Bildnachweis: Corel Stock

Von verblitzten Augen zum kritischen Patienten

Glubschaugen, ein aufgedunsenes Gesicht und eine merkwürdig teigige Haut: Die Symptome des Patienten passen einfach nicht zur Einsatzmeldung „verblitzte Augen“. Plötzlich entwickelt der Patient Atemnot, sein Herz rast, die Sättigung fällt auf 70 %. Das Rettungsteam muss handeln. Doch was tun ohne Diagnose?

Romy Greiner

„Kolega sieht nichts mehr“ Es ist der Morgen des 3. Oktober, ein kalter, ungemütlicher Tag. Während die Mehrheit der Deutschen sich an diesem Feiertag gerade noch einmal im Bett umdreht, steht den beiden Rettungsassistenten der Landrettungswache Pegnitz*, Kerstin Berger* und Uwe Lehmann*, ein langer Tag bevor – sie haben noch die alten 12-Stunden-Schichten. Als sie um 7 Uhr den Wagen vorbereiten, blinkt die Meldung auf dem Einsatzdisplay: „Kolega sieht nichts mehr“. „Kolega“?, denkt Berger. Die meinen wohl „Kollege“?! Aber in dieser Herrgottsfrühe, wen wundert’s …

Nur ein Krankentransport? Die Leitstelle gibt per Funk durch, es handele sich um einen Arbeitsunfall, wohl verblitzte Augen, Priorität 3. Berger und Lehmann stellen sich auf einen Krankentransport ein und fahren sofort los. Die Sonne ist noch immer nicht aufgegangen, die bewaldeten Hügel der fränkischen Schweiz zeichnen sich nur als Schatten ab. Es nieselt. Die beiden erfahrenen Rettungsassistenten überlegen, wohin sie den Patienten wohl am besten bringen. „Die nächstgelegene Augenklinik hatte nur Belegbetten“, erzählt Berger, „das wär am Feiertag zu dieser frühen Stunde nichts geworden. Deshalb haben wir uns schon im Auto entschieden, in die 40 km entfernte Augenklinik mit Ambulanz zu

*Namen und Orte geändert

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

fahren.“ Aber der Feiertag hat auch sein Gutes: Der Rettungswagen kommt ohne Probleme durch und erreicht schon nach 10 Minuten das 14 km entfernte Pottenstein.

Der Einsatzort: unübersichtlich Vor dem Bauernhaus, zu dem sie gerufen wurden, erwartet sie schon ein Mann. Er begrüßt sie in gebrochenem Deutsch mit starkem polnischen Akzent und deutet auf das Gebäude: „Kolega sieht nichts mehr!“ Mit dem Notfallkoffer im Gepäck folgen die Rettungsassistenten ihm in das Fachwerkhaus und sind froh darüber, dass er sich

„So richtig dicke Froschaugen, wie im Comic!“

hier auskennt: Es geht verschlungene, enge Flure entlang, treppauf, treppab, durch verschachtelte Gebäudeteile hindurch. Noch dazu ist es ist kaum heller als draußen, wo es eben beginnt zu dämmern. Sie brauchen 3 lange Minuten, bis sie das Zimmer im 2. Stock eines der vielen Nebengebäude erreichen. Der Geruch nach kaltem Rauch und feuchter Kleidung schlägt ihnen entgegen, noch bevor sie den Raum betreten. An der Decke des Zimmers wirft eine spartanische Glühbirne gerade genug Licht, um die überall herumliegenden Reisetaschen zu erkennen, die Einmachgläser, die 6 Betten. Einer der anwesenden Männer, etwa 40 Jahre alt, leicht übergewichtig, fällt durch seine geschwollenen, hervorgetretenen Augen auf. „So richtig dicke Froschaugen, wie im Comic!“, erinnert sich Berger. „Das hatte ich bis dahin noch nie gesehen.“ Der Patient kann die Augen zwar öffnen, sieht jedoch nichts. Die Rettungsassistenten sind sich schnell einig, dass es verblitzte Augen wohl nicht sein können. Doch die Anamnese gestaltet sich schwieriger als erwartet.

