmaßnahmen nach Nadelstichverletzung empfohlen wird, so haben Sie die wesentlichen Punkte genannt. Man kann zum Beispiel nach der intensiven Spülung noch einen antiseptischen Verband anlegen. So, dass Sie quasi ein Depot im Bereich der Wunde anlegen. Inwieweit es sinnvoll ist, den Stichkanal zu erweitern, möchte ich jetzt nicht abschließend beurteilen. Aber was allgemein zu diesen Maßnahmen gesagt werden muss, ist, dass sie nicht durch Studien sicher belegt sind. Was natürlich auch nicht so einfach sein dürfte.

### 125

#### Abschnitt 3

- Nun, wie ging es weiter! Wir konnten ja von Glück im Unglück sprechen, dass die HIV-Infektion des Patienten bekannt war. Zudem hatte die Lebensgefährtin des Patienten dessen aktuelle Medikamente dabei, und nach Rücksprache mit unserer Abteilung wurde die PEP, also die Postexpositionsprophylaxe, durchgeführt. Wir konnten bisher bei der betroffenen Person in den Kontrolluntersuchungen keine HIV-Infektion nachweisen. Ja, sie möchten etwas fragen?
- Was bedeutet dieses PEP?
- Ja, danke für Ihre Frage. Postexpositionsprophylaxe bedeutet, dass man nach

einem Kontakt mit einem möglichen Erreger, und das muss jetzt nicht nur HIV sein, Maßnahmen ergreift, um den Ausbruch einer Erkrankung zu verhindern oder, ich sage es etwas zurückhaltender, ihren Verlauf abzumildern! Das machen Sie auch in der Notaufnahme, wenn Sie zum Beispiel gegen Tetanus impfen! Es sollte auch klar sein, dass eine solche Prophylaxe nicht zu 100 Prozent wirkt!

**126**

#### **Abschnitt 4**

- So, bevor wir später auf die Details eingehen, nun der zweite Fall: Beim Entfernen eines Müllsacks im Schockraum, in dem kurz vorher ein polytraumatisierter Patient versorgt worden war, verletzt sich die Reinigungsfrau an einer Kanülenspitze in der Handinnenfläche. Sie drückt Blut aus der Wunde und säubert sie zusätzlich mit einem Desinfektionsmittel. Dann macht sie ein Pflaster über die Wunde. Am nächsten Morgen erzählt sie am Kaffeetisch beiläufig von der Begebenheit. Sie sei erst vor ein paar Wochen bei der Betriebsärztin gewesen und ihr Titer wäre sehr gut. Eine OP-Schwester weist sie darauf hin, dass dies doch ein Arbeitsunfall sei und sie auf jeden Fall zum Durchgangsarzt müsse, weil das doch der Berufsgenossenschaft gemeldet werden müsse! Sonst hätte sie keine Ansprüche auf Zahlungen! Eine weitere Kollegin will schauen, ob man über den Patienten etwas herausfinden kann. Sie sehen, so kann es auch ablaufen.

**127**

#### **Abschnitt 5**

- Was möchte ich Ihnen mit diesen Beispielen aufzeigen? Zum einen, dass Nadelstichverletzungen nicht nur beim ärztlichen oder pflegerischen Personal vorkommen, sondern bei allen, die mit kontaminierten Gegenständen in Kontakt kommen können. Wir hatten im letzten Jahr 35 gemeldete Nadelstichverletzungen. Sollte es stimmen, dass nur zehn Prozent aller Unfälle gemeldet werden, hätten wir in Wirklichkeit 350 Fälle gehabt. Dass die mutmaßliche Dunkelziffer so hoch ist, mag daran liegen, dass die Verletzung – wie im zweiten Fall geschildert – unter-

schätzt oder bagatellisiert wird. Das höre ich immer wieder: „Die Wunde war ja so winzig und es hat wirklich nicht viel geblutet.“ Oder ich höre Erklärungen wie: „Wir hatten so viel auf der Station zu tun, da wäre meine Kollegin ganz alleine gewesen.“ Oder: „Da zieht man sich zwei frische Handschuhe über und macht natürlich die OP noch zu Ende.“ „In der Patientenakte stand auch nichts von Hepatitis oder HIV.“

Leider kann ich Ihnen keine harten Fakten liefern, wie viele Stich-, Schnitt- oder Kratzverletzungen, Schürfungen oder Spritzer von infektiösem Material auftreten. Es wäre wünschenswert, wenn man diese Unfälle entsprechend kodieren könnte, damit die Zahlen etwas verlässlicher würden.

