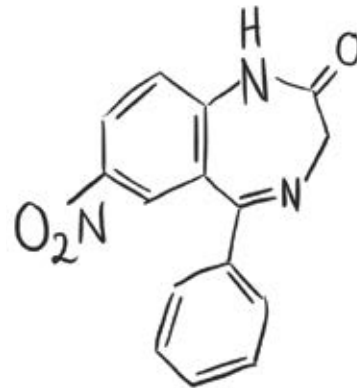
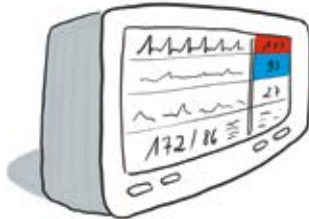




Robert Bosch
Stiftung



Gemeinsam besser werden für Patienten

Sternstunden interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

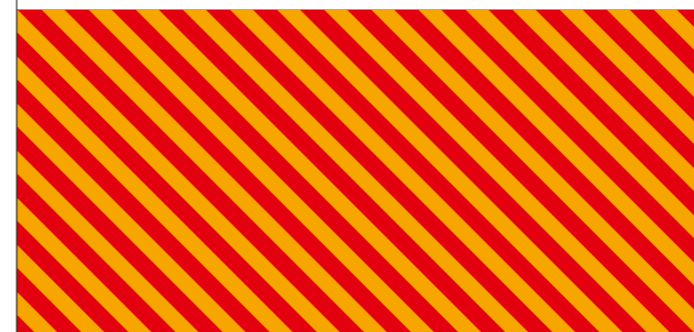
(Un-)wahre Patientengeschichten aus dem Leben



Sternstunden interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

(Un-)wahre Patientengeschichten aus dem Leben

Matthias Joswig, Irina Cichon, Thorsten Schäfer (Hg.)



In dieser Publikation wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit
meist die männliche oder die neutrale Form verwendet.
Dies schließt immer Personen jeden Geschlechts ein.

Mitwirkende Autorinnen und Autoren
(in alphabetischer Reihenfolge)



Prof. Dr. Renate Adam-Paffrath
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Eva Bibrack, M. Ed.
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
Technische Universität Dresden

Dr. Sebastian Bode
Universitätsklinikum Freiburg

Christoph Bohne, M. A.
Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Dr. Benigna Brandt
Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Celine Eckhardt, Auszubildende
Hephata Ergotherapieschule Fokus gGmbH, Cölbe

Dr. Hanno Grahn
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Matthias Grünewald, Dipl.-Pflegepäd.
Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. Dr. Andreas H. Guse
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Leyla Güzelsoy
Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität

Marietta Handgraaf, Dipl.-Medizinpäd.
Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Dr. Elisa Haucke
Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle
(Saale)

Marcel Jäger, Praxisanleiter
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
Technische Universität Dresden

Matthias Joswig, M. Sc.
Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum

Charlotte Krohne, Dipl.-Berufspäd.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Christiane Luderer
Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle
(Saale)

Prof. Dr. Kerstin Lüdtke
Sektion Medizin, Universität zu Lübeck

Christiane Ludwig, Ärztin
Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle
(Saale)

Dr. Sonja Mohr
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Alex Mommert
Sektion Medizin, Universität zu Lübeck

Heike Penner, M. Sc.
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Stephanie Peters, M. A.
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Tim Peters
Department für Pflegewissenschaft,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Dr. Telja Pursche
Krankenhaus Düren gem. GmbH

Viola Rein, Auszubildende
Hephata Ergotherapieschule Fokus gGmbH, Cölbe

Prof. Dr. Thomas Rothhoff
Medizinische Fakultät, Universität Augsburg

Carolin Rüber, Ärztin
Betriebsstätte St. Marien, GFO Kliniken Bonn

Marco Sander, M. A.
Sektion Medizin, Universität zu Lübeck

Lena Schendel, B. A.
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf; Medizinische Fakultät,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Sascha Sommer
Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Nele Stejskal, B. Sc.
Sektion Medizin, Universität zu Lübeck

Christine Straub, M. A.
Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
Alice Salomon Hochschule Berlin

Dr. Daniel Tolks
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Birgit Wershofen, MScN
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Bärbel Wesselborg
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Prof. Dr. Stefan Wilm
Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Inhalt

07	Vorwort
08	Der Zustand des Herrn Witt
10	RSV Bronchiolitis
12	Das Verdachtsmoment
14	Was ist nur mit Frau Kammann los?
18	Kenntnisstände
20	Fehlende Medikamente
22	Intensiv
24	Der sorglose Umgang mit Herrn Ohnesorge
28	Die Bronchoskopie
30	Eine Herzensangelegenheit
32	Der Juckreiz
34	Mobilisation unter Schmerzen
36	Die Akte
38	Kommunikationskrise im Kreißsaal
40	Gedankenblasen
42	Die Therapiezieländerung
44	Folgen einer Medikamentenumstellung
46	Ungenügende Überwachung wegen fehlender Weitergabe einer Verdachtsdiagnose
48	Das Leiden der Frau Krause
52	Die PEG-Anlage
56	Stroke-Unit
58	Der lange Weg zur interprofessionellen Ausbildung
60	Impressum



Vorwort

Im Gesundheitswesen arbeiten Angehörige vieler unterschiedlicher Berufsgruppen – im Idealfall zusammen. Der gesellschaftliche Wandel, die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden Veränderungen des Krankheitsspektrums mit einem Anstieg von chronischen und Mehrfacherkrankungen bringen neue Herausforderungen und Versorgungsprozesse mit sich, die zukünftig vermehrt professionsübergreifend koordiniert werden müssen und deren Bewältigung nur in guter Kooperation gelingen kann. Im Kontext der adäquaten Vorbereitung auf die kommenden Anforderungen an die Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Disziplinen und Professionen gewinnen die interprofessionelle Lehre und das interprofessionelle Lernen im Gesundheitswesen stetig an Bedeutung. So spricht sich u. a. der Wissenschaftsrat für eine Verstärkung der interprofessionellen Ausbildung aus.¹ Er empfiehlt, „[...] in einigen ausgewählten Veranstaltungen vor allem eine Vernetzung human- und zahnmedizinischer Studiengänge mit pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen vorzunehmen“.²

Kooperation im Gesundheitswesen ist keine Neuerung. Allerdings stellt sich die Frage, wie die alltägliche Zusammenarbeit in unseren Krankenhäusern und Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Langzeitpflege tatsächlich funktioniert. Wie erleben die Patienten und ihre Angehörigen diese Zusammenarbeit Tag für Tag? Wie wirkt sich Kooperation – ob schlecht oder gut – auf Heilungs- und Versorgungsprozesse aus? Und das Wichtigste vielleicht: Wie oft stellen wir uns selbst diese Fragen?

Dieser Sammelband enthält Geschichten aus dem weiten Feld der Gesundheitsberufe und thematisiert die interprofessionellen Beziehungen der Akteure. Lehrenden und Lernenden aller am Gesundheitswesen beteiligten Berufe soll dieser Band als Quelle für Gedankenanstöße dienen. Dabei werden die Geschichten zweimal erzählt: einmal mit mehr oder weniger unglücklichem, einmal mit glücklicherem Verlauf. Aber lesen Sie selbst:

„Letzte Woche hatten wir auf Station so eine Situation ...“

So oder ähnlich beginnen häufig Erzählungen unter Kollegen, in denen Erfahrungen aus dem Berufsalltag weitergegeben werden. Manchmal wird von einem merkwürdigen Verhalten, von einer nicht nachvollziehbaren Bemerkung oder von wirren Äußerungen der Kollegen berichtet. Vielleicht ist auch bei der Entlassung des Patienten wieder etwas nicht ganz rundgelaufen oder es wird sich erneut über das falsch ausgestellte Rezept beschwert. Oft haben viele Geschichten eine Gemeinsamkeit: Irgendetwas ist bei der Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen nicht wie gewünscht verlaufen.

Mit dem Band „Sternstunden interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ möchten wir Angehörigen aller beteiligten Berufe des Gesundheitswesens interprofessionelle Erfahrungen und Berichte von Kollegen aus dem gesamten Bundesgebiet zur Verfügung stellen. Die Geschichten sind dabei vom Arbeitsalltag inspiriert, aber natürlich rein fiktiv und der Anschaulichkeit halber teilweise etwas überzeichnet. Unser besonderer Dank gilt den mitwirkenden Autorinnen und Autoren. Auf die Zuordnung zu ihren Geschichten wurde aus Gründen der Anonymität verzichtet.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre und der Entdeckung potenzieller „Sternstunden“ im eigenen Arbeitsalltag.

Matthias Joswig

Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Medizinische Lehre

Irina Cichon

Robert Bosch Stiftung, Themenbereich Gesundheit

Prof. Dr. Thorsten Schäfer

Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Medizinische Lehre

¹ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Köln 2012, S. 92 – 94.

² Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge, Dresden 2014, S. 46.

Der Zustand des Herrn Witt



Herr Witt, Anfang 70, wird mit immer wiederkehrenden unklaren Synkopen auf die Herzstation aufgenommen. Nachdem er auf dem Weg zur Toilette aufgrund des plötzlichen Kräfteverlustes eingenässt hat, wird ihm Bettruhe verordnet und die Überwachung mittels Monitor veranlasst.

Zur Abklärung der Ursache wird von den Ärzten folgendes Prozedere eingeleitet: Die beschriebenen Beschwerden lassen eine große Breite an Differenzialdiagnosen zu. Sowohl eine kardiologische (koronare Herzkrankheit, Rhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen) als auch eine neurologische (Krampfanfall) Genese erscheinen plausibel. Der körperlichen Untersuchung folgt eine kardiologische Abklärung mittels transthorakaler Echokardiografie, eines Langzeit-EKGs und einer Koronarangiografie. Auf Anraten des neurologischen Konsiliarius werden eine Computertomografie des Kopfes und ein EEG angefertigt. Nebenbefundlich zeigt sich eine Anämie, die auch eine mögliche Erklärung für die rezidivierende Bewusstlosigkeit darstellen könnte und einer endoskopischen Abklärung mittels Gastroskopie und Koloskopie bedarf.

Die zuständige Pflegende will Herrn Witt im morgendlichen Stationsablauf bei der Körperpflege unterstützen, da er diese alleine nicht durchführen darf.



„Morgen, Herr Witt. Ich komme, um Ihnen beim Waschen zu helfen. Alles klar?“

Herr Witt wirkt betrübt, schlapp und reagiert zunächst kaum.

„Kommen Sie, Herr Witt, setzen Sie sich mal vorsichtig auf. Ich hol schon mal die Waschschüssel und Handtücher.“ Als die Pflegende zurückkommt, liegt Herr Witt weiterhin im Bett.

„Was ist denn los, Herr Witt?“

Ohne eine Antwort abzuwarten, hilft die Pflegende Herrn Witt, sich aufzusetzen, und gibt ihm den Waschlappen in die Hand. Herr Witt beginnt damit, sich sehr langsam und kraftlos das Gesicht zu waschen. Die Pflegende versucht ihn zu motivieren. Nach einiger Zeit nimmt sie den Waschlappen selbst in die Hand und wäscht den Oberkörper des Patienten. Herr Witt kämpft mit den Tränen.

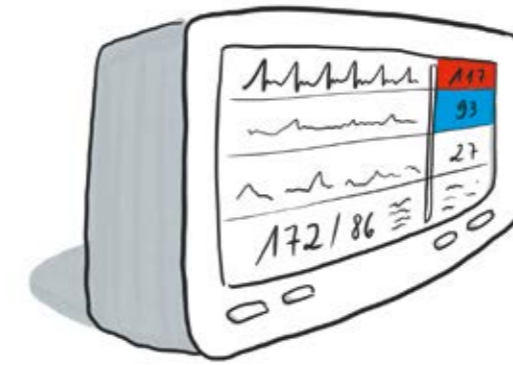
„Nun seien Sie mal nicht so traurig, Herr Witt. Ist doch kein Problem. Ich mach das eben für Sie. Sie müssen doch auch bald los zu der Untersuchung. Bekommen Sie denn heute noch Besuch?“

Daraufhin beginnt Herr Witt heftig zu schluchzen. **„Mein Bruder ist vor ein paar Monaten gestorben. Ich war immer für ihn da. Ich musste ja ...“** Die Pflegende fasst ihn an der Schulter an und versucht, ihn zu beruhigen.

„Das wird schon, Herr Witt. Nun schauen wir erst mal, dass die Untersuchungen alle gut verlaufen, und dann sehen wir weiter.“

Die Pflegende übernimmt die Körperpflege und verabschiedet sich: **„Nun ruhen Sie sich noch einen Moment aus, Herr Witt, bevor es dann nachher losgeht zur Koronarangiografie.“** Die Untersuchung bleibt zunächst ergebnislos. Am Mittag übergibt die Pflegende den Patienten an den Spätdienst: **„Herr Witt ist nicht gut drauf, irgendwie quakig. Guck doch mal ...“**

Am Nachmittag folgt die nächste Untersuchung.



Herr Witt, Anfang 70, wird mit immer wiederkehrenden unklaren Synkopen auf die Herzstation aufgenommen. Nachdem er auf dem Weg zur Toilette aufgrund des plötzlichen Kräfteverlustes eingenässt hat, wird ihm Bettruhe verordnet und die Überwachung mittels Monitor veranlasst. Die Pflege des Patienten wird überwiegend übernommen. Von den Pflegenden wird der Patient als deprimiert und teilweise etwas anstrengend wahrgenommen.

Zur Abklärung der Ursache wird von den Ärzten zunächst das folgende Prozedere geplant:

1. Transthorakale Echokardiografie, Langzeit-EKG und Koronarangiografie zum Ausschluss einer kardiologischen Genese (koronare Herzkrankheit, Rhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen)
2. Computertomografie des Kopfes und ein EEG zum Ausschluss einer neurologischen Genese
3. Endoskopie (Gastroskopie und Koloskopie) bei Anämie

Am zweiten Tag erfolgt auf der Herzstation ein gemeinsames Aufnahmegespräch von Pflegenden und Ärzten zur Erfassung aller relevanten Informationen und der Anamneseerstellung. Vor dem Patientenzimmer tauschen sich Pflegende und Stationsärztin kurz aus. **„Na, dem Herrn Witt geht's ja nicht gerade gut. Der ist ganz schön belastet.“** **„Ja, da müssen wir mal gucken, was wir da machen können.“**

Im Patientenzimmer begrüßen die beiden Herrn Witt und stellen sich vor. Sie erklären, dass sie noch ein paar weitere Informationen sammeln müssen, und setzen sich zu dem Patienten ans Bett.

„Wie geht es Ihnen, Herr Witt?“

„Ach, ich weiß auch nicht. Dieses Herz macht mir schon zu schaffen. Ich kann ja nicht einmal mehr alleine auf die Toilette gehen. Schrecklich ist das.“ Herr Witt beginnt zu weinen.

„Herr Witt, ich kann Ihre Sorge gut verstehen. Aber wir schauen ja heute Nachmittag, warum Ihnen immer wieder so schwindelig wird. Bis wir die Ursache beheben können, unterstützen wir Sie hier.“

Herr Witt beruhigt sich ein bisschen.

Im weiteren Verlauf des Gespräches wird im Rahmen der Anamneseerhebung die familiäre Situation des Patienten angesprochen. Daraufhin fängt Herr Witt erneut an zu weinen und schluchzt heftig. Puls und Blutdruck schnellen in die Höhe. Herr Witt schildert stockend und unter Tränen, dass sein Bruder vor einigen Monaten gestorben ist.

„Ich war immer für ihn da. Ich musste ja ...“

Die Stationsärztin und die Pflegende erfragen vorsichtig die Umstände bzw. die Situation mit dem verstorbenen Bruder und erfahren, dass Herr Witt sich zeit seines Lebens um seinen behinderten Bruder hatte kümmern müssen, dafür jedoch von seinen Eltern wenig Anerkennung oder Unterstützung erfahren hat. Die familiäre Situation belastet den Patienten sehr. Als sich der Patient ein wenig beruhigt hat, entscheiden die Ärztin und die Pflegende, das Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen.

Zurück im Stationszimmer besprechen sich die beiden kurz. **„Hast du die Frequenz und den Druck gesehen, als er so geweint hat?“** **„Ja, wir müssen zusehen, dass er sich beruhigt und mit seiner Familie und seiner Angst nicht mehr so belastet ist. Auf jeden Fall sollten wir ein psychiatrisches Konsil zur Unterstützung anmelden.“** Am Nachmittag findet zunächst ein Gespräch zwischen einer Psychologin und Herrn Witt statt. Über das weitere Prozedere wird danach entschieden.

RSV Bronchiolitis



Ein ehemaliges Frühgeborenes der 24. Schwangerschaftswoche mit milder bronchopulmonaler Dysplasie wurde im Alter von korrigiert 4,5 Monaten nachts in der Notfallambulanz einer universitären Kinderklinik von seinem sehr besorgten Vater vorgestellt. Seit drei Tagen habe sein Sohn einen Infekt der oberen Luftwege mit etwas Rhinitis, seit dem Abend nun jedoch vermehrt produktiven Husten.

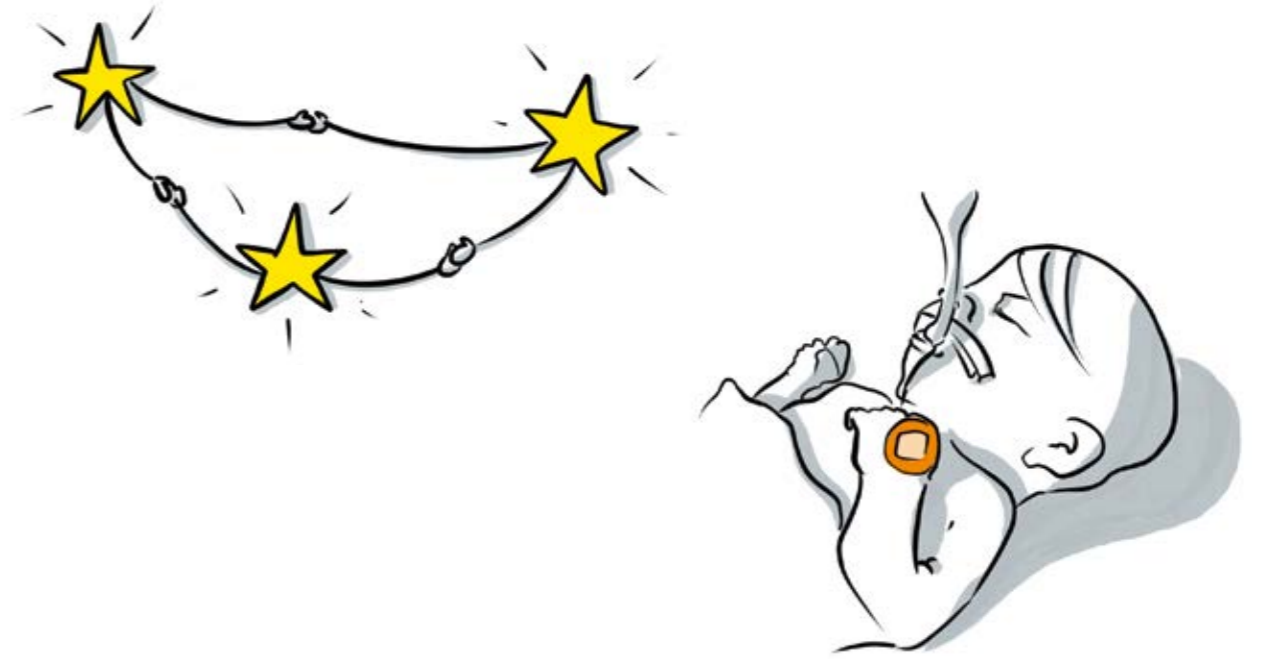


Die diensthabende Kinderkrankenschwester erhob die Vitalparameter. Es zeigte sich ein regelrechter Blutdruck, eine Tachydyspnoe von 54 Atemzügen/min und eine transkutan gemessene Sauerstoffsättigung von 88 %. Fieber bestand nicht. Der diensthabende Arzt schaute schnell in das Ambulanzzimmer und ordnete eine Sauerstoffvorlage an.