Mit Händen und Füßen „Wir hatten es offenbar mit polnischen Bauarbeitern zu tun“, so Berger. „Der Mann, der uns hereingeführt hatte, konnte ein paar Brocken Deutsch – und beherrschte damit die Sprache besser als alle anderen. Die einzigen Worte, die der Patient von sich gab, waren ‚ich sehe nichts‘. Das hatte ihm sein Kollege wohl übersetzt.“ Die Rettungsassistenten brauchen Hände und Füße, um herauszufinden, was dem Patienten wohl zugestoßen ist. Schließlich erfahren sie, dass die Männer im Tiefbau tätig sind, für den Zeitraum der Bauarbeiten kommen sie in dem Bauernhaus unter. Schweißen gehört definitiv nicht zu ihren Aufgaben – damit kommt eine Augenschädigung durch UV-Strahlung endgültig nicht infrage. Die Gruppe arbeitet schon länger zusammen, nur der Patient sei erst vor 2 Tagen dazugestoßen. Auf die Frage nach einem möglichen Trauma ist die Antwort eindeutig: „Nein, der Kollege war die ganze Zeit bei uns!“

Erste Diagnose Lehmann nimmt die Werte des Patienten: Der Blutdruck liegt bei 160 / 90, die Sättigung bei 91 %, die Herzfrequenz bei 110. Er schaut sich um, sein Blick fällt auf die Einmachgläser. Könnte es eine Anaphylaxie sein? Ein Quincke-Ödem? Dazu passen die geschwollenen Augen und die Sättigung, außerdem gibt der Patient ihnen per Zeichensprache zu verstehen, dass er schlechter Luft bekommt. Die Bauarbeiter schütteln die Köpfe, das könne nicht sein, sie hätten alle das Gleiche gegessen und ihnen gehe es ja gut! Die Essensbehälter sind leider nicht beschriftet, sie enthalten Selbstgemachtes aus Polen, vielleicht eine Gemüsepaste, Gewürzgurken sind lose in eine Plastiktüte eingewickelt. „Also so kommen wir nicht weiter“, sagt Berger, „worauf der Patient allergisch reagiert hat, lässt sich offenbar nicht klären. Ich fordere jetzt den Notarzt an und hole das restliche Material aus dem Wagen.“

Der Notarzt kommt dazu Berger sucht sich ihren Weg durch das Flurlabyrinth hinaus zum Rettungswagen. Sie lädt den Sauerstoff und das EKG aus, da trifft auch schon der Notarzt ein. Als beide gemeinsam wieder ins Haus gehen wollen, kommen ihnen Lehmann und einer der polnischen Tiefbauer entgegen. Sie haben den Patienten zwischen sich untergehakt, er kann gerade noch laufen. „Bei den Lichtverhältnissen oben konnte man einfach nicht gut versorgen“, erklärt Lehmann. „Gott sei dank ist der Patient schon unten“, entgegnet der Notarzt erleichtert – er kennt das unübersichtliche Gebäude.

Seltsame Symptome Zwischenzeitlich ist es draußen hell geworden, jetzt erst wird das Ausmaß der Gesichtsschwellung sichtbar. „Das sah aus wie ein Boxergesicht, so richtig unförmig!“, erinnert sich Berger. Der Notarzt stimmt der Diagnose der Rettungsassistenten zu: „Ja, das ist wohl eine Anaphylaxie.“ Er bittet Berger, die Infusion zusammenzubauen, das Zugangsset rauszulegen, Kortison und Fenistil aufzuziehen. Zusammen mit Lehmann hilft er dem Patienten auf die Trage und lädt ihn in den Rettungswagen. Mittlerweile hat der Pati-

„Das fühlt sich ja komisch an. Wie fertiger Kloßteig!“

ent massive Atemnot, der Herzschlag ist tachykard, der Blutdruck hyperton. Lehmann versucht, am linken Handgelenk einen Zugang zu legen, doch als er die Venenverweilkanüle in die Haut sticht, runzelt er die Stirn. „Das fühlt sich ja komisch an. Wie fertiger Kloßteig!“ Er zieht den Mandrin aus der Kanüle und ruft Berger erstaunt zu: „Schau mal, ist das nicht merkwürdig?“ Die Rettungsassistenten haben für einen kurzen Moment das Gefühl, als würde das Blut in der transparenten Kammer der Kanüle sprudeln. „Das war wirklich