So, Sie haben noch eine Frage?

**128 B4b**

#### **Gespräch 1**

- Frau Niemann, ich muss Ihnen von einer Sache erzählen, die mir heute Morgen auf der Station passiert ist. Wo ich mich frage, ob ich das in unserem hausinternen Qualitätsmanagement für kritische Ereignisse aufnehmen soll.
- Schildern Sie mir bitte kurz den Fall.
- Ich habe bei einer Patientin wegen starker Schmerzen eine Kurzinfusion mit Piritramid „wie üblich siebeneinhalb in fünfzig NaCl“ angeordnet. Ich hab's dem jungen Pfleger Sven so gesagt und gar nicht darüber nachgedacht, dass er ja ganz frisch ist auf der Station.
- Und dann?
- Es dauerte jedenfalls eine Ewigkeit bis er die Infusionslösung hergestellt hatte. Und ich habe ihn ein wenig angefrotzelt, was er so veranstaltet habe, um die Lösung herzustellen. Naja, und er meinte nur, dass es schon seine Zeit brauche, bis man 7 ½ Ampullen in die Infusionsflasche gespritzt habe.
- Oh je! 7 ½ Ampullen!
- Ja, da ist mir ganz heiß geworden. Stellen sie sich vor, die Patientin hätte die Infusion bekommen! Ich meine, ich habe, um ehrlich zu sein, „wie üblich siebeneinhalb“ gesagt, und nichts über die Dosierung.



- Ja, und er hat statt einer halben Ampulle mit siebeneinhalb Milligramm siebeneinhalb Ampullen in die Lösung gegeben. Da waren ja dann über 100 Milligramm!
- Das werde ich natürlich nie wieder machen.
- Also, erst einmal finde ich es sehr gut, dass Sie mir darüber berichten. Und dann denke ich, dass es wichtig ist den Fall in unserem Meldesystem zu dokumentieren. Das hilft allen Beteiligten, mögliche Fehler zu verhindern. Sie wissen ja jetzt, wie Sie es sagen müssen, oder?
- Gewiss!

**129**

### Gespräch 2

- Schwester Sonja, haben sie einen Augenblick Zeit. Ich wollte mit Ihnen noch einmal über die Verwechslung heute morgen sprechen.
- Ja, natürlich. Ich weiß, das wäre beinahe ganz schön schief gelaufen.
- Das kann man wohl sagen. Also, Sie haben zwei Patientinnen mit dem Namen Büttner auf der Station.
- Ja, und jetzt kam noch dazu, dass Frau Anneliese Büttner zur Bronchoskopie, und Frau Anna Büttner zu Ihnen zur Leberpunktion in die Diagnostik gebracht werden sollte.
- Und Sie haben uns die Anneliese gebracht. Wussten Sie nicht, dass es zwei Frauen mit dem Namen Büttner auf der Station gibt?
- Ich bin ja heute erst aus der Freiwoche zurückgekommen. Und dann sollte alles ganz schnell gehen, weil Sie schon angerufen hätten, wo die Patientin denn wäre. Ja, und dann stand noch auf der Krankenakte der Vermerk: Nüchtern lassen. Und da hab ich nicht großartig weiter nachgefragt.
- Ich finde, wir sollten über dieses, ich nenne es mal „kritisches Ereignis“ kurz berichten. Es gibt einen Meldebogen. Den können wir ja gemeinsam ausfüllen.
- Es ist ja zum Glück nichts passiert.

- Ja, aber wir sollten es dokumentieren. Das macht vielleicht alle Beteiligten ein wenig aufmerksamer. Möglicherweise können wir, zum Beispiel durch die Einführung von Patientenarmbändern zur Identifikation, solche Fehler minimieren.