Eine Stunde später stellte der diensthabende Arzt eine zunehmende Tachydyspnoe mit einer Atemfrequenz von mittlerweile 72 Atemzügen/min fest, woraufhin die Sauerstoffgabe auf 5 l/min erhöht wurde. In der Auskultation fanden sich fortgeleitete Rasselgeräusche bei Rhinitis sowie ein verlängertes Expirium und Giemen pulmonal. Nach Inhalation mit Salbutamol und NaCl besserte sich der Zustand zunächst. Die von der Kinderkrankenschwester durchgeführte kapilläre Blutgasanalyse zeigte eine deutliche Hyperkapnie. Obwohl der Patient eine Prophylaxe mit Palivizumab erhalten hatte, konnte mittels Rachenabstrich RSV (Respiratory Syncytial Virus) nachgewiesen werden. Da auf der Säuglingsstation kein Bett mehr vorhanden war, musste der Patient auf die benachbarte Großkinderstation aufgenommen werden. Die Pflegefachkräfte der neonatologischen Station wurden nicht weiter hinzugezogen.

Unter fortgeführter Sauerstoffgabe, welche bis auf 10 l/min gesteigert werden musste, nahm die Tachydyspnoe zu und der Patient erschöpfte sich respiratorisch, sodass er in den frühen Morgenstunden notfallmäßig auf die Intensivstation verlegt werden musste. Die Eltern blieben in der Notfallsituation allein auf Station zurück und konnten ihren Sohn erst Stunden später, intubiert und beatmet, wiedersehen. Erst dort erhielten sie vom Team der Intensivstation weitere Informationen.



Ein ehemaliges Frühgeborenes der 24. Schwangerschaftswoche mit milder bronchopulmonaler Dysplasie wurde im Alter von korrigiert 4,5 Monaten nachts in der Notfallambulanz einer universitären Kinderklinik von seinem sehr besorgten Vater vorgestellt. Seit drei Tagen habe sein Sohn einen Infekt der oberen Luftwege mit etwas Rhinitis, seit dem Abend nun jedoch vermehrt produktiven Husten.

Die diensthabende Kinderkrankenschwester erhob die Vitalparameter. Es zeigte sich ein regelrechter Blutdruck, eine Tachydyspnoe von 54 Atemzügen/min und eine transkutan gemessene Sauerstoffsättigung von 88 %. Fieber bestand nicht.

Gemeinsam mit dem sofort informierten diensthabenden Arzt wurde zunächst eine Sauerstoffgabe mit 1 l/min begonnen, darunter stabilisierten sich die Sättigungswerte. In der Auskultation fanden sich fortgeleitete Rasselgeräusche bei Rhinitis sowie ein verlängertes Expirium und Giemen pulmonal. Es bestanden ausgeprägtes Nasenflügeln, juguläre und subkostale Einziehungen sowie Schaukelatmung. Nach Inhalation mit Salbutamol und NaCl besserte sich der Zustand. Die von der Kinderkrankenschwester durchgeführte kapilläre Blutgasanalyse zeigte eine deutliche Hyperkapnie.

Obwohl der Patient eine Prophylaxe mit Palivizumab erhalten hatte, konnte mittels Rachenabstrich RSV (Respiratory Syncytial Virus) nachgewiesen werden. Da auf der Säuglingsstation kein Bett mehr vorhanden war, musste der Patient auf die benachbarte Großkinderstation aufgenommen werden.

Gemeinsam mit dem Team der neonatologischen Station und der pädiatrischen Intensivstation wurde dort eine atemunterstützende Therapie mittels High-Flow etabliert (was für diese Station nicht typisch ist). Die Hyperkapnie war rasch senkbar, und der Patient stabilisierte sich.

Es fand jederzeit eine enge Absprache des Teams der Neonatologie und der Großkinderstation, gemeinsam mit den Eltern, statt. Eine Verlegung auf die Intensivstation war nicht erforderlich, der Vater konnte während des gesamten stationären Aufenthaltes bei seinem Sohn bleiben.



Das Verdachtsmoment



Die adipöse 81-jährige Frau K. wird nach einem Sturzereignis mit einer Oberschenkelhalsfraktur notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen. Der chirurgische Eingriff verläuft ohne Komplikationen. Allerdings zeigt sich die Patientin postoperativ persistierend psychisch verwirrt. Zudem kommuniziert Frau K. verbal nur mit rudimentären Ein- bis Zwei-Wort-Aussagen wie „Durst“ oder „Klo, bitte“. Darüber hinausgehende Kommunikation ist auch einige Tage später noch nicht möglich. Frau K. erlebt deutlichen Leidensdruck und weint häufig.

Aus der Spracheinschränkung in Kombination mit der psychischen Instabilität wird ein Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung abgeleitet. Da es keine unmittelbar verfügbare soziale Unterstützung zu geben scheint, stellt sich der Stationsärztin die Frage nach den Lebensumständen der Patientin. Sollte sich ihr Zustand nicht deutlich verbessern, wäre Frau K. dauerhaft nicht in der Lage, ihren Alltag allein zu bewältigen.

Die Wundheilung schreitet nur langsam voran. Daher verlängert sich der Krankenhausaufenthalt in der chirurgischen Abteilung. Die Patientin zeigt sich fortdauernd verwirrt und zunehmend stärker affektiv belastet. Frau K. ist verzweifelt, vor allem, wenn das Personal der Station sie nicht versteht. Belegbare anamnestiche Informationen kann Frau K. in diesem Zustand auch nicht geben. Die Stationsärztin ordnet eine kraniale computertomografische Bildgebung an.



Im CT zeigen sich Läsionen in frontotemporalen Bereichen der Hirnrinde, die die Stationsärztin als Beweis für ihren Demenzverdacht interpretiert. Sie diagnostiziert somit endgültig eine demenzielle Entwicklung im mittleren Stadium.

Während die Wundheilung voranschreitet, ändert sich an der funktionellen sprachlich-kognitiven und psychischen Lage von Frau K. nichts. Strukturierte Kommunikation ist über die Vermittlung von Basisbedürfnissen hinaus mit ihr unmöglich. Auskunft über ihre Lebensumstände kann sie weiterhin nicht geben. Im Gegenteil, ihre Verwirrheitszustände nehmen deutlich zu. Sie ist agitiert und beginnt, sich dem Pflegepersonal zu widersetzen. Da sie auch weiterhin keinen Besuch erhält, fehlt es ihr offenbar an jeder sozialen Unterstützung.

Einen Tag vor der Entlassung schaltet die Stationsärztin den Sozialdienst ein, den sie darüber informiert, dass eine bei fortgeschrittener demenzieller Entwicklung dauerhaft psychisch verwirrte und depressive Patientin auf keinen Fall nach Hause entlassen werden dürfe. Dem Sozialdienst ist es möglich, über das Telefonbuch die Telefonnummer von Frau K. in Erfahrung zu bringen. Trotz wiederholter Anrufe meldet sich dort niemand. Parallel dazu versucht der Sozialdienst, kurzfristig noch einen Platz in einem Seniorenheim zu arrangieren. Frau K. ist zwar noch in keinen Pflegegrad eingestuft, der Sozialdienst versichert dem Seniorenheim aber, dass dies nur eine Formsache sei. Dann geht der Sozialdienst zu Frau K., um ihr Einverständnis zur Unterbringung im Seniorenheim einzuholen. Frau K. scheint zwar nicht umfänglich zu verstehen, worum es geht, dennoch unterschreibt sie die Einverständniserklärung. Schon allein deswegen, damit sie sich nicht länger der schwierigen und belastenden Kommunikationssituation mit der Mitarbeiterin des Sozialdienstes aussetzen muss.

Am nächsten Tag wird Frau K. in das Seniorenheim überführt.



Die adipöse 81-jährige Frau K. wird nach einem Sturzereignis mit einer Oberschenkelhalsfraktur notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen. Der chirurgische Eingriff verläuft ohne Komplikationen. Allerdings zeigt sich die Patientin postoperativ persistierend psychisch verwirrt. Zudem kommuniziert die Patientin verbal nur mit rudimentären Ein- bis Zwei-Wort-Aussagen wie „Durst“ oder „Klo, bitte“. Darüber hinausgehende Kommunikation ist auch einige Tage später noch nicht möglich. Frau K. erlebt deutlichen Leidensdruck und weint häufig.

Aus der Spracheinschränkung in Kombination mit der psychischen Instabilität wird ein Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung abgeleitet. Da es keine unmittelbar verfügbare soziale Unterstützung zu geben scheint, stellt sich der Stationsärztin die Frage nach den Lebensumständen der Patientin. Sollte sich ihr Zustand nicht deutlich verbessern, wäre Frau K. dauerhaft nicht in der Lage, ihren Alltag allein zu bewältigen.

Die Wundheilung schreitet nur langsam voran. Frau K. wird zur Weiterbehandlung in die Geriatrie verlegt, wo am Tag danach mit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung begonnen wird. Das heißt, dass über die ärztliche Behandlung hinaus aktivierende Pflege und therapeutische Maßnahmen erfolgen. Auch der Sozialdienst des Krankenhauses wird sich Frau K. gezielt widmen.

Im Rahmen des geriatrischen Eingangsassessments wird seitens der Physiotherapie zunächst die Mobilität erhoben. Die nach der Hüft-OP zu erwartenden Rehabilitationsbedarfe bestätigen sich. Danach erfolgt das sprachlich-kognitive Screening durch die Logopädie. Bereits im einführenden Gespräch zeigt sich der Logopädin, dass das Sprachverständnis von Frau K. in Gänze gegeben ist. Die verbalen Antworten von Frau K. sind demgegenüber limitiert und unflüssig. Sie findet die richtigen Worte nur mit erkennbarer Anstrengung. Dabei gelingt es ihr zwar nicht, ganze Sätze zu bilden, mit ihren Entgegnungen, die sie auf diese eingeschränkte Weise formuliert, antwortet sie jedoch durchgehend sinnvoll und gut nachvollziehbar auf die Nachfragen der Logopädin. Auf diese Weise ist sogar die Durchführung eines standardisierten kognitiven Screenings möglich.

Es zeigt sich ein dem hohen Alter entsprechender kognitiver Status. Der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung erhärtet sich somit nicht. Vielmehr vermutet die Logopädin eine Aphasie. Im Assessment der Ergotherapie gibt Frau K. zu verstehen, dass sie ihren Alltag inklusive instrumenteller Aktivitäten wie Einkauf, Haushaltsführung usw. bislang gänzlich selbstständig bewältigen konnte.

Im weiteren Verlauf der Frührehabilitation führt die Logopädin eine vertiefende Aphasiediagnostik durch. Dabei bestätigt sich, dass Frau K. einen sogenannten broca-formen Typ der Aphasie hat, der durch einen sehr eingeschränkten Satzbau mit einem syntaktisch stark reduzierten Telegramm- bzw. SMS-artigen Ausdruck gekennzeichnet ist. Sie kann keine kompletten Sätze bilden, ist aber ansonsten vollkommen in der Lage, zu verstehen und im Rahmen ihrer grammatikalischen Grenzen auch lautsprachlich zu kommunizieren. Seitens der Neuropsychologie wird ergänzend eine Demenzdiagnostik durchgeführt, die ohne Befund bleibt. Es liegt somit eine isolierte Aphasie vor. Der vorliegende Demenzverdacht ist damit bereits klinisch widerlegt, ohne dass sich Frau K. einer belastenden kranialen computertomografischen Bildgebung unterziehen muss.

Im weiteren Verlauf stabilisiert sich ihre psychische Lage. So kann Frau K. nun auch Angaben zu ihrer sozialen Situation machen. Vor fünf Jahren erlitt sie einen Schlaganfall, der zu der Aphasie führte. Sie lebt allein und selbstständig in ländlicher Struktur mit unterstützendem nachbarschaftlichem Umfeld. Die selbstständige Lebensführung kommuniziert Frau K. auch deutlich als ihr individuelles Rehabilitationsziel. Das Team der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung hält dies angesichts der großen Fortschritte, die Frau K. gemacht hat, für realistisch.

Zum Ende der Frührehabilitation hat sich der Sozialdienst um eine anschließende stationäre geriatrische Rehabilitation in einer Reha-Klinik gekümmert, um Mobilisation, Kraftaufbau und Gewichtsabnahme fortzusetzen. Von der Reha-Klinik aus sollen schließlich auch nachsorgende Maßnahmen in die Wege geleitet werden, um Frau K. in ihrem häuslichen Umfeld dabei zu unterstützen, auch weiterhin ein eigenständiges Leben nach ihren persönlichen Vorstellungen führen zu können.

Was ist nur mit Frau Kammann los?



Frau Kammann, eine 80-jährige Patientin, wird vom Hausarzt in die Klinik zur stationären Aufnahme überwiesen. Sie hat leichtes Fieber und ist verwirrt. Begleitet wird sie von ihrer Nachbarin, Frau Dornfeld. Diese hatte den Hausarzt verständigt. Frau Dornfeld berichtet, Frau Kammann habe im Treppenhaus laut um Hilfe geschrien. In ihrer Wohnung – so habe sie ihr aufgeregt mitgeteilt – sei ein fremder Mann. Es sei nicht einfach gewesen, sie zu beruhigen. Gemeinsam seien sie in Frau Kammanns Wohnung gegangen. Dort war aber niemand. Sie habe dann umgehend den Hausarzt verständigt, da Frau Kammann offensichtlich ganz durcheinander war.

Nach der Aufnahme auf die Station und der ärztlichen Anamnese des Stationsarztes werden die Infektparameter bestimmt und auch der Urin untersucht. Es zeigt sich, dass Frau Kammann einen akuten Harnwegsinfekt hat. Außerdem zeigt sich ein akutes Delir, wahrscheinlich bedingt durch eine massive Dehydration.

Der Stationsarzt verordnet ein Antibiotikum und eine Trinkmenge von mindestens 2 l/Tag. Er bittet die pflegerische Stationsleitung um die Anlage einer Einfuhrbilanz.

In der pflegerischen Anamnese fällt der reduzierte Allgemein- und Ernährungszustand der Patientin auf. Bei einer Größe von 1,65 m hat Frau Kammann ein Gewicht von 45 kg und somit einen Body-Mass-Index von 16,5 m²/kg. Damit ist sie deutlich untergewichtig.



Die begleitende Nachbarin berichtet der Pflegefachkraft, dass Frau Kammann alleine zu Hause lebt und sich bisher noch selbstständig versorgt.

Den Einkauf von Mineralwasser hatten seit einiger Zeit sie und ihr Mann übernommen. Das hatte auch so weit gut geklappt, Frau Kammann war immer stolz auf ihre Selbstständigkeit gewesen. Allerdings habe sie sich seit etwa vier Wochen sehr zurückgezogen. Wenn sie sie im Hausflur getroffen habe, sei sie nur noch schnell vorbeigehuscht. Sie war immer schon sehr zurückhaltend, aber doch nicht kontaktscheu. Wahrscheinlich sei sie traurig gewesen, dass ihre Tochter so selten zu Besuch kam. Die Tochter lebt ungefähr zwei Fahrstunden entfernt, hat Mann und Kinder zu versorgen und ist selber berufstätig.

Na ja, sie habe sich schon manchmal Sorgen gemacht, es sei ja nicht einfach, immer so allein zu sein.

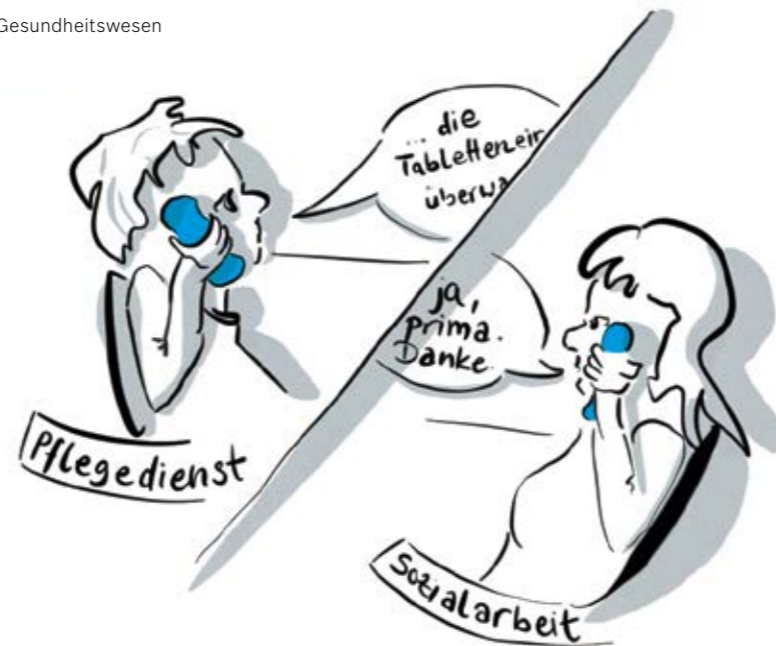
Die Pflegefachkraft dokumentiert die Angaben auf dem pflegerischen Anamnesebogen und bestellt Vollkost für die Patientin.

Die folgenden Tage erholt sich Frau Kammann auf der Station. Das Antibiotikum schlägt zufriedenstellend an, und bereits nach zwei Tagen sind keine Entzündungswerte mehr im Urin nachzuweisen. Die Verwirrtheit lässt deutlich nach und Frau Kammann ist wieder orientiert. Kontrolliert durch die Einfuhrbilanz, trinkt Frau Kammann 1 bis 2 l Tee/Tag. Sie ist auch im Krankenhaus sehr still und spricht nur auf Anfrage. Wenn die Stationshilfen die Mahlzeiten austeilen, lässt sie diese meist stehen, da sie das Fleisch nicht selbst klein schneiden kann und auch niemandem zur Last fallen möchte. Kleine Portionen weichen Gemüses schafft sie manchmal zu essen.