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

seltsam!“, erzählt Berger. „Wir haben dann die Infusion angeschlossen, der Zugang ist aber nicht gelaufen. Also Kompresse drauf und eine andere Stelle suchen.“

Es wird kritisch Der 2. Versuch am Fuß glückt, die Infusion läuft. Dennoch zögert der Notarzt, die Medikamente zu verabreichen – auch er findet die Symptome des Patienten eigenartig. Er verordnet Sauerstoff über die Maske, die Sättigung liegt nur noch bei 70 %. Das EKG zeigt einen tachykarden Sinusrhythmus, der Blutdruck beträgt palpatorisch 120. Trotz 15 l Sauerstoff fällt die Sättigung weiter, der Patient ist kaum mehr ansprechbar, er dekompensiert. Jetzt muss der Notarzt schnell eine Entscheidung treffen: „Zur Schwerpunktklinik in Bayreuth schaffen wir‘s nicht mehr, wir fahren in das nächste chirurgische Haus!“ Das Team meldet den

„Vielleicht hat er ja einen Spannungspneumothorax?“

Schockraum an und macht sich auf den Weg zurück nach Pegnitz. „Auf der Fahrt ist das Gesicht des Patienten immer weiter zugeschwollen, ich hatte fast das Gefühl, dass er dicker wird“, erinnert sich Berger. „Noch dazu der kontinuierliche Sättigungsabfall...“ Die Situation ist jetzt kritisch, es ist höchste Zeit einzugreifen. Das Rettungsteam überlegt fieberhaft: Was könnte nur die Ursache für diese merkwürdigen Symptome sein?

Der rettende Einfall Dem Notarzt kommt eine Idee. „Vielleicht hat er ja einen Spannungspneumothorax? Wir probieren‘s, einfach mal auf Verdacht!“ Er sticht mit einer orangefarbenen Kanüle in den 2. Interkostalraum der linken Brustkorbhälfte. Es zischt deutlich. Tatsächlich steigt nach der Punktion die Sättigung auf 80 %, die Herzfrequenz fällt auf 100. Da der Rettungswagen schon kurz vor Pegnitz ist, beschließt der Notarzt, nicht zu intubieren. Als sie kurze Zeit später das Krankenhaus erreichen, übernimmt das Team der Notaufnahme den Patienten. Er erhält dort sofort eine Thoraxdrainage und wird notfallmäßig geröntgt. Das Ergebnis: eine beidseitige Rippenserienfraktur, 3 gebrochene Rippen auf der rechten und 4 auf der linken Seite. Und: ein Spannungspneumothorax links. Der Notarzt hatte mit seiner Vermutung richtig gelegen, obwohl er nichts von einem Trauma erfahren hatte. Warum nur hatte sich der Patient nicht mitgeteilt? Wenigstens seinen Kollegen gegenüber?

Die Auflösung „Es war eine polnische Krankenschwester, die uns diese Frage schließlich beantworten konnte“, erzählt Berger. „Sie hatte zufällig gerade Dienst.“ Ihr vertraut sich der Patient an, als er nach der Thoraxdrainage wieder besser Luft bekommt. Er habe gestern nach ein paar Bier nachts zur Toilette gemusst und sich in diesem verwinkelten Haus nicht zurecht gefunden, mit all diesen Zwischentreppen! Da sei er eben ein paar Stufen hinuntergefallen, vielleicht 6 oder 7… Und weil die Kollegen ihn, den Neuen, eh schon auf dem Kieker hatten, habe er niemandem davon erzählt. Berger: „Das muss etwa um Mitternacht gewesen sein. Deshalb hat sich bis zum nächsten Morgen so viel Luft unter seiner Haut sammeln können, dass ein Hautemphysem entstand. So erklärt sich das sprudelnde Blut in der Venenverweilkanüle, die teigige Haut, das zugeschwollene Gesicht.“

Ein guter Ausgang Dem Patienten geht es bald besser: Schon nach 3 Tagen wird er aus dem Krankenhaus entlassen. Er kehrt aber nicht zu seinen Arbeitskollegen in das Bauernhaus zurück, sondern wird von seinen Angehörigen abgeholt und in Polen weiter behandelt.