**130**

### Gespräch 3

- Es gibt ja bald den neuen Meldebogen für „krisische Ereignisse“.
- Ja, nächste Woche wird es dazu eine Fortbildungsveranstaltung geben.
- Wir hatten zum Beispiel letzte Woche den Fall, dass bei einer älteren Patientin das rechte Auge weit getropft worden ist, obwohl das linke operiert werden sollte. Unten im OP ist es aufgefallen und sie haben da das richtige Auge getropft und die Sache war in Ordnung. Wäre das so ein Fall, den man melden sollte?
- Sie werden das bei der Fortbildung und in der nächsten Zeit noch öfters vermittelt bekommen, aber genau das wäre so ein Fall.
- Ist doch eigentlich nichts passiert ...
- ... Nichts passiert? Patientensicherheit ist was anderes! Immerhin, das falsche Auge wurde getropft! Es entstand im OP eine Wartezeit, um das richtige Auge zu erweitern! Die Patientin konnte für eine Zeit lang fast nichts sehen! War es Glück oder Zufall, dass der Fehler entdeckt wurde? Warum wurde das falsche Auge getropft und gibt es Möglichkeiten den Fehler zu verhindern?
- Steht dann da, Schwester Margit hat ins falsche Auge getropft?
- Nein, der Meldebogen wird anonym ausgefüllt. Und es ist auch ganz wichtig, dass wir alle, Schwestern, Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, von der Klinikleitung nicht sanktioniert werden!
- Das hätte ich aber gerne schriftlich!
- So machen wir es auch! Ich glaube, dass es wichtig ist, dass solche Sätze, wie „da haben wir noch mal Glück gehabt“ immer seltener werden.

**131 C2**

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserem heutigen QZ-Treffen, das dem Thema gewidmet ist: Wie kommuniziere ich eingetretene Komplikationen patientengerecht?

Dabei ist es erst einmal unerheblich, welche möglichen, auch juristischen, Folgen die eingetretene Komplikation haben kann.

Zunächst einmal ist es ganz wichtig, dass Sie Ihre Patienten zeitnah informieren und möglichst offen mit dem Zwischenfall umgehen. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten, wenn sie das Gefühl haben, rechtzeitig und umfassend informiert worden zu sein, Verständnis für die Situation aufbringen und weitaus weniger häufig auf Schadenersatz klagen.

Ja, je, nach dem, was passiert ist, sind Sie selbst auch in einer emotionalen Ausnahmesituation. Sei es, dass Sie Schuld und Scham empfinden, sei es, dass Sie Ihre Kompetenz in Frage stellen. Suchen Sie das vertrauensvolle Gespräch mit einem Fachkollegen. Dann können Sie auch dem Patienten die ihm gebührende emotionale Unterstützung entgegenbringen. Eine aufrichtige Entschuldigung ist hier das Mindeste, was die Patienten von Ihnen als behandelndem Arzt erwarten können. Weiterhin müssen Sie Ihre Patienten über die möglichen Auswirkungen des Fehlers auf deren Gesundheit in Kenntnis setzen. Zeigen Sie bei allen weiteren Abläufen Präsenz und kümmern Sie sich um das Wohl des Patienten. Zum Beispiel mit dem Physiotherapeuten gemeinsam den Patienten aufsuchen, und das weitere Vorgehen besprechen.

Aus verschiedenen Studien weiß man, dass es den Patienten außerdem sehr wichtig ist, dass der Zwischenfall analysiert wird und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, um solche Vorgänge in Zukunft – zum Wohle anderer Patienten – zu vermeiden ...

## Lektion 19

### 132 C2a

Ich möchte heute über die präklinischen Basismaßnahmen bei Verdacht auf einen akuten Myokardinfarkt referieren.

Häufigste Ursache der koronaren Herzkrankheit ist die Arteriosklerose der herzversorgenden Arterien. Als besondere Risikofaktoren gelten in erster Linie Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Kontrazeptiva vor al-

lem bei Patientinnen, die rauchen, und eine positive Infarktanamnese in der Familie.

Bei einem Herzinfarkt kommt es Ischämiebedingt zum Absterben von Herzmuskelgewebe.

Typisch für kardiozirkulatorische Notfälle sind Symptome wie Kaltschweißigkeit, Luftnot, retrosternales Druckgefühl oder Schmerzen im Brustbereich, sowie die Schmerzausstrahlung in den linken Arm und die Halsregion, Kiefer aber auch in den Rücken oder Oberbauch. Viele Patienten leiden unter starker Angst bis hin zur Todesangst. Die Haut ist blass, fahl bis gräulich. Übelkeit und Erbrechen können auftreten.

Wichtig ist noch, dass alte Menschen und Diabetiker wegen ihrer veränderten Schmerzwahrnehmung seltener über die typischen Infarktsymptome klagen!