Am vierten Tag beschließt der Stationsarzt morgens, dass die Patientin keine stationäre Versorgung mehr benötigt. Er fragt sie, ob sie wieder zu Hause zurechtkommen kann. Frau Kammann bestätigt, dass sie wieder allein für sich sorgen kann und will. Der Fahrdienst des Roten Kreuzes fährt Frau Kammann zu ihrer Wohnung. Der vorläufige Arztbrief und das Rezept für die weitere Antibiotikumgabe werden Frau Kammann mitgegeben.

Eine Woche später meldet sich die Notaufnahme, ob ein Bett frei sei, Frau Kammann habe erneut eine Einweisung. Sie sei verwirrt, und im ersten Schnelltest zeigen sich im Urin deutlich Nitrite.





Frau Kammann, eine 80-jährige Patientin, wird vom Hausarzt in die Klinik zur stationären Aufnahme überwiesen. Sie hat leichtes Fieber und ist verwirrt. Begleitet wird sie von ihrer Nachbarin, Frau Dornfeld. Diese hatte den Hausarzt verständigt. Frau Dornfeld berichtet, Frau Kammann habe im Treppenhaus laut um Hilfe geschrien. In ihrer Wohnung – so habe sie ihr aufgeregt mitgeteilt – sei ein fremder Mann. Es sei nicht einfach gewesen, sie zu beruhigen. Gemeinsam seien sie in Frau Kammanns Wohnung gegangen. Dort war aber niemand. Sie habe dann umgehend den Hausarzt verständigt, da Frau Kammann offensichtlich ganz durcheinander war.

Nach der Aufnahme auf die Station und der ärztlichen Anamnese des Stationsarztes werden die Infektparameter bestimmt und auch der Urin untersucht. Es zeigt sich, dass Frau Kammann einen akuten Harnwegsinfekt hat. Außerdem zeigt sich ein akutes Delir, wahrscheinlich bedingt durch eine massive Dehydratation.

Der Stationsarzt verordnet ein Antibiotikum und eine Trinkmenge von mindestens 2 l/Tag. Er bittet die pflegerische Stationsleitung um die Anlage einer Einfuhrbilanz.

In der pflegerischen Anamnese fällt der reduzierte Allgemeinzustand und Ernährungsstatus der Patientin auf. Bei einer Größe von 1,65 m hat Frau Kammann ein Gewicht von 45 kg und somit einen Body-Mass-Index von 16,5 m²/kg. Damit ist sie deutlich untergewichtig. Die begleitende Nachbarin berichtet der Pflegefachkraft, dass Frau Kammann alleine zu Hause

lebt und sich bisher noch selbstständig versorgt. Den Einkauf von Mineralwasser hatten seit einiger Zeit sie und ihr Mann übernommen. Das hatte auch so weit gut geklappt, Frau Kammann war immer stolz auf ihre Selbstständigkeit gewesen.

Allerdings habe sie sich seit etwa vier Wochen sehr zurückgezogen. Wenn sie sie im Hausflur getroffen habe, sei sie nur noch schnell vorbeigehuscht. Sie war immer schon sehr zurückhaltend, aber doch nicht kontaktscheu.

Wahrscheinlich sei sie traurig gewesen, dass ihre Tochter so selten zu Besuch kam. Die Tochter lebt ungefähr zwei Fahrstunden entfernt, hat Mann und Kinder zu versorgen und ist selber berufstätig. Na ja, sie habe sich schon manchmal Sorgen gemacht, es sei ja nicht einfach, immer so allein zu sein.

Die Pflegefachkraft dokumentiert die Angaben auf dem pflegerischen Anamnesebogen und bestellt Vollkost für die Patientin.

In der abendlichen Kurvenvisite besprechen der Stationsarzt und die Pflegefachkraft den bisherigen Verlauf von Frau Kammann. Der Arzt fragt nach, ob die Patientin noch verwirrt ist und inwieweit Frau Kammann die angeordnete Trinkmenge bewältigt. Die Pflegefachkraft berichtet von einem guten Trinkverhalten, wenn die Patientin erinnert wird. Zunehmend sei die Patientin auch orientierter. Weiterhin teilt sie mit, dass in der pflegerischen Anamnese der reduzierte Ernährungszustand verbunden mit einem niedrigen BMI aufgefallen sei.

Gemeinsam wird beschlossen, dass Frau Kammann hochkalorische Kost erhalten soll. Es soll nun ebenfalls dokumentiert werden, ob die Patientin ausreichend Nahrung zu sich nimmt. Auch thematisiert die Pflegefachkraft die Beobachtungen der begleitenden Nachbarin, dass Frau Kammann sich in letzter Zeit immer mehr zurückgezogen habe.

Gemeinsam wird beschlossen, die Sozialarbeiterin zu beauftragen, die Versorgungslage zu Hause zu eruieren und mit dem Hausarzt Kontakt aufzunehmen. Dabei soll geklärt werden, ob Frau Kammann nach dem stationären Aufenthalt wieder nach Hause zurückkehren kann bzw. welche unterstützenden Hilfen notwendig sind.

Die folgenden Tage erholt sich Frau Kammann auf der Station. Das Antibiotikum schlägt zufriedenstellend an, und bereits nach zwei Tagen sind keine Entzündungswerte mehr im Urin nachzuweisen. Die Verwirrtheit lässt deutlich nach und Frau Kammann ist wieder orientiert. Kontrolliert durch die Einfuhrbilanz trinkt Frau Kammann 1 bis 2 l Tee/Tag. Sie ist auch im Krankenhaus sehr still und spricht nur auf Anfrage.

Wenn die Stationshilfen die Mahlzeiten austeilen, lässt sie diese meist stehen, da sie das Fleisch nicht selbst klein schneiden kann und auch niemandem zur Last fallen möchte. Kleine Portionen weichen Gemüses schafft sie manchmal zu essen. Die Stationshilfen sind angewiesen, zu dokumentieren, was Frau Kammann bei den Mahlzeiten gegessen hat.

So wird deutlich, dass sie häufig ihre Speisen nicht isst. Auf Nachfrage kann nun die Pflegefachkraft die reduzierte Nahrungsaufnahme klären. Es wird weichere Kost bestellt und die Fleischportionen werden mundgerecht klein geschnitten. Auf diese Weise gelingt es, dass Frau Kammann mehr zu sich nimmt.

Am vierten Tag beschließen der Stationsarzt und die Pflegefachkraft während der morgendlichen Visite, dass die Patientin keine stationäre Versorgung mehr benötigt. Die Sozialarbeiterin hat mit Einverständnis von Frau Kammann – sowie nach Absprache mit Hausarzt und Tochter – für die nächsten Tage einen ambulanten Pflegedienst beauftragt. Der Pflegedienst wird nun die regelrechte Tabletteneinnahme sowie eine genügende Trink- und Essensmenge überwachen. Damit die Ernährung von Frau Kammann gesichert ist, hat die Sozialarbeiterin „Essen auf Rädern“ bestellt.

Die Antibiotikumtablets für weitere 24 Stunden werden mitsamt dem vorläufigen Arztbrief der Patientin mitgegeben. Der Hausarzt hat mit der Sozialarbeiterin besprochen, dass er an den nächsten Tagen zum Hausbesuch kommt. Langfristig hat die Sozialarbeiterin mit der Tochter überlegt, dass Frau Kammann in eine Einrichtung für Betreutes Wohnen in den Wohnort der Tochter ziehen könnte, falls sie dies wünscht. Entsprechende Adressen hat sie der Tochter übermittelt. Die Tochter ist zuversichtlich, dass Frau Kammann zustimmen wird, da sie sie dann auch häufiger besuchen kann.

Kenntnisstände



Frau Möller hat über einen längeren Zeitraum Husten gehabt und dies auf einen Infekt geschoben, der nicht richtig auskuriert war. Da sie auch arbeitsmäßig viel zu tun hatte, wunderte sie sich nicht, dass sie an Gewicht verlor, schlecht schlief und deswegen tagsüber sehr erschöpft war. Als eines Morgens beim Husten Blut in ihrem Taschentuch gelandet war, ist Frau Möller panisch zum Hausarzt gegangen und wurde von ihm sofort in die Klinik zur diagnostischen Abklärung geschickt.



Frau Möller ist eine sehr ruhige und aufmerksame Patientin, die alle Handgriffe erläutert haben und stets gut informiert sein möchte. Bei ihrer Aufnahme wirkte sie unsicher und ein wenig misstrauisch. Die Bezugspflegekräfte brauchten eine Weile, bis sie ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihr entwickelt hatten. Sie ist reserviert, doch sobald eine Bezugspflegekraft im Zimmer war, kam es immer öfter zu Gesprächen, in denen sie sich öffnete.

An einem Morgen, während ich Frau Möller bei der morgendlichen Grundpflege unterstützte, das Bett richtete und ihre Vitalzeichen kontrollierte, war sie sehr verschlossen. Ich wusste, dass bei ihr ein Verdacht auf Lungenkrebs bestand, wusste aber noch nicht, was sie genau darüber weiß.



Aus diesem Grund versuchte ich, möglichst unbedarft zu plaudern. Ich merkte aber bald, dass sie gar nicht richtig zuhörte, und war etwas hilflos. Als ich meine Arbeit verrichtet hatte und auch ins Schweigen kam, sprach sie mich überraschend an und fragte: „**Hab ich jetzt Krebs?**“ Ich war sprachlos und musste mich erst einmal sortieren.

Hatte sie ein Gespräch mit dem Arzt? Hat sie sich mit den anderen Patientinnen im Zimmer unterhalten? Hat sie im Internet Informationen gefunden? Ich wusste es nicht. Ich darf ihr als Pflegekraft keine Auskunft geben, wenn sie noch keine ärztlichen Informationen über ihre Diagnose bekommen hat. Nur wenn sie bereits aufgeklärt wurde, kann ich im Rahmen des Maßes der Aufklärung Informationen geben und Fragen beantworten.

Etwas hilflos fragte ich: „**Haben Sie denn mit dem Arzt gesprochen?**“ Sie murmelte nur: „**Na prima, hier schiebt es ja doch einer auf den anderen. Und ich habe Ihnen vertraut**“ – und drehte sich von mir weg, das Gespräch war damit beendet. Meine weiteren Versuche, sie zu einem Gespräch zu bewegen, scheiterten, und sie bat mich, das Zimmer zu verlassen.

Im Dienstzimmer in der Akte sah ich, dass sie am Vorabend ein längeres Aufklärungsgespräch mit der Stationsärztin hatte. In der ärztlichen Dokumentation stand nur „**Patientin wurde über die Diagnose und Prognose aufgeklärt**“. Leider wusste ich nicht, was von diesen Informationen bei ihr angekommen war und wie die Stationsärztin sie vermittelt hatte. Aber ich konnte mir das Verhalten von Frau Möller jetzt gut erklären und wusste jetzt auch, was ich antworten durfte. Erst am Nachmittag gelang es mir, ein etwas längeres Gespräch mit der Patientin zu führen.



Frau Möller hat über einen längeren Zeitraum Husten gehabt und dies auf einen Infekt geschoben, der nicht richtig auskuriert war. Da sie auch arbeitsmäßig viel zu tun hatte, wunderte sie sich nicht, dass sie an Gewicht verlor, schlecht schlief und deswegen tagsüber sehr erschöpft war. Als eines Morgens beim Husten Blut in ihrem Taschentuch gelandet war, ist Frau Möller panisch zum Hausarzt gegangen und wurde von ihm sofort in die Klinik zur diagnostischen Abklärung geschickt.

Frau Möller ist eine sehr ruhige und aufmerksame Patientin, die alle Handgriffe erläutert haben und stets gut informiert sein möchte. Bei ihrer Aufnahme wirkte sie unsicher und ein wenig misstrauisch. Die Bezugspflegekräfte brauchten eine Weile, bis sie ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihr entwickelt hatten. Sie ist reserviert, doch sobald eine Bezugspflegekraft im Zimmer ist, kommt es immer öfter zu Gesprächen, in denen sie sich öffnet.

Nach einigen Untersuchungen wurde die Diagnose Bronchialkarzinom gestellt. Zum anstehenden ärztlichen Aufklärungsgespräch wurde ebenfalls die betreuende Bezugspflegekraft geladen.

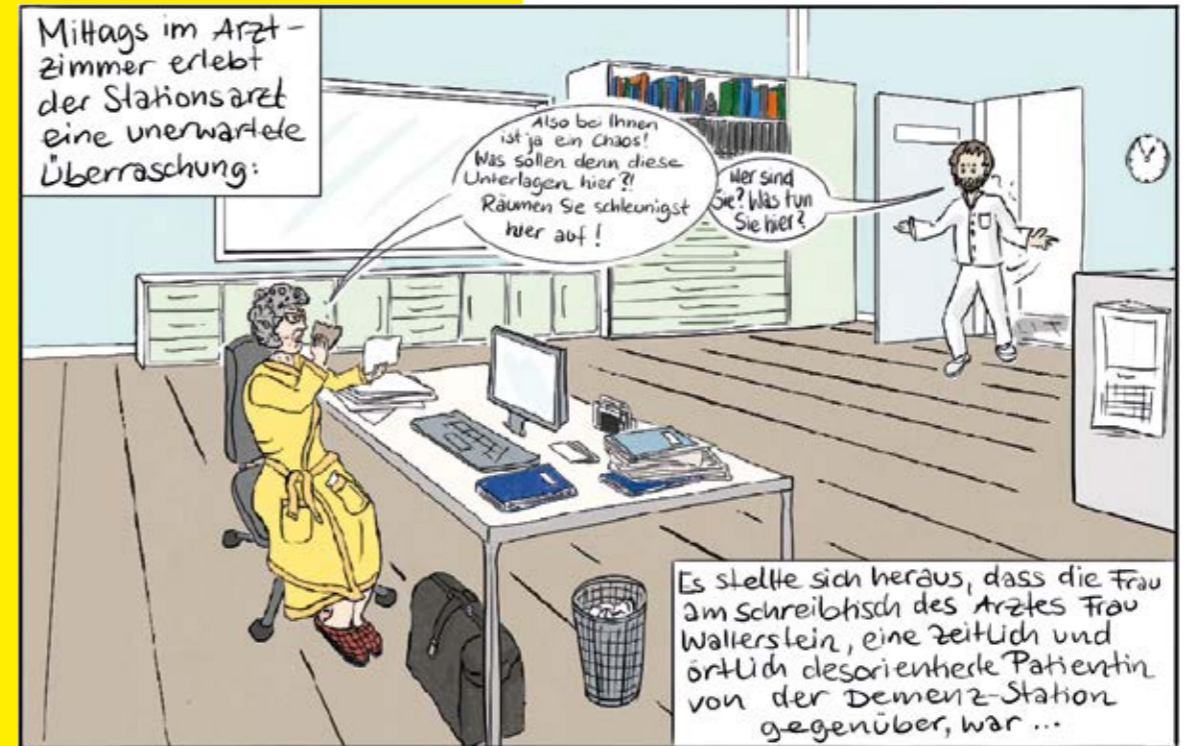
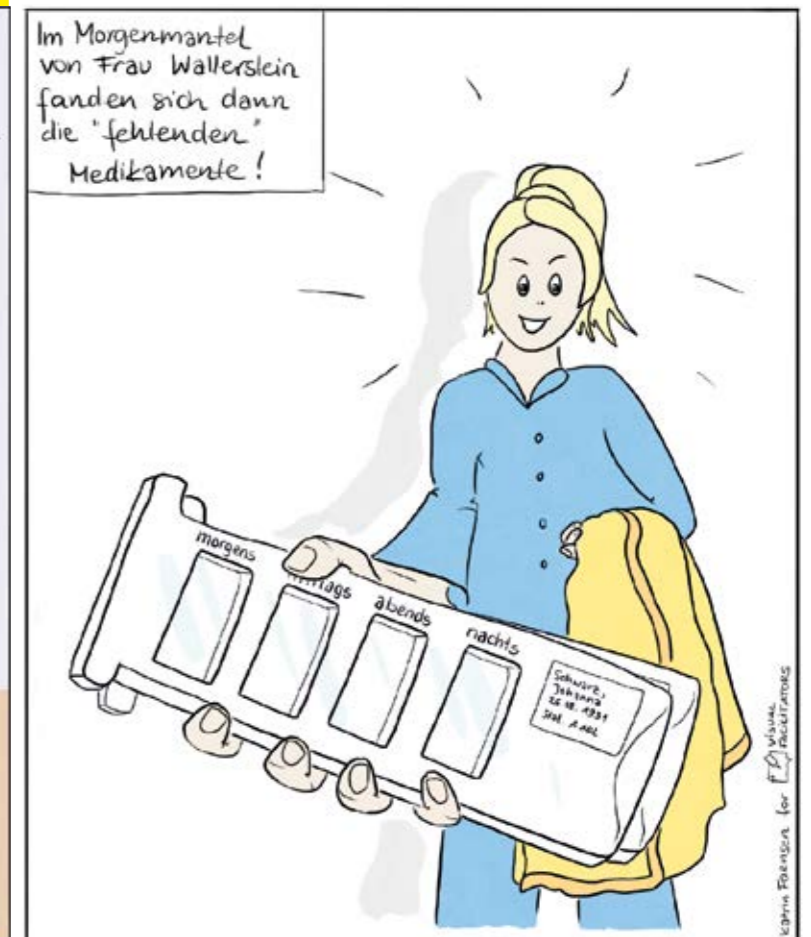
Während ich am nächsten Morgen Frau Möller bei der morgendlichen Grundpflege unterstützte, das Bett richtete und ihre Vitalzeichen kontrollierte, war sie sehr verschlossen. Ich wusste, dass die Stationsärztin ihr gestern am frühen Nachmittag mitgeteilt hatte, dass sie ein Bronchialkarzinom hat. Bei diesem Lungenkrebs standen die Chancen auf eine Heilung sehr schlecht. Gestern hatte ich den Eindruck, dass sie zwar genickt hat, als sie gefragt wurde, ob sie alle Informationen verstanden hat, aber die schlechte Nachricht noch nicht vollends bei ihr angekommen war.

In die Stille hinein sprach sie mich überraschend an und fragte: „**Hab ich jetzt Krebs?**“. Ich schaute sie an, blieb ganz ruhig und sagte zu ihr: „**Ja, dieses Bronchialkarzinom ist leider ein Krebs. Ein Lungenkrebs.**“ Sie antwortete: „**Ich glaube, ich beginne jetzt erst zu begreifen, was das heißt. Haben Sie nachher einmal fünf Minuten für ein Gespräch?**“

Ich sagte ihr dies zu und fragte, ob sie vielleicht auch eine andere Form eines unterstützenden Gespräches gebrauchen könne, was Frau Möller bejahte. Für nur eine Stunde später konnte ich einen Termin mit unserer Psychoonkologin vereinbaren, und Frau M. war dafür sehr dankbar.