Im Rückblick Nach dem Einsatz ist das Rettungsteam erleichert. „Das ist noch mal gut ausgegangen“, sagt Berger. „Dabei hatte der Notarzt auf der Fahrt nach Pegnitz kein Fünferle mehr auf den Patienten gegeben!“ Sie ist noch immer überrascht, wie er auf den Verdacht „Spannungspneumothorax“ kam. „Wir hatten ja keinen Hinweis auf ein Trauma – weder vom Patienten noch von seinen Kollegen. Auch Prellmarken gab es nicht. Oder eine paradoxe Atmung. Nichts, was auf einen Spannungspneumothorax hingewiesen hätte. Allerdings“, fügt sie hinzu, „hat irgendwie auch keiner auf den Brustkorb gedrückt.“ Im Nachhinein ärgert sie sich ein wenig über sich selbst. „Da bläust du deinen Schülern immer das ABC-Schema ein, und dann machst du‘s selber nicht. Jetzt mache ich bei unklaren Sachen auf jeden Fall einen Bodycheck!“ Aber die Einsatzmeldung, die „verblitzten Augen“, hätten die Aufmerksamkeit der Rettungsassistenten stark auf die Anamnese gelenkt. „Mit all den Sprachproblemen haben wir so wertvolle Zeit verplempert. Heute bin ich den Einsatzmeldungen gegenüber kritischer – und nehme, egal was angekündigt wird, immer Sauerstoff mit!“ Das nächste Mal, fügt Berger hinzu, würde sie bei Sprachschwierigkeiten außerdem früher jemanden hinzuziehen, der die Landessprache beherrscht. Denn eine bessere Kommunikation hätte geholfen, schneller zur korrekten Diagnose zu kommen – und dann wären die „verblitzten Augen“ vermutlich tatsächlich ein Krankentransport geblieben.

Beitrag online zu finden unter http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-102546

Spannende Einsätze

Hatten auch Sie einen außergewöhnlichen Einsatz? Ob positiv oder negativ – in *retten!* können Sie davon erzählen und Ihre Kollegen am konkreten Beispiel lernen lassen. Sie erreichen die Redaktion unter 0711/8931-652 oder unter retten@thieme.de.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Wenn Worte meine Sprache wären ...

Ein Kommentar von Dr. Sönke Müller

Verständigungsprobleme „Wenn Worte meine Sprache wären ...“ – eigentlich der Songtext eines Liebesliedes von Tim Bendzko – im Rettungsdienst aber ein nicht seltener Wunsch, sich mit einem Patienten irgendwie verständigen zu können.

Wunschpatient Wie einfach ist es doch, wenn wir einen Patienten vor uns haben, der uns kurz, knapp und sachlich seine Symptome schildert, die Verdachtsdiagnose schon parat hat („Ich hatte schon 2 Herzinfarkte, heute ist der Schmerz wieder genauso“), die letzten Arztberichte in Kopie auf dem Tisch bereit gelegt hat (KHK, 3-Gefäßerkrankung, Z. n. STEMI am ...), die ersten Therapieversuche schon unternommen hat („Ich habe schon 2 Hub Nitro genommen, hat aber nichts genutzt“) und uns seine Zielklinik nennt („Ich bin Patient bei Prof. XY in der Medizinischen Klinik“). Wie schnell könnten wir dann unsere Aufgaben zielgerecht erledigen, Therapiealgorithmen ablaufen lassen und uns nach dem Einsatz zufrieden zurücklehnen, nach dem Motto „wieder mal alles richtig gemacht“. Das ist aber nur ein kleiner Teil unseres Berufsalltages. Sehr viel häufiger ist uns die Sprache als Mittel der Anamnese verwehrt: Viele Patienten können nicht verständlich wiedergeben, was ihnen fehlt.