### 133 C2b

#### Abschnitt 1

Unter notfallmäßigen Bedingungen ist ein Herzinfarkt von einem Angina-pectoris-Anfall nicht einfach zu unterscheiden. Beim Angina-pectoris-Anfall sistiert der Brustschmerz meist nach weniger als zehn Minuten oder wenn zum Beispiel eine anstrengende Tätigkeit beendet wird. Differentialdiagnostisch muss immer an eine Lungenembolie oder ein thorakales Aortenaneurysma gedacht werden.

### 134

#### Abschnitt 2

Ist ein 12-Kanal-EKG vorhanden, kann die Diagnose eines ST-Strecken-Hebungsinfarktes mit großer Sicherheit gestellt werden.

### 135

#### Abschnitt 3

Wichtigstes Ziel der Erstversorgung, zum Beispiel im hausärztlichen Bereich, ist die Optimierung der Sauerstoffversorgung, also die Gabe von Sauerstoff über eine Sonde oder Maske. Der Oberkörper sollte zwischen 30 und 70 Grad hochgelagert werden. Auf die strikte Vermeidung jeglicher Anstrengung des Patienten ist zu achten. Die Beruhigung des Patienten auch im Sinne einer stressfreien Atmosphäre ist ebenfalls von großer Bedeutung. Ist der Blutdruck stabil über 100 systolisch, werden zwei Hübe

Nitrospray unter die Zunge verabreicht. Zeigt sich innerhalb der nächsten fünf Minuten keine Besserung der Symptomatik, kann bei kreislaufstabilen Verhältnissen die Nitrogabe wiederholt werden. Zwischenzeitlich wird der Patient mit einem i.v. Zugang versorgt und, wenn möglich, Blut zur Laboranalyse abgenommen. Zur Analgesie und gleichzeitigen Abschirmung der Patienten empfiehlt sich die Gabe von Morphin intravenös. Wenn nötig, muss der Patient sediert werden. Hierzu eignen sich 2 bis 5 mg Midazolam oder Diazepam 5 bis 10 mg intravenös. Darüber hinaus erhält der Patient intravenös 500 Milligramm Acetylsalicylsäure. Parallel zu den therapeutischen Maßnahmen ist es wichtig, sofort eine notärztliche Versorgung oder den Transport des Patienten zu organisieren und die Möglichkeit einer Thrombolysetherapie zu eruieren.

**136**

#### **Abschnitt 4**

Abschließend lässt sich sagen, dass es in der präklinischen Behandlung darum geht, den Patienten zügig und stressfrei zu behandeln. Die Gabe von Sauerstoff, die Senkung des Sauerstoffverbrauchs und die beruhigende Immobilisation sind die wichtigsten Basismaßnahmen. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

**137 D3a**

Ich berichte über Frau Gertrud Naumann, eine 79-jährige Patientin, die sich bei einem Sturz von der Kellertreppe eine Oberschenkel- und Beckenfraktur zugezogen hat. Anamnestisch ist bei der Patientin eine Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine kompensierte Herzinsuffizienz bekannt.

Während der operativen Versorgung wurden insgesamt drei Erythrozytenkonzentrate transfundiert und vier Liter Ringer-Lactat-Lösung infundiert.

Die Patientin wurde auf der Intensivstation extubiert. Im Lauf des Nachmittags klagte die Patientin über zunehmende Atemnot. Die O<sub>2</sub>-Sättigung fiel trotz Sauerstoffgabe von 6 Liter pro Minute unter 90 %. Auskultatorisch zeigten sich ubiquitär grobblasige Rasselgeräusche mit schaumigem, rosafarbenem Auswurf. Die durchgeführte arterielle BGA ergab eine respiratorische Azidose. Nach Rücksprache mit dem diensthabenden

Oberarzt wurde die Patientin reintubiert, sediert und eine Entwässerungstherapie durchgeführt. Der hinzugezogene kardiologische Kollege konnte in der Echokardiografie des Herzens die Verdachtsdiagnose einer Linksherzinsuffizienz bestätigen. Im Röntgen-Thorax konnte der Verdacht eines Lungenödems ebenfalls bestätigt werden. Der Zustand der Patientin verbesserte sich innerhalb der folgenden 24 Stunden. Sie konnte am Folgetag extubiert werden. Gestern haben wir sie auf die Normalstation verlegen können. Die Patientin soll im Laufe der nächsten Woche in die Reha-Klinik in Bad Lauterhausen verlegt werden. Ich habe diesbezüglich schon eine Zusage von der zuständigen Oberärztin Frau Domrindt erhalten.