Fehlende Medikamente



Intensiv

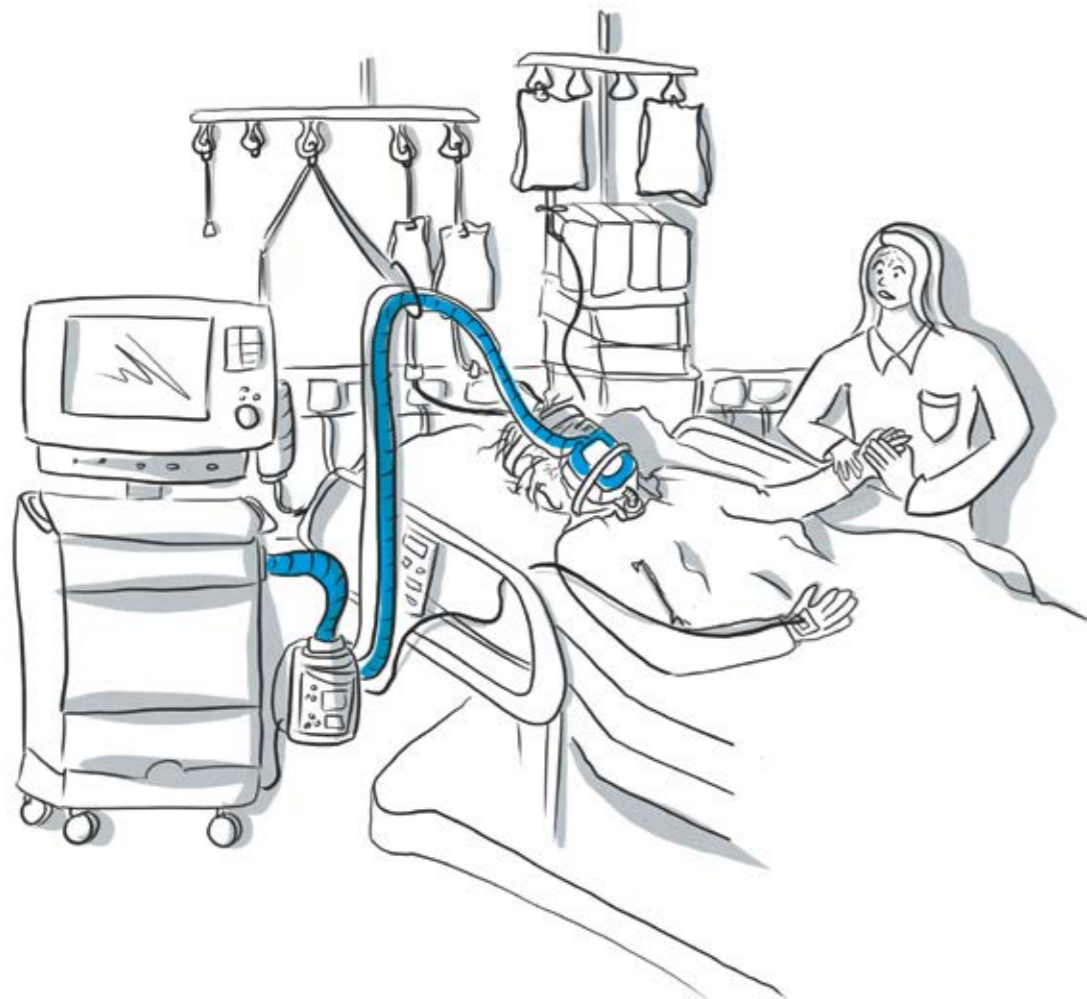


Michelle, eine junge Physiotherapeutin, bekommt in der morgendlichen Besprechung der Physiotherapieabteilung Herrn Spät zugeteilt, der auf der Intensivstation liegt. **„Ich schon wieder“**, denkt sie im Stillen. **„Ich war letzte Woche auch schon dran. Rita, der alte Hase im Team, muss nie auf Intensiv. Das muss ich mit dem Chef bei Gelegenheit mal besprechen. Zum Glück kommen nicht so viele Verordnungen von der Intensivstation.“**

Missmutig läuft sie zur Intensivstation. Erst einmal schauen, wo Herr Spät liegt. Michelle sagt leise „Guten Morgen“, aber keiner beachtet sie. Sie schaut schnell in die Patientenakte. Herr Spät, 59 Jahre alt, ist wegen eines Multiorganversagens vor drei Tagen auf der Intensivstation eingeliefert worden und ist momentan sediert. Nun hat er Krankengymnastik verordnet bekommen.

Michelle geht zu Herrn Spät. Er ist intubiert und wird beatmet. Wegen der Sedierung reagiert er nicht auf Michelles Kontaktaufnahme. Michelle fängt mit dem passiven Durchbewegen der Gelenke an. Schon beim Bewegen der rechten Hand bemerkt sie die Abwehrspannung und spürt, dass Herr Spät zuckt. Sollte er Schmerzen haben? Am Monitor sieht sie einen jähen Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks. Auch der MAP steigt an. Welche Schwester kann sie etwas fragen? Sie geht aus dem Raum und schaut sich um.

Alle sind so beschäftigt. Sie sucht jemanden aus und spricht die Person an: **„Können Sie mir bitte was zu Herrn Spät sagen?“** **„Dafür bin ich nicht zuständig, da musst du Marion fragen“**, wird ihr geantwortet. **„Wer ist Schwester Marion?“**, denkt Michelle. Unschlüssig überlegt sie sich, was sie tun soll. Michelle geht zurück zum Patienten, bewegt Herrn Spät so gut, wie es geht, durch und verlässt leise die Intensivstation.



Michelle, eine junge Physiotherapeutin, bekommt in der morgendlichen Besprechung der Physiotherapieabteilung Herrn Spät zugeteilt, der auf der Intensivstation liegt. Seit drei Monaten arbeitet Michelle als zuständige Physiotherapeutin im Projekt „Frühmobilisation auf der Intensivstation“ mit. **„Nur ein neuer Patient heute“**, denkt sie, **„gestern sind doch drei Betten frei geworden ...“**

Ihre festen Zeiten auf der Intensivstation liegen zwischen 9:00 und 12:00 Uhr. Auf der Intensivstation angekommen, macht sie sich ein Bild über die Belegung und schaut schon im Bettenplan nach, wo Herr Spät liegt. Michelle wird freundlich von den Schwestern begrüßt. Auch der diensthabende Anästhesist winkt Michelle zu, als er sie erblickt. Jeden Morgen tauschen sie sich kurz über die Patientinnen und Patienten aus und überprüfen, ob alle Neuzugänge eine physiotherapeutische Verordnung bekommen haben und ob es Besonderheiten gibt. Dr. Rainer Winter berichtet, dass Herr Spät, 59 Jahre alt, vor drei Tagen mit einem Multiorganversagen eingeliefert wurde und nun mit der Physiotherapie begonnen werden soll. Herr Spät ist intubiert und wird beatmet.

„Michelle, wir versuchen die Sedierung tagsüber abzusetzen“, erzählt Rainer, **„schau dir mal an, wie er reagiert, vielleicht müssen wir die Schmerzmedikation mit dir abstimmen. Das weitere Vorgehen können wir in unserer Teambesprechung heute Nachmittag miteinander abstimmen.“**

Michelle schaut zuerst, wo sich Schwester Marion aufhält. Auf dem Plan hat sie gesehen, dass Marion Herrn Spät betreut. Marion begrüßt sie freundlich und beginnt sofort, über Herrn Spät zu erzählen: **„Herr Spät lebt alleine, macht einen leicht verwahrlosten Eindruck und hat bislang noch keinen Angehörigenbesuch bekommen. Herr Spät ist etwas unruhig, die Trachealkanüle liegt etwas schräg. Es kann sein, dass die Kanüle ihn leicht reizt. Wir sehen uns dann später bei der Teambesprechung.“**

Michelle geht zu Herrn Spät und beobachtet erst einmal die Lage. Sie sieht Herrn Spät auf dem Rücken liegen, das Kopfteil ist erhöht und er ist nach unten gerutscht. Er ist ziemlich groß, passt kaum in das Bett und die Knie sind viel zu sehr flektiert. Seine Füße mit den zu langen Nägeln sehen

ungepflegt aus, er sollte unbedingt eine Fußpflege bekommen. **„Ich verstehe, was Marion mit der Verwahrlosung meint“**, denkt Michelle. Der rechte Fuß sieht etwas dicker als der linke aus. **„Ich muss gleich mal Ödeme überprüfen. Auch sein Kopf ist viel zu weit nach links gedreht, vielleicht um dem Zug auf der Kanüle auszuweichen ...?“**, überlegt sich Michelle. Laut sagt sie: **„Guten Morgen, Herr Spät. Können Sie Ihre Augen öffnen?“** Michelle nimmt die Hand von Herrn Spät, streicht ihm über den Handrücken, um seine Aufmerksamkeit zu erlangen, und wiederholt ihre Frage.

Herr Spät öffnet kurz seine Augen und schließt sie wieder. **„Er kann mich wahrnehmen, das ist gut“**, denkt Michelle. **„Ich bin Michelle Platin, Ihre Physiotherapeutin. Ab jetzt komme ich jeden Tag zu Ihnen. Ich werde heute ein paar Tests machen, z. B. Ihre Gelenkbeweglichkeit prüfen, und Sie etwas gerader im Bett lagern. Sie sind ziemlich nach unten gerutscht.“**

Michelle fängt an, und schon bald kommt Schwester Marion ins Zimmer. Gemeinsam lagern sie Herrn Spät neu. Dabei fordert Michelle Herrn Spät ständig zur Eigenaktivität auf. Schwester Marion richtet derweil die Laken, sie agieren wie ein eingespieltes Team. Als sie fertig sind, liegt Herr Spät – mit einem gewissen Eigenverdienst – wieder gerade im Bett. Beim Bewegen von Herrn Späts rechtem Arm bemerkt Michelle die Abwehrspannung und sieht, dass er seinen Kopf nach links hält. Am Monitor sieht sie einen jähen Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks. Auch der MAP steigt an. **„Das muss ich gleich in der interprofessionellen Teambesprechung ansprechen. Gut, dass die heute stattfindet.“**

In der Teambesprechung werden die schräge Lage der Trachealkanüle, mögliche Schmerzen und der Zusammenhang mit der Kopfstellung besprochen. Es wird beschlossen, vor der Physiotherapie die Schmerzmedikation zu erhöhen, um die Aktivität Herrn Späts weiter fördern zu können. Michelle verlässt später zufrieden die Sitzung.

Der sorglose Umgang mit Herrn Ohnesorge



Herr Ohnesorge wird über die chirurgische Notaufnahme bei Zustand nach Schlägerei ins Krankenhaus eingewiesen. Routiniert übergibt der Notarzt dem Assistenzarzt den Patienten mit allen wichtigen Fakten: Patient, 37 Jahre jung, Schlägerei mit Kopfplatzwunde über der linken Augenbraue, Patient leicht benommen, stark nach Alkohol riechend, keine Nebendiagnosen. Vitalwerte im Normbereich, Sauerstoffsättigung fällt bis auf 88 %. Dem Assistenzarzt fällt die sportliche Kleidung auf, und er assoziiert das lokale Fußballspiel mit dem Patienten.



Nach einem Schädel-CT zum Ausschluss von Blutungen, einer chirurgischen Naht der Kopfplatzwunde und knapp vier Stunden Wartezeit wird der Patient zur Überwachung für 24 Stunden auf die Akuttraumatologie verlegt. Der Pfleger aus der Notaufnahme übergibt den Patienten mit unmissverständlichem Augenrollen dem klinikinternen Haustransport, um ihn auf Station bringen zu lassen. Auf Station wird erst eine Pflegehilfskraft vom Transport angesprochen, die gleich ins Patientenzimmer abbiegt und deutlich macht, dass sie für den Zugang nicht verantwortlich ist und dieser – wie immer – zur ungünstigsten Zeit kommt. Der Patiententransport wird schon wieder von der Aufnahme angepiept und beauftragt, Notfallblut ins Labor zu bringen. So entscheidet er, das Patientenbett gut sichtbar für die Pflegekräfte auf dem Stationsgang stehen zu lassen. Nach 20 Minuten kommt eine Pflegekraft und schiebt den Patienten wortlos ins Zimmer.

Zum Ende der Schicht übergibt die Kollegin den Patienten an die Nachtdienstschwester. Mit den Worten „**Der soll erst mal seinen Rausch ausschlafen ...**“ verabschiedet sie sich. Über das zentrale Monitoring überprüft die Schwester vom Nachtdienst regelmäßig die Werte des Patienten. Bei den Rundgängen schläft der Patient. Als sie früh um halb drei die Patientenkurve ausarbeitet, fällt ihr auf, dass der Patient bei Schmerzen keine Bedarfsmedikation hat. Sie ruft den Dienstarzt an, der sich gerade schlafen gelegt hat, und bittet ihn, noch schnell die Anordnung in den Computer einzugeben. Versehentlich klickt der Dienstarzt statt Novaminsulfon® auf Novanox® (Sedativum), da die Präparate in der Medikationsübersicht untereinanderstehen.



Bei der Übergabe an den Frühdienst wird Herr Ohnesorge als unauffälliger Patient übergeben, der gestern zu viel Alkohol getrunken und sich dann wahrscheinlich geprügelt hat. Die Nacht über habe er geschlafen und war jederzeit stabil. Nach Schmerzen hatte die Nachtschwester nicht gefragt, weil der Patient schlief.

Die Frühdienstschwester möchte ihre Auszubildende zum Patienten schicken und warnt sie gleich vor: „**Wenn der irgendwie anzüglich oder so wird, weil er noch im Alkoholrausch ist, dann kümmert sich unser Pfleger um den.**“

Trotz der Vorwarnung geht die Schülerin recht unbefangen zum Patienten, weckt ihn und fragt, wie es ihm geht. Er gibt leichte Kopfschmerzen und Nackenschmerzen an. Pflichtbewusst meldet die Schülerin der Zimmerschwester die Beschwerden, worauf diese sagt: „**Schau mal in seiner Kurve nach und gib ihm etwas aus seiner Bedarfsmedikation. Ich muss jetzt erst mal einen Patienten in den OP bringen.**“

Unter Beachtung der 6-R-Regel gibt die Schülerin dem Patienten zwei Tabletten Novanox®. Kurze Zeit später begleitet sie den Patienten ins Bad und reicht ihm Handtücher und eine Zahnbürste. Ganz beiläufig fragt sie den Patienten, ob es denn einen Grund fürs Feiern gegeben hätte.

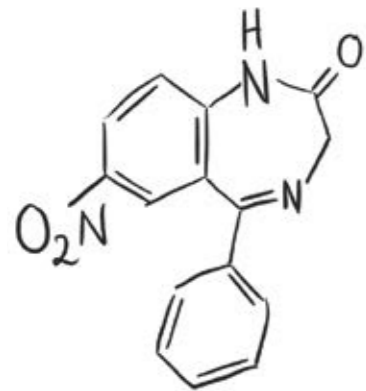
Der Patient schaut etwas verdutzt und fragt: „**Wieso denn feiern?**“ Schülerin: „**Die Nachtdienstschwester hat gesagt, Sie haben einiges an Alkohol getrunken, und dann kam es wohl irgendwie zu einer Schlägerei, bei der Sie sich die Kopfplatzwunde zugezogen haben.**“ Herr Ohnesorge: „**Bitte, was hab ich? An der Haltestelle wurde eine junge Frau von Jugendlichen belästigt und der wollte ich zur Hilfe kommen. Das Letzte, woran ich mich erinnern kann, ist, dass mir einer der Typen eine Bierflasche über den Kopf gezogen hat. Ich trinke gar keinen Alkohol.**“

Die Schülerin ist sichtlich peinlich berührt und entschuldigt sich für das Missverständnis.

Als die Schmerzen mittags immer noch anhaltend sind, gibt die Schülerin dem Patienten – unter Beachtung des Zeitabstandes zwischen den Gaben – erneut zwei Tabletten Novanox® und erzählt dann der Zimmerschwester, was sich eigentlich bei dem Patienten zugetragen hat.

Als die Frühdienstschwester die Übergabe am Bett an den Spätdienst machen möchte, fällt auf, dass der Patient schläfrig geworden ist. Im gleichen Moment betritt die Stationsapothekerin das Zimmer und fragt, was der Patient denn für Schmerzmittel bekommen habe. Ihr sei gerade aufgefallen, dass es eine falsche Medikamentenanordnung gibt. Der Stationsarzt wird über das Geschehen informiert und trifft entsprechende Vorkehrungen.

Nach einer erneuten Überwachungsperiode, zusätzlicher Infusionstherapie und Zustandsbesserung darf der Patient nach 48 Stunden Aufenthalt das Krankenhaus wieder verlassen.



Herr Ohnesorge wird über die chirurgische Notaufnahme bei Zustand nach Schlägerei ins Krankenhaus eingewiesen. Routiniert übergibt der Notarzt dem Assistenzarzt den Patienten mit allen wichtigen Fakten: Patient, 37 Jahre jung, Schlägerei mit Kopfplatzwunde über der linken Augenbraue, Patient leicht benommen, stark nach Alkohol riechend, keine Nebendiagnosen. Vitalwerte im Normbereich, Sauerstoffsättigung fällt bis auf 88 %. Dem Assistenzarzt fällt die sportliche Kleidung auf, und er assoziiert das lokale Fußballspiel mit dem Patienten. Im Anamnesegespräch erzählt der Patient, was passiert ist.

Nach einem Schädel-CT zum Ausschluss von Blutungen, einer chirurgischen Naht der Kopfplatzwunde und knapp vier Stunden Wartezeit wird der Patient zur Überwachung für 24 Stunden auf die Akuttraumatologie verlegt. Der Pfleger aus der Notaufnahme übergibt den Patienten dem klinik-internen Haustransport, um ihn auf Station bringen zu lassen, und fügt an: **„Da zeigt mal jemand Courage und als Dank kommst du ins Krankenhaus.“**

Auf Station wird erst eine Pflegehilfskraft vom Transport angesprochen, die gleich ins Patientenzimmer abbiegt und deutlich macht, dass sie für den Zugang nicht verantwortlich ist. **„Ich schicke dir gleich meine Kollegin.“** Der Patiententransport wird schon wieder von der Aufnahme angepiept und beauftragt, Notfallblut ins Labor zu bringen. Er geht der verantwortlichen Pflegekraft entgegen und bittet sie, den Patienten zu übernehmen. Die Kollegin stellt sich dem Patienten vor und fragt: **„Sie haben es bestimmt schon in der Notaufnahme erzählt, aber können Sie mir bitte noch mal sagen, was eigentlich passiert ist?“** Sie erläutert dem Patienten noch kurz die Maßnahmen und bittet ihn, sich bei Beschwerden zu melden.

Zum Ende der Schicht übergibt die Kollegin den Patienten an die Nachtdienstschwester. Mit den Worten **„Der kann einem echt irgendwie leidtun ...“** verabschiedet sie sich.