Tabelle 1 SAMPLER-Schema	
SAMPLE	***S**ymptome*
	***A**llergien*
	***M**edikation*
	***P**atientengeschichte*
	***L**etzte Nahrungsaufnahme*
	***E**reignisse in Bezug auf den Notfall*
	***R**isikofaktoren*

Anamnese, Anamnese und nochmals Anamnese Vor der Therapie muss bekanntermaßen die Diagnose stehen, vor der Diagnose das systematische Erheben der Krankheits- und Krankengeschichte. Dabei ist

- die Eigenanamnese das Ergebnis der Befragung des Patienten,
- die Fremdanamnese das Ergebnis der Befragung aus dem Umfeld,
- die Medikamentenanamnese das Abfragen der Dauer- und der Bedarfsmedikation des Patienten.

Das Sample-Schema im Rettungsdienst versucht, die Anamneseerhebung zu systematisieren (Tab. 1).

Der nächste Schritt zur Diagnose Neben den Befunden, die durch die Anamnese erhoben werden können, kommt der körperlichen Untersuchung die höchste Priorität zu. Auch hier kann man verschiedene Schemata anwenden, z. B. das ABCDE-Schema (Tab. 2).

Viele Fallstricke Wozu die ganze Vorrede? Weil im geschilderten Fall der rettende Einfall wohl fast zu spät gekommen wäre und er nicht als rettender Einfall hätte kommen müssen, sondern als Ergebnis einer systematischen körperlichen Untersuchung. Falsche Verdachtsdiagnose auf dem Melder, Unmöglichkeit der Anamneseerhebung bzw. sogar Fehlinformationen (Verschweigen) durch den Patienten, widrige und schwierige äußere Umstände (zeitlich, räumlich, lichtmäßig), eine erste – falsche – Arbeitshypothese (Allergie) führen im geschilderten Fall zum Gesamtbefund „seltsame Symptome“. Als man den Patienten fast aufgegeben hat, der rettende Einfall – und Gott sei Dank der richtige!

Schemata abarbeiten Warum auf den rettenden Einfall warten? Schemata abarbeiten hilft sicherer! Hat jemand die Lunge sorgfältig abgehört? Vielleicht sogar 2-mal (zunächst der RA, später der Notarzt?). In dem Einsatzbericht steht nichts darüber, und wahrscheinlich war hier auch der Schwachpunkt der Diagnostik. Ein gründliches Abhören der Lunge hätte wegweisende Informationen erbringen können, nicht nur hinsichtlich der wahrscheinlich unterschiedlichen Belüftung der Lunge. Evtl. hätten das Untersuchen des Thorax Schmerzen provoziert, die das Trauma hätte zu Tage bringen können. Lassen Sie einen Patienten mit insgesamt 7 gebrochenen Rippen mal tief durchatmen, perkutieren Sie seinen Thorax: Er wird seinen Schmerz nicht verbergen können.

Tabelle 2 ABCDE-Schema	
ABCDCE	***A**irway (Atemweg frei machen)*
	***B**reathing (Atmung, Belüftung)*
	***C**irculation (Puls, lebensbedrohliche Blutungen)*
	***D**isability (neurologischer Status)*
	***E**xposure (entkleiden)*

Fazit Schemata und Richtlinien sollen dazu dienen, gerade in unklaren Fällen, bei seltsamen Symptomen und bei widrigsten Umständen Licht ins Dunkel der Diagnose zu bringen. Im Alltag und da „draußen“ mit einem nicht verständlichen Fremden müssen wir das tun, was wir immer können, unabhängig von Sprache, Kultur und Alter des Patienten: Sehen, Hören, Fühlen.

Dr. Sönke Müller ist als hausärztlicher Internist in Neckargemünd niedergelassen. Neben seiner Praxistätigkeit arbeitet er als Notarzt im regionalen Rettungsdienst. Er ist Mitherausgeber von retten!.
E-Mail: Soenke.Mueller@t-online.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.