## **Lektion 20**

**138 A4a**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich über die Einladung zu Ihrer Fortbildungsveranstaltung, die Sie im Rahmen der interdisziplinären Gespräche des Klinikverbundes Eberbach-Altengrund veranstalten. Ich hatte bereits im letzten Jahr das Vergnügen hier sprechen zu dürfen und habe die anschließende Diskussion als sehr engagiert und von Fachwissen getragen in Erinnerung behalten. Auch in diesem Jahr besteht im Anschluss an meinen Vortrag die Möglichkeit zur Diskussion. Ich hoffe, dass Sie auch dieses Mal von der Möglichkeit Gebrauch machen werden, Fragen zu stellen bzw. Ihre Erfahrungen einzubringen.

Nun, das Thema meines Vortrages lautet „Die Grundprinzipien motivierender Gesprächsführung“.

Lassen Sie mich zunächst kurz diese 5 Grundprinzipien erläutern, ehe ich Ihnen Fälle aus meiner Praxis schildere.

Dieses Gesprächsführungskonzept wurde von den amerikanischen Psychologen Miller und Rollnick entwickelt. Es finden sich dort viele Strategien und Prinzipien wieder, die auch für die allgemeinmedizinische und psychotherapeutische Gesprächsführung sinnvoll sind. Die beiden amerikanischen Mediziner haben es aber speziell für den Umgang mit Suchtkranken weiterentwickelt.

Die motivierende Gesprächsführung baut auf 5 Grundprinzipien auf:

Prinzip Nr. 1 – Empathie ausdrücken. Und hier ist mit Empathie keineswegs gemeint, dass wir als Behandler und Therapeuten in der Erlebnis- und Gefühlswelt des Patienten unkritisch mitschwimmen. Also die Ängste oder Wutgefühle spiegeln a la: „Oh, ja. Das tut mir so leid. Ich könnte das auch nicht!“ Empathie unter professionellem Gesichtspunkt verlangt vielmehr sowohl Distanz, aber auch Respekt vor der Würde des Patienten. Hier gilt die Devise: Mitfühlen ja – Mitleiden nein. Besser: „Ich verstehe, wenn Sie jetzt bedrückt sind!“

Das zweite Prinzip beruht darauf, Diskrepanzen zu entwickeln. Dahinter verbirgt sich im Gesprächsverlauf der Ansatz, die Suchtpatienten für Dissonanzen und Widersprüche in ihrem Lebenskonzept zu sensibilisieren. Was erwarten Sie von ihrem Leben und wie wirkt sich die Suchtproblematik auf diese Erwartungen aus. Wie groß ist die Spanne zwischen Wunsch und Wirklichkeit? Denn es ist längst nicht immer so, dass die Patienten, mit denen Sie dann wegen eines Suchtproblems sprechen werden, wegen genau dieses Problems Ihre Praxis aufsuchen. Oft bieten erst diagnostische Befunde wegen somatischer Beschwerden den Anlass, dass ein Suchtproblem in den Fokus rückt. So finden sich beispielsweise erhöhte Leberwerte im Blutbild (z. B. in Vorbereitung auf einen kleineren operativen Eingriff), aber der Patient nimmt keinerlei lebertoxische Medikamente ein. Hier kann es notwendig werden, zu thematisieren, wie es zu derartig hohen Werten kommen konnte.

Das dritte Prinzip der motivierenden Gesprächsführung heißt: Beweisführungen vermeiden. Es geht darum, das Gespräch nicht wie ein juristisches Zwiegespräch aufzubauen. Also dem Suchtkranken anhand von Befunden, Einschätzungen und Vorwürfen beweisen zu wollen, dass er oder sie ein Problem hat. Derartige Konfrontationen erzeugen nur Widerstand. Und dies ist einer vertrauensvollen Gesprächsgrundlage sicher nicht dienlich. Zu frühe diagnostische Einordnung und therapeutische Maßnahmen verhindern sogar, dass sich der Kranke verstanden fühlt. Vermeiden Sie also die Beweisführung und insistieren Sie nicht darauf, dass ein Suchtproblem besteht. Um eine Veränderungsabsicht beim Patienten hervorzurufen ist es nicht notwendig, dass derjenige sich selbst als „alkoholabhängig“

bezeichnet. Das haben mittlerweile einige Studien bewiesen.