Über das zentrale Monitoring überprüft die Schwester vom Nachtdienst regelmäßig die Werte des Patienten. Bei den Rundgängen schläft der Patient. Als sie früh um halb drei die Patientenkurve ausarbeitet, fällt ihr auf, dass der Patient bei Schmerzen keine Bedarfsmedikation hat. Sie ruft den Dienstarzt an, der sich gerade schlafen gelegt hat, und bittet ihn, noch die Anordnung in den Computer einzugeben. Versehentlich klickt der Dienstarzt statt Novaminsulfon® auf Novanox® (Sedativum), da die Präparate in der Medikationsübersicht untereinanderstehen.

Bei der Übergabe an den Frühdienst wird Herr Ohnesorge als unauffälliger Patient übergeben, der gestern Opfer seiner Zivilcourage wurde. Die Nacht über habe er geschlafen und war jederzeit stabil. Nach Schmerzen hatte die Nachtschwester nicht gefragt, weil der Patient schlief.

Die Frühdienstschwester möchte ihre Auszubildende (Ende 2. Lehrjahr) zum Patienten schicken und sagt: **„Wenn irgendwelche Auffälligkeiten beim Patienten sind, gib mir bitte Bescheid.“**

Die Schülerin geht recht unbefangen zum Patienten, weckt ihn und fragt, wie es ihm geht. Er gibt leichte Kopfschmerzen und Nackenschmerzen an. Pflichtbewusst meldet die Schülerin der Zimmerschwester die Beschwerden, worauf diese sagt: **„Schau mal in seiner Kurve nach und such die Tabletten schon mal raus. Ich muss jetzt erst mal einen Patienten in den OP bringen. Wenn ich zurück bin, kontrolliere ich die Tabletten, und dann kannst du sie ihm bringen.“**

Unter Beachtung der 6-R-Regel sucht die Schülerin zwei Tabletten Novanox® raus. Bei der Kontrolle durch die Kollegin fällt der Fehler sofort auf: **„Novanox® ist doch kein Schmerzmedikament“**, sagt sie ganz empört und vergewissert sich selber über die Anordnung. **„Das muss eine falsche Anordnung sein. Wir klären das dann gleich zur Visite und fragen noch mal nach.“**

Zur Visite hinterfragt die Zimmerschwester die Anordnung bei Herrn Ohnesorge. **„Oh ja, das ist ein Versehen“**, gesteht der Dienstarzt dem Stationsarzt und korrigiert die Anordnung. **„Vielen Dank, dass Ihnen der Fehler aufgefallen ist und Sie gleich Bescheid gesagt haben. Mein Fehler war, die Anordnung nachts im ‚Halbschlaf‘ einzutragen. Da muss ich mich verklückt haben.“**

Die Schülerin gibt Herrn Ohnesorge zwei Tabletten Novaminsulfon®. Anschließend begleitet sie den Patienten ins Bad und reicht ihm Handtücher und eine Zahnbürste. Ganz beiläufig fragt sie den Patienten, wie es zu der Situation gekommen ist und ob er sich noch an alles erinnern könnte. Sie findet seine Courage toll und macht ihm Mut, trotz des unglücklichen Ausgangs auch in Zukunft in solchen Situationen einzuschreiten.

Am Ende steht ein empathisch versorgter Patient, der nach der regulären Überwachungszeit von 24 Stunden in die Häuslichkeit entlassen werden kann.



Die Bronchoskopie



Ein männlicher Patient, Anfang 30, reduzierter Allgemeinzustand, wird mit Verdacht auf eine Pneumonie vom Hausarzt an die Klinik überwiesen. Der Patient hat leichtes Fieber, Schüttelfrost, Husten und Übelkeit. Nach Röntgen-Thorax, Lungenfunktionstest und Bestimmung der Infektparameter erhärtet sich die Diagnose: Pneumonie rechts.

Am späten Abend besucht der diensthabende Stationsarzt gemeinsam mit einer Assistenzärztin den Patienten. Als das Ärzteteam raschen Schrittes den Raum betritt, erwacht der erschöpfte Patient aus einem kurzen, fiebrigen Schlaf: „’n Abend, Herr Zollner. Die Untersuchungen zeigen, dass Sie wahrscheinlich eine Lungenentzündung haben. Bleiben Sie ein paar Tage hier und wir behandeln Sie erst mal mit Ampicillin/Sulbactam intravenös, und gleichzeitig bekommen Sie oral Clarithromycin. Dann sehen wir mal weiter. Meine Kollegin Frau Weber wird Ihnen gleich mal einen Zugang legen. Frau Weber, sagen Sie noch vorne Bescheid, dass die Herrn Zollner was zum Inhalieren geben. Bisschen Atemübung wäre auch gut. Alles Gute, Herr Zollner, tschüss.“

Nachdem der Stationsarzt den Raum verlassen hat, lässt der Patient die Anlage der Venenverweilkanüle über sich ergehen. Im Halbschlaf verabschiedet der Patient unter leichtem Husten die Assistenzärztin.

Am Folgetag wird der Patient vom Pflegepersonal zur Atemübung ins Untergeschoss der Klinik geschickt. Noch immer leicht fiebrig und vom nächtlichen Husten erschöpft, befolgt Herr Zollner die Anweisung und findet sich schnell zwischen drei etwa 80-jährigen Männern wieder, die mit grauer Miene röchelnd an die Wand starren. Ein ambitionierter Physiotherapeut, Kategorie „Abiturient mit Hang zum Körperkult“, betritt den Raum und verteilt sofort gelblich matte Gummibälle. Auf Nachfrage des Patienten, aus welchem Grund er denn nun den Ball knetend atmen solle, folgt ein kurzes Blättern in der Patientenakte: „Herr Zollner, richtig?“ „Ja, das stimmt wohl.“ „Lungenentzündung, ne? Was machen Sie denn hier? Hier steht, Sie sollten jetzt bei der Bronchoskopie sein!“

Die Gesichtszüge des Patienten verhärten sich und gehen dann in fast vollkommene Erschlaffung über. „Wie, was, Bronchoskopie? Der Arzt hat doch gesagt, dass ich nur ein paar Tage hierbleiben soll und die Antibiotika bekomme. Ist es nun doch schlimmer? Hab ich eine andere Krankheit?“

„Mhh ... ja, also ... weiß ich jetzt auch nicht so genau. Dann bleiben Sie erst mal hier und fragen später noch mal die Schwester auf Station.“

Mit den Gedanken bei der Bronchoskopie und mutmaßend über die Gründe der Untersuchungsanweisung, absolviert der Patient missmutig die Übungen und beschließt für sich, dass er das nicht noch einmal mitmachen wird. Im Anschluss an die Physiotherapie sucht der Patient das Pflegepersonal seiner Station auf. Auf die Frage, warum der Physiotherapeut ihn eher bei der Bronchoskopie erwartet hätte, vertröstet eine Schwester den Patienten und gibt an, sich informieren zu wollen, sie wisse aber nichts von einer Bronchoskopie. Sie habe ja auch nicht gesagt, dass er dahin muss, und er solle sich erst mal ausruhen. Vielleicht kommt der Arzt heute Vormittag noch mal, da müsse er im Zimmer sein.

Nach dem Mittagessen und in Erwartung des Arztes weist das Stationspersonal den Patienten in die Handhabung der NAS-Inhalationslösung ein. Was denn „NAS“ bedeute und warum er das inhalieren solle, will der Patient wissen. „Sie haben da doch ein Handy liegen. Googeln Sie mal. Da findet man einiges zu.“ Noch während der immer wieder von Hustenanfällen unterbrochenen Inhalation wird das Smartphone gezückt und „NAS“ ins Suchfeld eingegeben. Die Kurzsuche gibt folgendes Ergebnis: Kann irgendwie alles sein. Deprimiert über das Suchergebnis, stellt der Patient nach zwei weiteren Inhalationsversuchen, die immer wieder in heftigen Hustenanfällen enden, die Therapie ein. Nach einer Zeit der Stille folgt das Abendessen und die neue Nachtschwester stellt sich vor.

Na, dann heute wohl keine Bronchoskopie mehr.



Ein männlicher Patient, Anfang 30, reduzierter Allgemeinzustand, wird mit Verdacht auf eine Pneumonie vom Hausarzt an die Klinik überwiesen. Der Patient hat leichtes Fieber, Schüttelfrost, Husten und Übelkeit. Nach Röntgen-Thorax, Lungenfunktionstest und Bestimmung der Infektparameter erhärtet sich die Diagnose: Pneumonie rechts.

Am späten Abend besucht der diensthabende Stationsarzt gemeinsam mit einer Assistenzärztin den Patienten. Als das Ärzteteam raschen Schrittes den Raum betritt, erwacht der erschöpfte Patient aus einem kurzen, fiebrigen Schlaf: „’n Abend, Herr Zollner. Die Untersuchungen zeigen, dass Sie wahrscheinlich eine Lungenentzündung haben. Bleiben Sie ein paar Tage hier, und wir behandeln Sie erst mal mit Ampicillin/Sulbactam intravenös, und gleichzeitig bekommen Sie oral Clarithromycin. Dann sehen wir mal weiter. Meine Kollegin Frau Weber wird Ihnen gleich mal einen Zugang legen. Frau Weber, sagen Sie noch vorne Bescheid, dass die Herrn Zollner was zum Inhalieren geben. Bisschen Atemübung wäre auch gut. Alles Gute, Herr Zollner, tschüss.“

Nachdem der Stationsarzt den Raum verlassen hat, lässt der Patient die Anlage der Venenverweilkanüle über sich ergehen.

„Als Begleittherapie bei einer Lungenentzündung sollten Sie Atemübungen machen, Herr Zollner. Die von der Physiotherapie werden Ihnen morgen zeigen, wie das geht. Damit Sie besser Luft bekommen, inhalieren Sie bitte die Lösung, die Ihnen die Schwester bringen wird. Die Schwester sagt Ihnen auch, wie Sie das machen müssen.“ Im Halbschlaf verabschiedet der Patient unter leichtem Husten die Assistenzärztin.

Am Folgetag wird der Patient vom Pflegepersonal zur Atemübung ins Untergeschoss der Klinik geschickt. Noch immer leicht fiebrig und vom nächtlichen Husten erschöpft, befolgt Herr Zollner die Anweisung und findet sich schnell zwischen drei etwa 80-jährigen Männern wieder, die mit grauer Miene röchelnd an die Wand starren. Ein ambitionierter Physiotherapeut, Kategorie „Abiturient mit Hang zum Körperkult“,

betritt den Raum und verteilt sofort gelblich matte Gummibälle. Auf Nachfrage des Patienten, aus welchem Grund er denn nun den Ball knetend atmen solle, folgt ein kurzes Blättern in der Patientenakte: „Herr Zollner, richtig?“ „Ja, das stimmt wohl.“ „Lungenentzündung, ne? Was machen Sie denn hier? Hier steht, Sie sollten jetzt bei der Bronchoskopie sein!“

Die Gesichtszüge des Patienten verhärten sich und gehen dann in fast vollkommene Erschlaffung über. „Wie, was, Bronchoskopie? Der Arzt hat doch gesagt, dass ich nur ein paar Tage hierbleiben soll und die Antibiotika bekomme. Ist es nun doch schlimmer? Hab ich eine andere Krankheit?“ „Mhh ... ja, also ... weiß ich jetzt auch nicht so genau. Dann bleiben Sie erst mal hier und fragen später noch mal die Schwester auf Station.“

Mit den Gedanken bei der Bronchoskopie und mutmaßend über die Gründe der Untersuchungsanweisung, absolviert der Patient die Übungen. Im Anschluss an die Physiotherapie sucht der Patient das Pflegepersonal seiner Station auf. Auf die Frage, warum der Physiotherapeut ihn eher bei der Bronchoskopie erwartet hätte, erwidert eine Schwester, dass der Physiotherapeut bereits angerufen hätte und das mit der Bronchoskopie so nicht zutrefte, er solle sich aber erst mal ausruhen, vielleicht kommt der Arzt heute Vormittag noch mal, da müsse er im Zimmer sein.

Nach dem Mittagessen und in Erwartung des Arztes weist das Stationspersonal den Patienten in die Handhabung der NAS-Inhalationslösung ein. Was denn „NAS“ bedeute, will der Patient wissen. „Das steht für Natrium-Salbutamol. Das sorgt dafür, dass Sie besser durchatmen können. Wenn Sie aber zu sehr davon husten müssen, dann lassen Sie das.“ Nach zwei Inhalationsversuchen, die immer wieder in heftigen Hustenanfällen enden, stellt der Patient die Therapie ein und berichtet der Schwester davon. Nach einer Zeit der Stille folgt das Abendessen und die neue Nachtschwester stellt sich vor. Na, dann heute wenigstens keine Bronchoskopie mehr.

Eine Herzensangelegenheit



Auf der kardiologischen Intermediärstation nimmt Schwester Anne in der Spätschicht ihren Dienst auf. Sie betritt die Station – alarmierende Monitore, hektisch umherlaufende Kollegen, Patientenkliegeln aus allen Richtungen. Der vom wieder einmal stressigen Frühdienst gezeichnete Pfleger übergibt ihr seine Patienten. Da sich morgens eine Kollegin krankgemeldet hatte, mussten alle Pflegekräfte zwei Patienten zusätzlich betreuen. In Zimmer 65 liegt Frau Schmidt, eine Patientin mit Trisomie 21:

„Die ist unauffällig, Fußgänger, selbstständig. Sie soll morgen aufgrund ihres Atriumseptumdefekts zur Herzkatheteruntersuchung, ggf. mit ASD-Verschluss durch Schirmchen. Ansonsten kann ich dir zu der auch nix weiter sagen, da ich sie heute zum ersten Mal betreut habe.“



Nach der Übergabe wird ein Notfall eingeliefert. Die ältere Dame mit hypertensiver Entgleisung muss stationär aufgenommen werden – alle Pflegekräfte der Spätschicht sowie der diensthabende Arzt sind mit der Aufnahme und Versorgung der Patientin beschäftigt. Mittlerweile ist es 16 Uhr, als die Notfallpatientin erst mal versorgt ist und die anderen Patienten durch den Spätdienst begrüßt werden können. Gott sei Dank gab es ansonsten keine Zwischenfälle, während das gesamte Team mit der Aufnahme der Patientin beschäftigt war. Auch in Zimmer 65 bei Frau Schmidt scheint alles unauffällig zu sein:

„Frau Schmidt, ich bin Schwester Anne vom Spätdienst. Entschuldigen Sie, dass ich mich erst jetzt vorstelle, aber wir hatten hier einen Notfall. Ist bei Ihnen alles in Ordnung? Sie bekommen ja morgen dann Ihre Herzkatheteruntersuchung.“



Noch bevor Frau Schmidt richtig antworten kann, ertönt die Patientenkliegeln, und Schwester Anne verlässt überstürzt das Zimmer. Am späten Nachmittag entdeckt Schwester Anne eine ärztliche Anordnung in Frau Schmidts Patientenkurve. Sie soll 1 mg Tavor erhalten und morgen früh nüchtern bleiben. Pflichtbewusst führt Schwester Anne die Anordnung aus. Als sie Frau Schmidt gerade erklärt, dass das eine Schmelztablette ist und sie diese unter der Zunge zergehen lassen soll, wird sie schon wieder zu einem anderen Patienten gerufen. **„Das ist verrückt heute ... man kommt ja hier zu gar nichts. Es tut mir leid, Frau Schmidt, ich komme später noch mal zu Ihnen. Nehmen Sie erst mal Ihre Tablette.“**

In einer ruhigeren Minute beschließt das Team der Spätschicht, kurz durchzuatmen und eine kleine Pause einzulegen. Die Pflegekräfte sitzen im Stationszimmer beisammen und trinken einen Kaffee. Da betritt Holger von der Physiotherapie das Zimmer und begrüßt die Kollegen. **„Lasst euch den wohlverdienten Kaffee schmecken! Auch der diensthabende Arzt setzt sich kurz dazu und trinkt einen Kaffee. Er spricht Anne an: „Ich habe bei Frau Schmidt Tavor angeordnet. Sie hat ja morgen die HKU, soll etwas runterkommen.“ Anne antwortet: „Hat sie erhalten. Ich habe die Anordnung vorhin schon gesehen.“**

Am frühen Abend geht Anne durch die Patientenzimmer, misst Blutdruck, hilft bei der Körperpflege und verteilt Schlaftabletten. Sie ist froh, dass Frau Schmidt so selbstständig ist und kaum Unterstützung benötigt.

„Frau Schmidt, Sie sind heute einer meiner leichten Fälle. Schön, dass Sie sich allein versorgen können. Wenn Sie doch Hilfe brauchen, klingeln Sie bitte. Ich helfe jetzt mal Ihrer Bettnachbarin im Bad. Und für Ihre Herzkatheteruntersuchung morgen ist ja so weit erst mal alles klar.“

Am nächsten Tag wird Frau Schmidt zur HKU abgerufen. Als der Pfleger vom Frühdienst sie ins Katheterlabor fährt, bricht Frau Schmidt in Tränen aus.



Auf der kardiologischen Intermediärstation nimmt Schwester Anne der Spätschicht ihren Dienst auf. Sie betritt die Station – alarmierende Monitore, hektisch umherlaufende Kollegen, Patientenkliegeln aus allen Richtungen. Der vom wieder einmal stressigen Frühdienst gezeichnete Pfleger übergibt ihr seine Patienten. Da sich morgens eine Kollegin krankgemeldet hatte, mussten alle Pflegekräfte zwei Patienten zusätzlich betreuen. In Zimmer 65 liegt Frau Schmidt, eine Patientin mit Trisomie 21: **„Die ist unauffällig, Fußgänger, selbstständig. Sie soll morgen aufgrund ihres Atriumseptumdefekts zur Herzkatheteruntersuchung, ggf. mit ASD-Verschluss durch Schirmchen. Ansonsten kann ich dir zu der auch nix weiter sagen, da ich sie heute zum ersten Mal betreut habe.“**

Nach der Übergabe wird ein Notfall eingeliefert. Die ältere Dame mit hypertensiver Entgleisung muss stationär aufgenommen werden – alle Pflegekräfte der Spätschicht sowie der diensthabende Arzt sind mit der Aufnahme und Versorgung der Patientin beschäftigt. Mittlerweile ist es 16 Uhr, als die Notfallpatientin erst mal versorgt ist und die anderen Patienten durch den Spätdienst begrüßt werden können. Gott sei Dank gab es ansonsten keine Zwischenfälle, während das gesamte Team mit der Aufnahme der Patientin beschäftigt war. Auch in Zimmer 65 bei Frau Schmidt scheint alles unauffällig zu sein: **„Frau Schmidt, ich bin Schwester Anne vom Spätdienst. Entschuldigen Sie, dass ich mich erst jetzt vorstelle, aber wir hatten hier einen Notfall. Ist bei Ihnen alles in Ordnung? Sie bekommen ja morgen dann Ihre Herzkatheteruntersuchung.“**

Noch bevor Frau Schmidt überhaupt antworten kann, ertönt die Patientenkliegeln, und Schwester Anne verlässt überstürzt das Zimmer.

Am späten Nachmittag entdeckt Schwester Anne eine ärztliche Anordnung in Frau Schmidts Patientenkurve. Sie soll 1 mg Tavor erhalten und morgen früh nüchtern bleiben. Pflichtbewusst führt Schwester Anne die Anordnung aus.

Als sie Frau Schmidt gerade erklärt, dass das eine Schmelztablette ist und sie diese unter der Zunge zergehen lassen soll, wird sie schon wieder zu einem anderen Patienten gerufen. **„Das ist verrückt heute ... man kommt ja hier zu gar nichts. Es tut mir leid, Frau Schmidt, ich komme später noch mal zu Ihnen. Nehmen Sie erst mal Ihre Tablette.“**

In einer ruhigeren Minute beschließt das Team der Spätschicht, kurz durchzuatmen und eine kleine Pause einzulegen. Die Pflegekräfte sitzen im Stationszimmer beisammen und trinken einen Kaffee. Da betritt Holger von der Physiotherapie das Zimmer und begrüßt die Kollegen. **„Lasst euch den wohlverdienten Kaffee schmecken! Wer betreut Frau Schmidt aus der 65?“** Schwester Anne gibt per Handzeichen zu verstehen, dass sie die richtige Ansprechpartnerin ist. Holger meint: **„Du, ich war gerade in dem Zimmer, weil ich die Bettnachbarin mobilisiert habe. Mir ist aufgefallen, dass Frau Schmidt sehr traurig wirkt. Als ich sie ansprach, fing sie an zu weinen. Ich glaube, sie hat große Angst vor dem morgigen Eingriff.“** Erstaunt antwortet Anne: **„Hab ich echt nicht gemerkt ... wie auch. Hatte ja bis jetzt gar keine Zeit für sie.“**

Am frühen Abend sucht Anne das Gespräch mit der Patientin. Sie muss feststellen, dass Frau Schmidt wirklich große Bedenken hat. **„Ich habe Angst vor der Operation am Herzen“,** sagt Frau Schmidt. **„Nein, das ist keine Operation am Herzen. Durch die Katheteruntersuchung können die Ärzte Ihr Herz nur viel besser anschauen als mit dem Ultraschallgerät“,** erklärt Anne einfühlend. **„Soll ich den Arzt noch mal zu Ihnen schicken, damit er Ihnen das Vorgehen noch mal ganz genau beschreibt?“** Frau Schmidt nickt und weint vor Erleichterung. **„Ich habe vor lauter Stress gar nicht bemerkt, wie es Ihnen geht, Frau Schmidt. Das tut mir wirklich leid. Ich hoffe sehr, dass wir Ihnen die Sorgen vor dem morgigen Tag etwas nehmen können. Bitte melden Sie sich, wenn Sie nach dem Gespräch mit dem Arzt noch etwas brauchen oder wissen möchten.“**





Der Juckreiz



Es ist ein warmer Sommertag und die Bewohner der Demenzstation werden wie immer für das Frühstück vorbereitet. Einer nach dem anderen wird gewaschen, angezogen und in den Frühstücksraum gebracht. Die Pflegefachkraft macht ihre Handgriffe routiniert, und dennoch ist sie stets in Eile. **„Viel zu viel Arbeit für einen alleine“**, denkt sie. Während sie Frau Weber beim Überziehen eines Pullovers hilft, stockt sie plötzlich. In den Zwischenräumen von Frau Webers Hand bilden sich Rötungen. Pflichtgemäß dokumentiert sie die Rötungen und behält die weitere Entwicklung der Hand im Auge.

In den folgenden Wochen berichtet Frau Weber von einem immer stärker werdenden Juckreiz an der Hand. Die roten Stellen breiten sich aus und kleine Pusteln entstehen. Sollte es Krätze sein? Auch andere Bewohner beginnen sich zu kratzen. Die Pflegefachkräfte und die Therapeuten sind sich einig: Es muss etwas passieren! Nach einigen Diskussionen mit der Heimleitung werden die Bewohner mit Verdacht auf Krätze dem Arzt während dessen Heimbesuchs vorgestellt. Dieser gibt Entwarnung: **„Das ist nur trockene Haut. Wenn Sie das besser eincremen, wird das weggehen.“** Auf Anweisung des Arztes intensivieren die Pflegekräfte in den nächsten Tagen und Wochen die Behandlung der Bewohner mit der Lotion. Die Zeit ist knapp. Aber auch nach Wochen des Eincremens wird es nicht besser. Immer mehr Bewohner der Station juckt es und sie kratzen sich. Die roten Stellen und Pusteln breiten sich aus. Die Heimleitung verweist auf die Aussage des Arztes und vermutet ein Hautpflegedefizit.

In der Zwischenzeit ist der Herbst angebrochen, und eine Pflegenden geht erneut zur Heimleitung und macht die Dringlichkeit weiterer Maßnahmen deutlich. In Anbetracht der andauernden Problematik lenkt die Heimleitung ein und gibt grünes Licht für einen Facharztbesuch. So begeben sich nun sieben stark demenzielle Bewohner, darunter Frau Weber, eine Betreuungskraft, eine Praktikantin und eine Dame vom Fahrdienst in die offene Sprechstunde einer Hautärztin. Um in der Praxis anzukommen, muss die Gruppe eine Autofahrt und einen Fußweg mit Stufen hinter sich bringen und viel Angst während des Wartens überwinden. Endlich wird ein Patient nach dem anderen aufgerufen. Nach der Inspektion der Haut durch die Ärztin lautet die Diagnose: Keine Krätze, nur trockene Haut.

Mittlerweile ist bei vielen Bewohnern der ganze Körper betroffen. Zum Teil auch der Kopf. Die Situation ist unerträglich. Fast täglich nun fragen die Pflegekräfte bei der Heimleitung nach: **„Was sollen wir tun?“** Und jeden Tag dieselbe Antwort: **„Es ist keine Krätze, also können wir da auch nichts machen.“**

Im Januar schließlich schaltet sich ein Angehöriger Frau Webers ein und droht, das Gesundheitsamt zu verständigen. Daraufhin erfolgt die Vorstellung der Bewohnerin bei einem anderen Hautarzt. Nach Schilderung der Heimsituation durch das Pflegepersonal, der Durchsicht der Pflegedokumentationen aller betroffenen Bewohner und erneuter Hautuntersuchung – die Diagnose: Krätze.

Sieben Monate nach dem ersten Verdacht wird mit der Behandlung der Bewohner begonnen.



Es ist ein warmer Sommertag und die Bewohner der Demenzstation werden wie immer für das Frühstück vorbereitet. Einer nach dem anderen wird gewaschen, angezogen und in den Frühstücksraum gebracht. Die Pflegefachkraft macht ihre Handgriffe routiniert und dennoch ist sie stets in Eile. **„Viel zu viel Arbeit für einen alleine“**, denkt sie. Während sie Frau Weber beim Überziehen eines Pullovers hilft, stockt sie plötzlich. In den Zwischenräumen von Frau Webers Hand bilden sich Rötungen. Pflichtgemäß dokumentiert sie die Rötungen und behält die weitere Entwicklung der Hand im Auge.

In den folgenden Wochen berichtet Frau Weber von einem immer stärker werdenden Juckreiz an der Hand. Die roten Stellen breiten sich aus und kleine Pusteln entstehen. Sollte es Krätze sein? Auch andere Bewohner beginnen langsam, sich zu kratzen. Die Pflegefachkräfte und die Therapeuten sind sich einig: Es muss etwas passieren! Nach einigen Diskussionen mit der Heimleitung werden die Bewohner mit dem Verdacht auf Krätze dem Arzt während dessen Heimbesuchs vorgestellt. Dieser gibt Entwarnung: **„Das ist nur trockene Haut. Wenn Sie das besser eincremen, wird das weggehen.“** Auf Anweisung des Arztes intensivieren die Pflegekräfte in den nächsten Tagen und Wochen die Behandlung der Bewohner mit der Lotion. Die Zeit ist knapp. Aber auch nach Wochen des Eincremens wird es nicht besser. Immer mehr Bewohner der Station juckt es und sie kratzen sich. Die roten Stellen und Pusteln breiten sich aus.

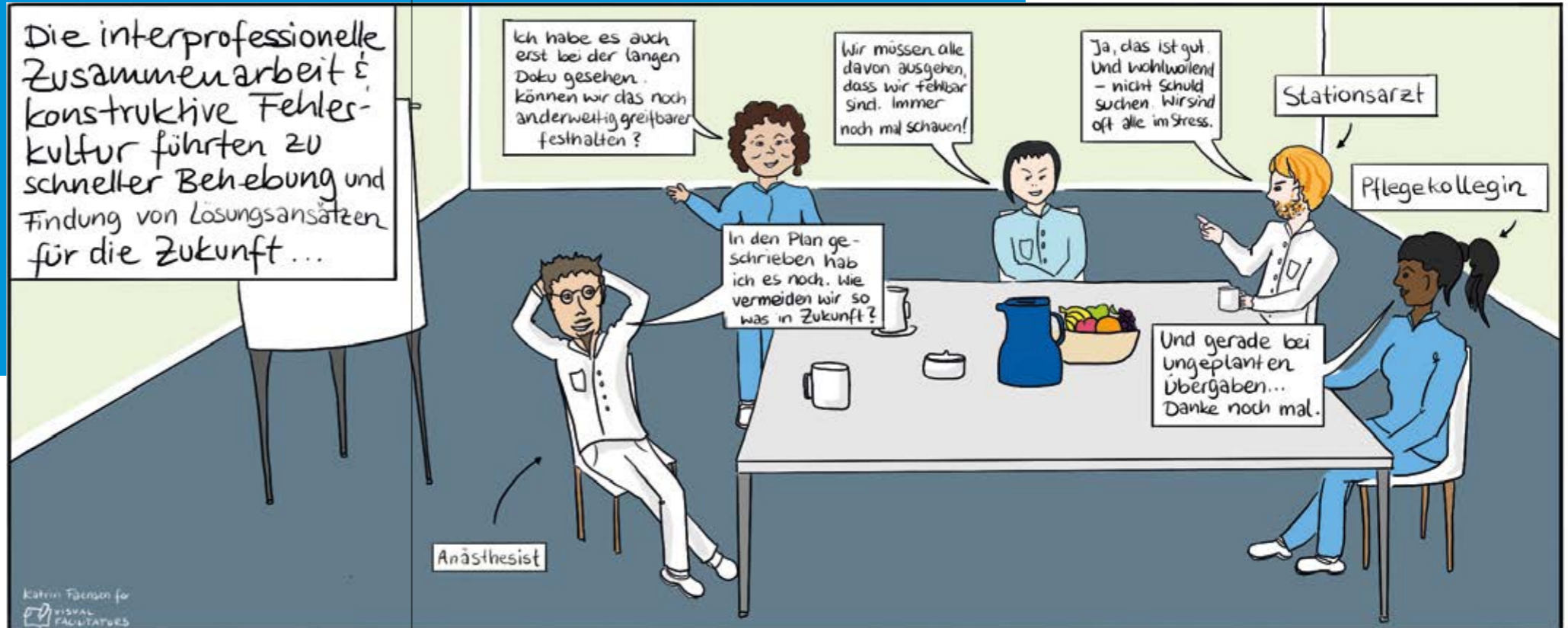
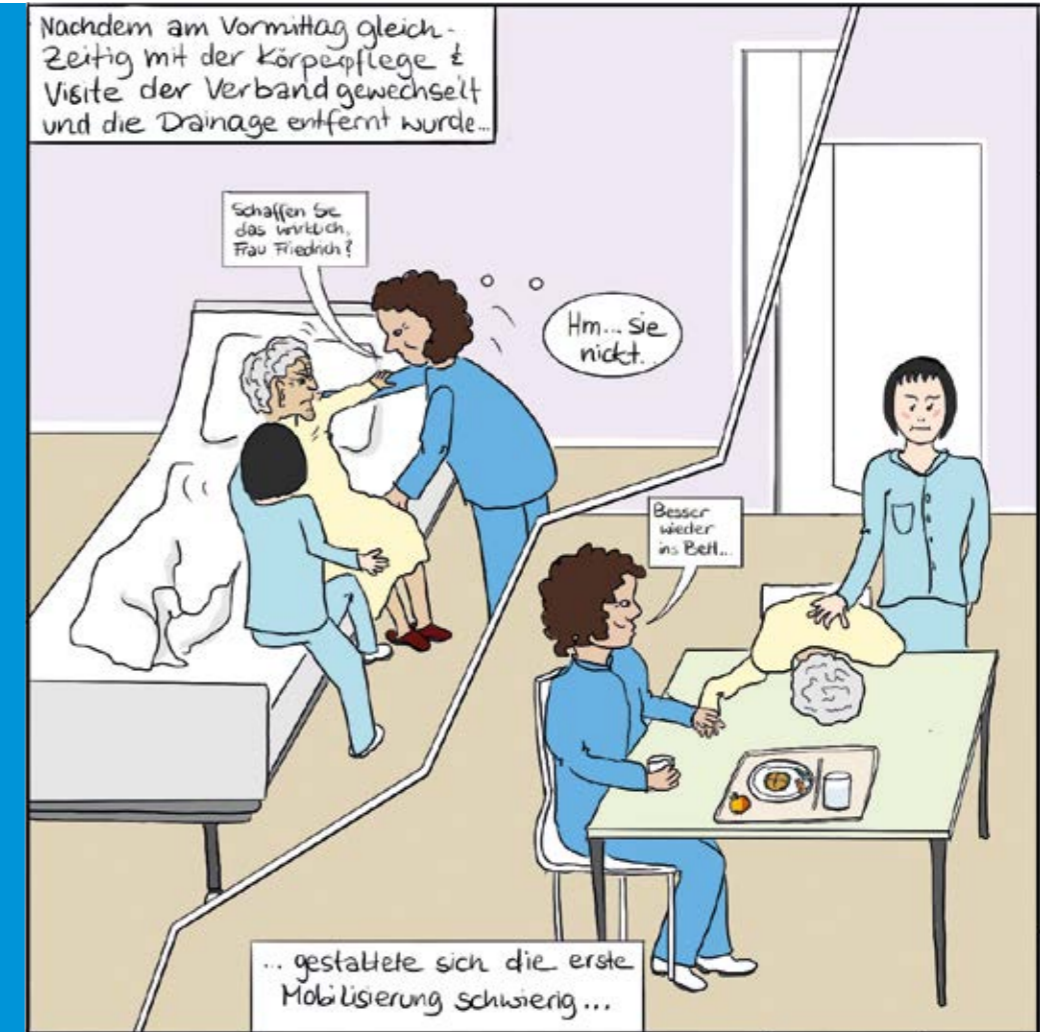
Das Pflegepersonal, die Therapeuten und die Heimleitung setzen sich zusammen. Irgendetwas kann nicht stimmen. So kann es nicht weitergehen. Sie beschließen, gemeinsam die Bewohner bei einem Hautarzt vorzustellen. Da es für die Bewohner sehr belastend ist, eine Praxis aufzusuchen, und mehrere Bewohner gleichzeitig betroffen sind, erkundigt sich die Heimleitung bei den Hautarztpraxen vor Ort nach der Möglichkeit eines Hausbesuchs. Nach einigen Telefonaten kann sie eine Kooperation mit einer Hautärztin aus dem Nachbarort aufbauen und einen Termin für den Hausbesuch vereinbaren.

Am vereinbarten Termin liegen die medizinischen Unterlagen der Bewohner bereit. Die Hautärztin ist unsicher: Das Erscheinungsbild spricht eigentlich für trockene Haut. Nach dem Gespräch mit den Pflegekräften und nach Durchsicht der Dokumentationen der Bewohner kann sie jedoch ausschließen, dass es sich hier nur um eine unterlassene Hautpflege handelt. Sie stellt die Diagnose: Krätze.

Zwei Monate nach dem ersten Verdacht wird mit der Behandlung begonnen.



Mobilisation unter Schmerzen



Die Akte



Sie sind in Ihrer Hausarztpraxis. Zu Ihnen kommt Josef Pohl, 48 Jahre alt. Der Patient ist eigentlich bei einem anderen Hausarzt in Behandlung, für den Sie die Urlaubsvertretung übernommen haben. Herr Pohl klagt über starke Schmerzen, die er seit einer Operation habe. Sie fragen den Patienten nach seiner Vorgeschichte.

Er entgegnet: „Oh, da muss ich aber ausholen“, und beginnt zu erzählen: „Ich arbeitete im Maschinenbau als Schweißer, spielte Fußball, segelte und war fit wie ein Turnschuh. Allerdings war ich auch besorgt, da mein Onkel im Alter von 69 Jahren an Prostatakrebs verstorben ist. Ich bin dann zum Hausarzt und habe danach ein Screening machen lassen.“

Nach weiteren Untersuchungen kam die Diagnose: Prostatakarzinom. Der Urologe traf gleich zu Beginn auch exakt den Ton, den ich von der Arbeit kenne. Klare Terminabsprachen, kaum Wartezeit, der Umgang mit der Krankheit wirkte professionell und routiniert. Er fragte dann, wo denn operiert werden soll. Entweder in der Uni-Klinik, wo man auch bei Krebs gern ‚durchs Schlüsselloch‘ operiert. Oder im angrenzenden Luisenhospital, wo die Ärzte das radikalere Vorgehen mit ‚großem Bauchschnitt‘ bevorzugen.



Ich war ratlos. Doch der Urologe ließ keinen Zweifel daran aufkommen, was er empfiehlt: die klassische radikale Therapie. Er war für mich wie ein Lotse, der auf ein Schiff geht und das Kommando übernimmt. Mit den ganzen Voruntersuchungen dauerte es zwei Wochen bis zur Operation. Ich hatte das Gefühl: Alles im Griff. Bis einen Tag vor der OP hab ich noch in der Stahlproduktion gearbeitet. Mir half die Arbeit, mich zu stabilisieren. Die OP verlief ohne Probleme. Die Konsequenzen waren leider Impotenz und Inkontinenz. Ich hatte noch Schmerzen, konnte aber entlassen werden. Der Arzt füllte die Entlassungspapiere aus und drückte sie mir in die Hand.

Ich war dann lange zu Hause und hatte wahnsinnige Schmerzen. Ich bin dann irgendwann als halbe Leiche zum Hausarzt gewankt. Der war ratlos und tröstete mich, das gehe vorüber. Er hat mich weiter krankgeschrieben. Erst meine Frau hat mir dann Schmerzmittel besorgt. Die Schmerzen ließen aber nicht nach.

Jetzt nach sieben Wochen hat mein Arbeitgeber mich gefragt, wann ich denn wieder arbeiten komme. Daher bin ich jetzt hier.“

Sie denken sich: Da stimmt doch was nicht, und fragen Herrn Pohl, ob schon mal jemand genauer nach der Naht geschaut hat. Laut Beteuern des Patienten hat sich niemand die Wunde nochmals angesehen. Bei der Untersuchung entdecken Sie an der Operationsnaht eine faustgroße Höhle mit abgestorbenen und infektiösen Geweberesten.