Den Widerstand aufnehmen, so benennen Miller und Rollnick das vierte Prinzip und bemühen hier ein Grundprinzip der asiatischen Kampfsportarten. Man nimmt die Kraft des Gegners auf und lenkt sie in eine andere Richtung. Ich gebe Ihnen mal ein Beispiel, wie man Widerstand aufnehmen und in eine konstruktive Richtung lenken kann, die dem Patienten noch genügend Raum lässt und die den Kontakt nicht abbrechen lässt. Patient: Okay, vielleicht habe ich ein paar Probleme mit dem Alkohol, aber ich bin kein Alkoholiker. Therapeut: Sie haben kein Problem damit zu sehen, dass Ihnen ihr Trinkverhalten nicht gut tut, aber Sie wollen nicht mit einem Etikett versehen werden, verstehe ich Sie da richtig? Patient: Genau.

Kommen wir nun zum fünften Prinzip der motivierenden Gesprächsführung, das Vertrauen des Patienten in seine Fähigkeiten zu stärken, bestimmte Probleme oder Aufgaben selbst zu lösen.

Ins Deutsche übersetzt heißt das bei Miller und Rollnick: Selbstwirksamkeit fördern. Mir scheint dies das wichtigste Prinzip zu sein, wenn ich auch denke, dass die vier anderen ihre Anwendung finden müssen. Wenn ein Mensch jedoch kein Vertrauen in sich selbst setzt, sich nicht vorstellen kann, bestimmte Verhaltensweisen ändern zu können, so erscheinen mir alle Bemühungen, eine Suchtproblematik konstruktiv in den Griff zu bekommen, als relativ aussichtslos. Das bedeutet, dass wir in unseren Therapiesprächen den Glauben der Patienten an sich selbst und ihr Selbstvertrauen stärken müssen.

Wie das konkret aussieht, möchte ich nun an folgenden ...

#### **139 C2b**

- Und, weißt du schon was du nach dem Studium machen willst?
- Erst mal die letzte Prüfung schaffen!
- O.K. Was willst du machen, wenn du die Approbation erhältst?
- Ich hab ja als Wahlfach im PJ Gynäkologie gehabt. Ich fand das sehr interessant. Ich könnte nach dem Staatsexamen sogar hier an der Uni-Klinik anfangen.

- Uni-Karriere! Also Forschung und Lehre!
- Es gibt hier eine große Onkologie, Strahlentherapie und eine plastische Chirurgie. Ich konnte bei einem Forschungsprojekt in der Tumorthherapie einige Einblicke in das wissenschaftliche Arbeiten bekommen. Das fand ich sehr interessant. Und ein Promotionsthema hätte ich sogar auch schon!
- Da sehe ich dich schon auf den Kongressen rumlaufen und Vorträge halten.
- Vielleicht. Die Frau Grahming ...
- Du meinst die Lehrstuhlinhaberin ...
- Ja. Sie hat auch einige Stipendiate über die Deutsche Forschungsgemeinschaft erhalten. Und wenn ich mal ein Jahr in die USA könnte, das fänd ich enorm attraktiv.
- Da hast du Einiges vor! Die Stelle ist doch garantiert auf ein oder zwei Jahre befristet, oder?
- Nein, der Oberarzt sagte mir, man bekommt zwar einen befristeten Arbeitsvertrag, aber der gilt für die gesamte Weiterbildungszeit. Also fünf Jahre. Jedenfalls habe ich das so verstanden.
- Naja, wenn du dich bewirbst, wird es dir die Chefarztin ja genau sagen.
- Und du hast jetzt in der Chirurgie angefangen, nicht wahr?
- Ja, ich will den Facharzt für Allgemeinmedizin machen. Und da ist mir ein mittelgroßes Haus lieber. Da kann ich eine Menge lernen. Und Chefarzt will ich sowieso nicht werden. Ich werd mich irgendwann mal niederlassen. Am liebsten wäre mir die Stadt, aus der ich komme.
- Wenn du eine Praxis hast, bist du ja automatisch Chef!
- Stimmt. Jetzt will ich erst einmal die grundlegenden chirurgischen Techniken lernen.
- Kannst du in dem Haus zwischen den Abteilungen rotieren?
- Ja, ich hab gesagt, was ich vorhabe, und wenn alles glatt läuft, werde ich nächstes Jahr in die Innere wechseln.
- Das wäre für mich auch noch eine Alternative. Mit der Inneren oder Anästhesie anfangen und in den Grundfertigkeiten sicher werden ...