Sie kümmern sich um den Fall und überweisen Herrn Pohl an das Krankenhaus, in dem er zuvor bereits behandelt wurde. Im Krankenhaus fällt aus der Krankenakte ein abgelehnter Antrag auf Anschlussheilbehandlung heraus, der von dem damaligen behandelnden Arzt gestellt, vom Kostenträger abgelehnt und an das Krankenhaus zurückgeschickt wurde.

Herr Pohl hat von so einem Antrag noch nie etwas gehört ...



Sie sind in Ihrer Hausarztpraxis. Zu Ihnen kommt Josef Pohl, 48 Jahre alt. Der Patient ist eigentlich bei einem anderen Hausarzt in Behandlung, für den Sie die Urlaubsvertretung übernommen haben. Sie fragen den Patienten nach seiner Vorgeschichte und dem Grund des Besuches. Er entgegnet: „Oh, da muss ich aber ausholen“, und beginnt zu erzählen: „Ich arbeitete im Maschinenbau als Schweißer, spielte Fußball, segelte und war fit wie ein Turnschuh. Allerdings war ich auch besorgt, da mein Onkel im Alter von 69 Jahren an Prostatakrebs verstorben ist. Ich bin dann zum Hausarzt und habe danach ein Screening machen lassen.“

Nach weiteren Untersuchungen kam die Diagnose: Prostatakarzinom. Der Urologe traf gleich zu Beginn auch exakt den Ton, den ich von der Arbeit kenne. Klare Terminabsprachen, kaum Wartezeit, der Umgang mit der Krankheit wirkte professionell und routiniert. Er fragte dann, wo denn operiert werden soll. Entweder in der Uni-Klinik, wo man auch bei Krebs gern ‚durchs Schlüsselloch‘ operiert. Oder im angrenzenden Luisenhospital, wo die Ärzte das radikalere Vorgehen mit ‚großem Bauchschnitt‘ bevorzugen.

Ich war ratlos. Doch der Urologe ließ keinen Zweifel daran aufkommen, was er empfiehlt: die klassische radikale Therapie. Er war für mich wie ein Lotse, der auf ein Schiff geht und das Kommando übernimmt. Mit den ganzen Voruntersuchungen dauerte es zwei Wochen bis zur Operation. Ich hatte das Gefühl: Alles im Griff. Bis einen Tag vor der OP hab ich noch in der Stahlproduktion gearbeitet. Mir half die Arbeit, mich zu stabilisieren.

Die OP verlief ohne Probleme. Die Konsequenzen waren leider Impotenz und Inkontinenz. Ich hatte noch Schmerzen, konnte aber entlassen werden. Der Arzt im Krankenhaus klärte mich umgehend über die nächsten Schritte auf, erklärte mir, dass ich nun innerhalb der nächsten 14 Tage eine Anschlussheilbehandlung in Anspruch nehmen sollte. Der Sozialdienst kam im Krankenhaus zu mir, und gemeinsam füllten wir den Antrag aus. Schlussendlich wurden meine Daten in der elektronischen Gesundheitsakte gespeichert und an meinen Hausarzt übermittelt.

Im Rahmen der Nachsorge war ich wieder beim Urologen. Der schaute kurz in meine elektronische Patientenakte und hat sich umgehend meine Wunde angeschaut. An der Operationsnaht hatte ich eine kleine Entzündung, die gleich vor Ort behandelt wurde.

Die Anschlussheilbehandlung habe ich dann gut überstanden. Da gab es ein Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die sich alle großartig um mich gekümmert haben. Wie mir berichtet wurde, hat die Rentenkasse auch gleich, ohne zu murren, die Kosten übernommen. Ich habe mittlerweile auch wieder als Schweißer angefangen zu arbeiten. Ich bin wirklich froh, meine Kollegen und meine Arbeit wiederzuhaben.

Heute bin ich nur da, weil der Urologe sagte, ich soll diesen PSA-Wert noch mal nach drei Monaten bestimmen lassen. Das könnte ich auch beim Hausarzt machen, meinte er.“

Kommunikationskrise im Kreißsaal



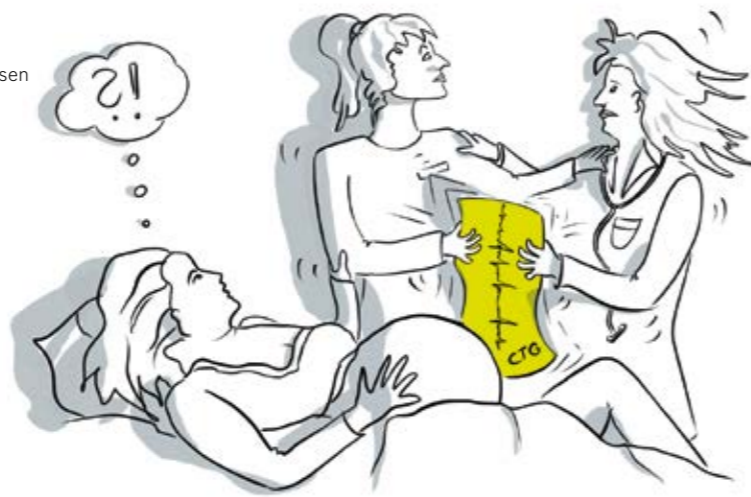
Es ist Samstagmorgen, irgendwas um 8:30 Uhr, in einem Perinatalzentrum. Der Frühdienst ist noch mit der Versorgung der Geburten aus der Nacht beschäftigt, als es erneut an der Tür schellt und sich Frau Weiher, eine 35-Jährige, I Gravida/0 Para, mit einem vorzeitigen Blasensprung und bereits einsetzender heftiger Wehentätigkeit vorstellt. Nach einem Aufnahmeschall durch die Dienstärztin übernimmt die Hebamme, Frau Gromski, die weitere Betreuung der Patientin. Diese stellt im weiteren Verlauf fest, dass die Eröffnungsperiode der Patientin protrahiert ist und sich bei einem bis auf Saum geöffneten Muttermund zudem eine kindliche Fehleinstellung zeigt. Das CTG ist unauffällig.

Da die Dienstärztin auf Station bei einem Notfall ist, informiert Frau Gromski sie in aller Kürze telefonisch über die Untersuchungsergebnisse. Die Ärztin verspricht, sobald es ihr möglich ist, zu kommen. Entgegen der Erwartung der Ärztin nimmt der Notfall sie jedoch noch eine ganze Stunde in Anspruch. Als die Ärztin schließlich den Kreißsaal betritt, um erneut mit Frau Gromski zu sprechen, zeigt sich ihr ein suspektes bis pathologisches CTG. Die zweite Hebamme im Dienst, die ebenfalls sehr beschäftigt ist, berichtet, dass Frau Weiher's Hebamme kurz den Kreißsaal verlassen habe; soweit sie wüsste, habe sich aber am Geburtsfortschritt „nicht wirklich“ etwas verändert. Die Ärztin, aufgrund der sehr vollen Ambulanz unter Zeitdruck, tritt alleine auf die kraftlos wirkende Patientin zu.

„Frau Weiher, Meßmer ist mein Name, ich bin die diensthabende Ärztin. Wie geht es Ihnen denn?“

„Ich bin sehr erschöpft.“ „Das glaube ich Ihnen. Ich möchte gerne mit Ihnen über den weiteren Verlauf sprechen. Ihr Kind zeigt uns so langsam im CTG an, dass es Stress bekommt. Die Herztöne gehen in den Wehen jetzt immer deutlich runter.“

Daraufhin wird die Frau von großer Aufregung erfasst: **„Die Herztöne gehen runter? Mein Kind hat Stress? Wieso hat mir das keiner gesagt?“** Während Frau Gromski den Raum betritt, entgegnet die Ärztin: **„Das mache ich ja jetzt. Ich denke, dass wir dann an dieser Stelle einen Schlussstrich ziehen und einen Kaiserschnitt machen, es hilft ja nichts. Ich würde Sie nur gerne zur Sicherheit noch einmal untersuchen.“**



Sichtlich verärgert interveniert Frau Gromski: **„Moment mal! Was hilft nichts? Der letzte Befund war gut! Ist sicher besser, wenn nur einer untersucht!“** Sie nimmt der Ärztin unsanft den Untersuchungshandschuh aus der Hand und untersucht die Patientin. **„Ah bitte, Frau Doktor: Kopf steht bei Beckenmitte und wir haben nicht mal gepresst, aber wenn Sie den Kaiserschnitt unbedingt noch machen wollen ...“**

Die Schwangere blickt ängstlich von der Hebamme zur Ärztin: **„Wenn mein Baby Stress hat, will ich jetzt einen Kaiserschnitt, das scheint ja nichts zu bringen.“** Die Ärztin seufzt und verdreht die Augen, auch ihr stecken die letzten stressigen Stunden in den Knochen. Sie atmet tief durch und setzt an: **„Nein, das ist jetzt eine andere Ausgangssituation, die Lagerung hat schon viel gebracht. Wenn Sie jetzt mitpressen, ist Ihr Kind sicherlich gleich da.“** Dann wirft sie der Hebamme einen genervten Blick zu und ergänzt: **„Ich will hier ja auch nicht einfach so einen Kaiserschnitt machen.“**

Die Hebamme leitet die Patientin nun zum Mitpressen an und nach acht Minuten ist die Patientin Mutter eines lebensfrischen Jungen. Ärztin und Hebamme reden in der Zwischenzeit nur noch das Nötigste miteinander, und sobald es geht, verlässt die Ärztin den Raum. Die Hebamme braucht noch eine ganze Weile, um ihren Ärger zu bearbeiten. Sie fühlt sich vor der Patientin entmündigt und sieht sich in ihrer Arbeit dadurch gering geschätzt, und all das nur, weil die Ärztin sich vorher nicht richtig informiert hat. Am schlimmsten ist allerdings, dass in der letzten Phase der Geburt die Patientin durch die Aussagen der Ärztin ein Stück weit das Vertrauen in sie verloren und die gut aufgebaute Beziehung dadurch einen Knacks erlitten hat.

Auch die Ärztin behält die Situation in ungueter Erinnerung. Für sie war alles sehr viel Arbeit und Stress an dem Tag. Sie hatte nur das Beste für die Mutter und das Kind im Blick. Die Reaktion der Hebamme hat sie in der Heftigkeit total überrascht und auch verärgert. Als würde sie einfach so aus dem Nichts einen Kaiserschnitt anordnen. Beide tragen das Geschehene noch eine ganze Weile mit sich herum und nehmen sich vor, irgendwann mal mit der anderen darüber zu sprechen ...



Es ist Samstagmorgen, irgendwas um 8:30 Uhr, in einem Perinatalzentrum. Der Frühdienst ist noch mit der Versorgung der Geburten aus der Nacht beschäftigt, als es erneut an der Tür schellt und sich Frau Weiher, eine 35-Jährige, I Gravida/0 Para, mit einem vorzeitigen Blasensprung und bereits einsetzender heftiger Wehentätigkeit vorstellt. Nach einem Aufnahmeschall durch die Dienstärztin übernimmt die Hebamme, Frau Gromski, die weitere Betreuung der Patientin. Diese stellt im weiteren Verlauf fest, dass die Eröffnungsperiode der Patientin protrahiert ist und sich bei einem bis auf Saum geöffneten Muttermund zudem eine kindliche Fehleinstellung zeigt. Das CTG ist unauffällig.

Da die Dienstärztin auf Station bei einem Notfall ist, informiert Frau Gromski sie in aller Kürze telefonisch über die Untersuchungsergebnisse. Die Ärztin verspricht, sobald es ihr möglich ist, zu kommen. Entgegen der Erwartung der Ärztin nimmt der Notfall sie jedoch noch eine ganze Stunde in Anspruch. Als die Ärztin schließlich den Kreißsaal betritt, um erneut mit Frau Gromski zu sprechen, zeigt sich ihr ein suspektes bis pathologisches CTG. Die zweite Hebamme im Dienst, die ebenfalls sehr beschäftigt ist, berichtet, dass Frau Weiher's Hebamme kurz den Kreißsaal verlassen habe; soweit sie wüsste, habe sich aber am Geburtsfortschritt „nicht wirklich“ etwas verändert. Die Ärztin, aufgrund der sehr vollen Ambulanz unter Zeitdruck, tritt alleine auf die kraftlos wirkende Patientin zu.

„Frau Weiher, Meßmer ist mein Name, ich bin die diensthabende Ärztin. Wie geht es Ihnen denn?“

„Ich bin sehr erschöpft.“ „Das glaube ich Ihnen. Ich möchte gerne mit Ihnen über den weiteren Verlauf sprechen. Ihr Kind zeigt uns so langsam im CTG an, dass es Stress bekommt. Die Herztöne gehen in den Wehen jetzt immer deutlich runter.“

Daraufhin wird die Frau von großer Aufregung erfasst: **„Die Herztöne gehen runter? Mein Kind hat Stress? Wieso hat mir das keiner gesagt?“** Während Frau Gromski den Raum betritt, entgegnet die Ärztin: **„Das mache ich ja jetzt. Ich denke, dass wir dann an dieser Stelle einen Schlussstrich ziehen und einen Kaiserschnitt machen, es hilft ja nichts. Ich würde Sie nur gerne zur Sicherheit noch einmal untersuchen.“**

Sichtlich verärgert interveniert Frau Gromski: **„Entschuldigung? Was hilft nichts? Der letzte Befund war wirklich deutlich besser! Ich schaue eben noch einmal nach! Darf ich bitte?“** Die Ärztin übergibt den Untersuchungshandschuh und erklärt, auch mit dem Blick zur Patientin: **„Aufgrund des CTGs war ich zunächst in der Tat etwas beunruhigt. Aber jetzt schaut sich Frau Gromski alles in Ruhe an und dann können wir das gemeinsam entscheiden. Es besteht kein Grund zur Sorge oder Hast.“**

Der Patientin bestätigend zunickend, zieht die Hebamme den Handschuh an. Nach der Untersuchung sagt sie sowohl zur Ärztin als auch zur Patientin gewandt: **„Die Lagerung hat viel gebracht, der Kopf steht nun bei Beckenmitte. Mit dem Pressen kann begonnen werden.“** Die Ärztin nickt der Hebamme zu und wendet sich an die noch besorgt wirkende Schwangere: **„Das CTG ist natürlich durch die bevorstehende Geburt gekennzeichnet. Ihr Kind ist zwar aufgeregt, da es in Kürze geboren wird, aber ein Kaiserschnitt ist derzeit nicht notwendig. Wenn Sie jetzt mitpressen, ist Ihr Kind sicherlich gleich da.“** Von der kurz aufgetretenen Sorge erlöst, konzentriert sich die werdende Mutter nun auf die Anweisungen der beiden Fachkräfte.

Die Hebamme leitet die Patientin zum Mitpressen an und nach acht Minuten ist die Patientin Mutter eines lebensfrischen Jungen. Nach der ersten Versorgung von Mutter und Kind verlassen Hebamme und Ärztin den Kreißsaal.

„Ich finde es nicht gut, dass Sie ohne Rücksprache mit mir den möglichen weiteren Geburtsverlauf mit der Patientin diskutiert haben“, sagt Frau Gromski. **„Schließlich habe ich die letzten Stunden mit der Patientin intensiv gearbeitet. Nach den Lagerungsmaßnahmen hat sich das Kind richtig eingestellt!“** Nach einer kurzen Pause führt sie weiter aus: **„Ich fühle mich irgendwie entmündigt und in meiner Arbeit gering geschätzt.“**

Die Ärztin erwidert: **„Das verstehe ich, bitte entschuldigen Sie mein voreiliges Vorgehen. Ich habe nur die Aussage Ihrer Kollegin gehabt und war verärgert, dass ich keine Information über das CTG erhalten habe. Mit der Vorbereitung zur Sectio wollte ich Ihnen nur Arbeit abnehmen. Es ist aber gut, dass Sie die Situation aufgeklärt haben. Nächstes Mal gehen wir anders vor.“** Beide lächeln sich kurz an und gehen wieder ihrer Arbeit nach.

Gedankenblasen



Frau Pahn ist mit Blut im Stuhl in die Klinik gekommen. Daraufhin wurden verschiedene Untersuchungen veranlasst, CT-Bildgebung, Koloskopie mit Probenentnahme und Ultraschall vom Bauch. Heute hatte sie das Gespräch mit ihrer behandelnden Ärztin zur Auswertung der Befunde. Sie hat Dickdarmkrebs im frühen Stadium, ohne Metastasen, mit guten Therapieaussichten. Die Patientin ist nun zurück auf ihrem Zimmer und hat das Mittagessen vor sich stehen, rührt es aber nicht an. Sie wirkt teilnahmslos und in Gedanken versunken.

Patientin: **Krebs. Krebs! Krebs? Was soll denn das jetzt heißen, Krebs?! Muss ich jetzt sterben? Ich hab doch noch so viel vor. Wir wollten in den Urlaub. Wie sage ich das denn meinem Mann und meinen Kindern? Ich will noch nicht sterben!**



Zur selben Zeit im Arztzimmer:

Ärztin: **Uff, das wär' geschafft. Sie hat aber ganz schön emotional reagiert. Gut, so eine Krebsdiagnose ist nicht schön, aber ich habe ihr ja ausführlich die aussichtsreichen Therapien erklärt. Na ja, die Nachricht muss wohl erst mal ankommen. Die Pflegenden kommen ja gleich zur Mittagsrunde und werden nach ihr sehen und auch noch mal mit ihr sprechen. Ob die Laborbefunde von heute schon da sind? Ich geh mal nachschauen ...**

Eine Pflegende betritt guter Dinge das Zimmer von Frau Pahn: Oh, was ist denn mit Frau Pahn? Sie wirkt ja völlig niedergeschlagen. Gar kein lustiger Spruch zur Begrüßung. Ob unsere Stationsärztin schon mit ihr gesprochen hat? Zur Übergabe wurde gar nichts berichtet. Was soll ich ihr denn jetzt sagen? Ich habe ja keine Ahnung, was sie weiß. Mhhh ... ich sag lieber nichts.

Die Pflegende sieht Frau Pahns Teller mit dem kaum angerührten Essen. Mit gespielter Unbeschwertheit sagt sie: **„Na, Frau Pahn, Ihnen schmeckt's wohl heute nicht? Dann nehme ich das Essen schon mit raus, ok?“** Von Frau Pahn kommt keine Antwort. Die Pflegende ist verunsichert und möchte die Patientin nicht bedrängen. Sie verlässt das Patientenzimmer.

Frau Pahn schaut sich um und realisiert, dass die Pflegende das Zimmer verlassen hat. Sie bricht in Tränen aus und fühlt sich mit ihrer großen Angst einsam und alleingelassen.



das lief ja ganz gut ...



Frau Pahn ist mit Blut im Stuhl in die Klinik gekommen. Daraufhin wurden verschiedene Untersuchungen veranlasst, CT-Bildgebung, Koloskopie mit Probenentnahme und Ultraschall vom Bauch. Heute hatte sie das Gespräch mit ihrer behandelnden Ärztin zur Auswertung der Befunde. Sie hat Dickdarmkrebs im frühen Stadium, ohne Metastasen, mit guten Therapieaussichten. Die Patientin ist nun zurück auf ihrem Zimmer und hat das Mittagessen vor sich stehen, rührt es aber nicht an. Sie wirkt teilnahmslos und in Gedanken versunken.

Patientin: **Krebs. Krebs! Krebs? Was soll denn das jetzt heißen, Krebs?! Muss ich jetzt sterben? Ich hab doch noch so viel vor. Wir wollten in den Urlaub. Wie sage ich das denn meinem Mann und meinen Kindern? Ich will noch nicht sterben!**

Zur selben Zeit im Arztzimmer:

Ärztin: **Uff, das wär' geschafft. Sie hat aber ganz schön emotional reagiert. Gut, so eine Krebsdiagnose ist nicht schön, aber ich habe ihr ja ausführlich die aussichtsreichen Therapien erklärt. Na ja, die Nachricht muss wohl erst mal ankommen.**

Die Stationsärztin sucht die Bezugspflegende von Frau Pahn am Pflgegetresen auf und informiert sie über den Inhalt des Gesprächs mit Frau Pahn, unter anderem darüber, dass die Diagnose mit einer sehr guten Prognose verbunden ist und sie die Patientin über die günstigen Therapieoptionen aufgeklärt hat. Sie schildert der Pflegenden ihre Beobachtungen und äußert die Vermutung, dass die Patientin durch die Diagnose sehr verängstigt sein könnte. Das Wort „Krebs“ könnte hier ein „Kopfkino“ in Gang gesetzt haben, nach dem keine anderen Informationen mehr aufgenommen wurden. Sie bittet die Pflegende deshalb, nach der Patientin zu schauen und dieser gegenüber Gesprächsbereitschaft zu signalisieren.

Die Pflegende betritt das Patientenzimmer und denkt: Oh, Frau Pahn ist ja völlig niedergeschlagen. So kenne ich sie gar nicht. Sie sagt zur Patientin: **„Hallo, Frau Pahn, die Stationsärztin hat mir eben mitgeteilt, dass Sie heute über Ihre Untersuchungsergebnisse gesprochen haben. Wie geht's Ihnen denn jetzt damit?“**

Frau Pahn bricht in Tränen aus: **„Ich will noch nicht sterben. Ich hab doch noch so viel vor. Wir wollten in den Urlaub. Wie sage ich das denn meinem Mann und meinen Kindern?! Ich will noch nicht sterben!“**

Die Pflegende reagiert: **„Ich verstehe, dass die Nachricht Sie ganz schön mitnimmt. Zum Glück sind Sie rechtzeitig zum Arzt gegangen. Unsere Ärztin sagte mir, dass die Therapiemöglichkeiten sehr aussichtsreich sind, da der Krebs noch nicht gestreut hat.“**

„Ach so, dass es da Unterschiede bei den Krebserkrankungen gibt, wusste ich nicht. Und dass man manche heilen kann, war mir gar nicht bewusst. Als ich das Wort ‚Krebs‘ gehört habe, ist für mich erst einmal eine Welt zusammengebrochen. Ich hab nichts anderes mehr gehört. Als ob ich ein Brett vorm Kopf hätte“, antwortet Frau Pahn.

„Ja, diese Reaktion kennen wir, das ist völlig normal. Da geistert erst einmal nur das Wort ‚Krebs‘ im Kopf herum. Sie sollten das im Folgegespräch mit der Ärztin noch einmal ansprechen. Sie haben ja für heute Nachmittag einen Termin bei ihr, da können Sie dann auch Fragen stellen. Ich denke, dann sind Sie etwas aufnahmefähiger. Und unsere Ärztin informiert Sie gerne über die verschiedenen Möglichkeiten“, sagt die Pflegekraft und nickt Frau Pahn ermunternd zu.

Frau Pahn nickt erleichtert zurück.

Die Therapiezieländerung



Bei Herrn K., einem 65-jährigen Patienten mit Schädel-Basis-Fraktur nach Sturz im Kellerabgang des Gartens, zeigt sich zunächst eine starke Hirndruckerhöhung mit fraglicher Folge einer Blindheit. Im Laufe des fünfwöchigen Aufenthaltes auf der Intensivstation stabilisiert sich der Patient zunehmend, sodass eine bleibende Schädigung des Sehnervs weitgehend ausgeschlossen werden kann. Der Patient öffnet die Augen und kann über Drücken der Hand kommunizieren. Allerdings erleidet er im weiteren Verlauf eine Subarachnoidalblutung, für die ursächlich ein rupturiertes Aneurysma der carotis interna verantwortlich gemacht wird. Eine Entlastungs-Hemikraniektomie bei zunehmendem Hirndruck mit drohender Einklemmung wird aber von der Ehefrau des Patienten, die zugleich als Betreuerin fungiert, abgelehnt. Es liegt eine nur spärlich ausgefüllte Patientenverfügung vor, die auf die aktuelle Situation nicht zutrifft und in der sehr allgemein verfügt wird, dass man nicht von Geräten abhängig sein wolle.

Die Assistenzärztinnen beschreiben ihren Eindruck von der über alle Maßen fürsorglichen Ehefrau, die beinahe den ganzen Tag bei ihrem Ehemann sei, sich aufopfernd und liebevoll kümmere, bisher keine einzige Visite verpasst habe und auch die Pflege des Mannes gänzlich übernehme. Die beiden Kolleginnen wünschen sich aufgrund einer durchaus realistischen Therapieoption mit Aussicht auf Rehabilitation des Patienten einen Konsens im ärztlichen Team, das diesen Eingriff für lebensnotwendig erachtet. Die Betreuerin hingegen drängt auf eine Umsetzung des mutmaßlichen Willens des Patienten und wünscht eine zeitige palliative Therapiezieländerung. Aufgrund dessen findet ein Gespräch mit der Ehefrau des Patienten, beiden Assistenzärztinnen, ihrer Oberärztin sowie dem Chefarzt im Rahmen der Visite statt. Aufgrund der dünnen Personaldecke ist auf pflegerischer Seite nur ein Auszubildender für Gesundheits- und Krankenpflege zugegen. Die Ärztinnen und der Arzt besprechen den Zustand des Patienten mit der Ehefrau ausführlich, sodass die gewünschte Therapiezieländerung entsprechend dem mutmaßlichen Patientenwillen im Anschluss im Konsens durchgeführt wird.



Bei Herrn K., einem 65-jährigen Patienten mit Schädel-Basis-Fraktur nach Sturz im Kellerabgang des Gartens, zeigt sich zunächst eine starke Hirndruckerhöhung mit fraglicher Folge einer Blindheit. Im Laufe des fünfwöchigen Aufenthaltes auf der Intensivstation stabilisiert sich der Patient zunehmend, sodass eine bleibende Schädigung des Sehnervs weitgehend ausgeschlossen werden kann. Der Patient öffnet die Augen und kann über Drücken der Hand kommunizieren. Allerdings erleidet er im weiteren Verlauf eine Subarachnoidalblutung, für die ursächlich ein rupturiertes Aneurysma der carotis interna verantwortlich gemacht wird. Eine Entlastungs-Hemikraniektomie bei zunehmendem Hirndruck mit drohender Einklemmung wird allerdings von der Ehefrau des Patienten, die zugleich als Betreuerin fungiert, abgelehnt. Es liegt eine nur spärlich ausgefüllte Patientenverfügung vor, die auf die aktuelle Situation nicht zutrifft und in der sehr allgemein verfügt wird, dass man nicht von Geräten abhängig sein wolle. Das ärztliche Team wünscht sich eine ethisch möglichst gut begründbare Entscheidung sowie einen Konsens im Team. Aufgrund dessen wird ein Ethik-Konsil gestellt.

Bei der zweizeitigen Sitzung, an der die beiden Ärztinnen teilnehmen, wird dem Team der Ethikberatung mitgeteilt, dass die Ehefrau und Betreuerin des Patienten seinen mutmaßlichen Willen sehr klar formuliert habe und sie sich keinerlei Eskalation der Therapie wünsche. Die Assistenzärztinnen beschreiben ihren Eindruck von der über alle Maßen fürsorglichen Ehefrau, die beinahe den ganzen Tag bei ihrem Ehemann sei, sich aufopfernd und liebevoll kümmere, bisher keine einzige Visite verpasst habe und auch die Pflege des Mannes gänzlich übernehme. Die beiden Kolleginnen wünschen sich aufgrund einer durchaus realistischen Therapieoption mit Aussicht auf Rehabilitation des Patienten einen Konsens im ärztlichen Team, das diesen Eingriff für lebensnotwendig erachtet. Die Betreuerin hingegen drängt auf eine Umsetzung des mutmaßlichen Willens des Patienten und wünscht eine zeitige palliative Therapiezieländerung.

Am nächsten Tag findet eine Ethikberatung sowohl mit dem ärztlichen als auch pflegerischen Team statt. Neben den beiden Assistenzärztinnen, ihrer Oberärztin und zwei Pflegenden ist die Ehefrau des Patienten zugegen. Der Eindruck der Pflegenden bei den täglichen Aktivitäten des Lebens zeigt deutliche Hinweise auf einen starken Lebenswillen des Patienten auf. Die Begrenztheit der Wahrnehmung der beiden Teams zeigt unterschiedliche Rekonstruktionen bezüglich des Bildes des Patienten. So habe der Patient zu dem Zeitpunkt, als Kommunikation über Handdruck möglich gewesen sei, stets seinen Willen zum Leben per Handdruck bejaht.

Weiterhin eröffnet eine Pflegenden, dass sie glaube, dass Frau K. mit der Betreuung ihres Mannes vielleicht überfordert sein könne und die Betreuung aus ihrer Sicht abgeben solle. Die Ehe sei ja seit über acht Jahren zerrüttet und das Paar zwar nicht geschieden, aber doch getrennt. Hiermit konfrontiert, beginnt Frau K. zu weinen und berichtet von ihrem großen Groll gegenüber ihrem Ehemann, der sie finanziell betrogen habe. Sie hält jedoch weiterhin daran fest, nur das Beste für ihn zu wollen. Aber es sei besser, wenn er versterben würde, denn sie könne seine Pflege, so wie es das Umfeld erwarten würde, definitiv nicht übernehmen, und dann sei er sich selbst überlassen – was ja auch nicht ginge.

Nach Hinzuziehen einer psychologischen Unterstützung für die Ehefrau wird auch zu ihrer Entlastung in diesem großen Ambivalenz-Konflikt ein gesetzlicher Betreuer einbestellt. Das gesamte Team entscheidet sich zur Fortsetzung der therapeutischen Maßnahmen.

Nach weiteren fünf Wochen wird Herr K. in eine Rehabilitationsklinik überwiesen.

Folgen einer Medikamentenumstellung



Die hochaltrige Frau Meier wird morgens geplant im Krankenhaus aufgenommen, da ihr am Nachmittag die Gallenblase entfernt werden soll. Sie nimmt regelmäßig diverse Medikamente zur Verringerung ihres Bluthochdrucks und zur Behandlung einer koronaren Herzkrankheit ein.



Mittags kommt die Schwester mit einer für Frau Meier unbekanntem Tablette an das Patientenbett:

„So, Frau Meier, was haben Sie denn heute schon an Medikamenten eingenommen?“ Frau Meier holt ihre mitgebrachte Tüte mit den Medikamenten heraus und beginnt der Schwester die Medikamente zu erklären. Die Schwester unterbricht sie nach einer Weile:

„So, das vergessen Sie jetzt erst mal alles. Hier im Krankenhaus machen wir das anders. Hier bekommen Sie Ihre Medikamente von mir, die anderen packen Sie jetzt alle wieder ein, die kann Ihr Mann dann heute Abend mitnehmen.“

Frau Meier ist verwirrt darüber und meint, dass ihr Hausarzt aber mehrmals gesagt hat, dass diese Medikamente für sie lebensnotwendig seien. Sie nehme sie immer ganz regelmäßig ein und das würde sie auch jetzt tun.

Die Schwester erwidert: **„Frau Meier, wir haben hier im Krankenhaus Fallpauschalen, das geht so nicht! Die Fallpauschalen verbieten Ihnen, dass Sie die mitgebrachten Medikamente weiter einnehmen.“**

Die Hochaltrige weiß jedoch nicht, was eine Fallpauschale ist, und fragt, ob das so etwas wie ein Arzt sei, wenn er doch Medikamente verbieten kann. Sie ist mittlerweile so irritiert, dass sie es ablehnt, jegliche Medikation einzunehmen.

Zwischen Stationsärztin und Schwester kommt es zum Konflikt, da die Ärztin der Meinung ist, dass es der Job der Schwester ist, die Medikation an den bzw. in den Patienten zu bringen. Da der Konflikt nicht gelöst werden kann, wird der Fall vorläufig erst einmal liegen gelassen.

Durch das Ablehnen der Medikation und das mittlerweile grundsätzlich ablehnende Verhalten Frau Meiers wird in der darauffolgenden Schicht eine bislang nicht diagnostizierte Demenzerkrankung vermutet, und die Patientin wird auf die psychiatrische Station übergeleitet. Die geplante OP muss erst einmal abgesagt werden, da vorher die Demenz ausgeschlossen werden muss, damit postoperative psychiatrische Komplikationen besser vermieden werden können.

Auf der psychiatrischen Station verstärkt sich die Irritation und Ablehnung jeglicher Behandlung der Patientin, da sie nicht versteht, weshalb sie mit einem geplanten gastroenterologischen Eingriff nun auf der psychiatrischen Station ist und zudem die OP nicht wie geplant stattfindet.

Die Schwester und die Ärztin aus der ersten Schicht erfahren am nächsten Tag, dass die Patientin mit Verdacht auf Demenz auf die psychiatrische Station verlegt wurde.



Die hochaltrige Frau Meier wird morgens geplant im Krankenhaus aufgenommen, da ihr am Nachmittag die Gallenblase entfernt werden soll. Sie nimmt regelmäßig diverse Medikamente zur Verringerung ihres Bluthochdrucks und zur Behandlung einer koronaren Herzkrankheit ein.

Mittags kommt die Schwester mit einer für Frau Meier unbekanntem Tablette an das Patientenbett: **„So, Frau Meier, was haben Sie denn heute schon an Medikamenten eingenommen?“** Frau Meier holt ihre mitgebrachte Tüte mit den Medikamenten heraus und beginnt der Schwester die Medikamente zu erklären.

Die Schwester unterbricht sie nach einer Weile: **„So, das vergessen Sie jetzt erst mal alles. Hier im Krankenhaus machen wir das anders. Hier bekommen Sie Ihre Medikamente von mir, die anderen packen Sie jetzt alle wieder ein, die kann Ihr Mann dann heute Abend mitnehmen.“**

Frau Meier ist verwirrt darüber und meint, dass ihr Hausarzt aber mehrmals gesagt hat, dass diese Medikamente für sie lebensnotwendig seien. Sie nehme sie immer ganz regelmäßig ein und das würde sie auch jetzt tun.

Die Schwester erwidert: **„Frau Meier, wir haben hier im Krankenhaus Fallpauschalen, das geht so nicht! Die Fallpauschalen verbieten Ihnen, dass Sie die mitgebrachten Medikamente weiter einnehmen.“**

Die Hochaltrige weiß jedoch nicht, was eine Fallpauschale ist, und fragt, ob das so etwas wie ein Arzt sei, wenn er doch Medikamente verbieten kann. Sie ist mittlerweile so irritiert, dass sie es ablehnt, jegliche Medikation einzunehmen.

Die Schwester und die Ärztin setzen sich zusammen und versuchen, eine Lösung für das Problem zu finden. Sie vermuten, dass Frau Meier nur schwer von ihrer alltäglichen Routine, die sie für sehr wichtig und richtig hält, abweichen kann und ihr nun auch das notwendige Vertrauen fehlt.

Schwester und Ärztin führen gemeinsam ein Gespräch mit der Patientin. Sie erklären die einzelnen Medikamente der Klinik und vergleichen sie gemeinsam mit ihren eigenen Medikamenten, sodass die Patientin versteht, welches neue Medikament anstelle von welcher ihrer gewohnten Tabletten eingenommen werden soll und was diese Tablette genau bewirken wird. Nach einer Dreiviertelstunde ist die Hochaltrige bereit, die veränderte Medikation im Krankenhaus einzunehmen. Die Ärztin bereitet die Patientin im Gespräch auch darauf vor, dass die Medikation nach der Entlassung wieder umgestellt wird und sie darauf achten muss, dass sie die Tabletten, die sie aus dem Krankenhaus mitbekommt, nicht gleichzeitig mit den gewohnten Tabletten einnimmt.

Die Patientin wird für die OP vorbereitet und ihr wird noch am gleichen Nachmittag die Gallenblase entfernt.

Ein tions

#findedieFehler



Informa- fluss?



ICH ERINNERE MICH NOCH, DASS ICH DIE TÜR AUFSPERREN WOLLTE... DANN BIN ICH HIER IM KRANKENWAGEN WIEDER ZU MIR GEKOMMEN... JA... MEINE BELASTBARKEIT HAT SCHON ABGENOMMEN IN LETZTER ZEIT, ABER DAS MACHT NICHTS, ICH SITZE JA NUR IM BÜRO...



RETTEUNGS-SANI

ICH HABE JA AUCH PROBLEME JETZT MIT DER PROSTATA... DA WERDE ICH WOHL UM EINE OPERATION IN DER NÄCHSTEN ZEIT LEIDER NICHT HERUMKOMMEN...



ARZT IM AUFNAHME-LABOR

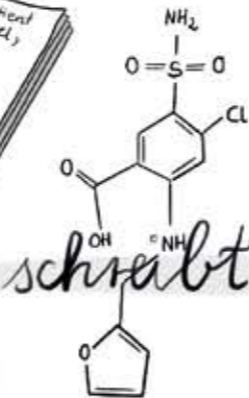
PATIENT 20:30 UHR VOR DER WÖHNUNG BEWUSSTLOS GEWORDEN. 62 JAHRE, BÜRO-DIENST. VERSCHLOSSEN, VERHÄRMLOST SEINEN ZUSTAND. MIT RETTEUNGS-WAGEN IN DIE NOT-AUFNAHME. ZEITLICH, ÖRTLICH UND ZUR PERSON ORIENTIERT.

DRINGEND MORGEN ZUR SYNKOPENABKLÄRUNG MIT BLICK AUF HERZ-INSUFFIZIENZ! ÖDEME... ALSO KOMPLETTES PROGRAMM.

SO WEIT ERST MAL ALLES OK... PATIENT SCHEINT STABIL.



Rechtungsdienst: Unterlagen Patient Sebastian Drexel, 16.08.1953
Pat. vor Wng. kollabiert, 2H., örtl. u. zur Person orientiert, Übergabe Notaufnahme.
Aufnahmelabor: bbl. v. schenkelödem, sonst unauffällig
Med: Furosemid 40mg
-> Synkopenerklärung



HERR DREXEL, SIE ERHALTEN JETZT EIN MEDIKAMENT WEGEN DER SCHWELLUNGEN AN DEN BEINEN. MORGEN MACHEN WIR WEITERE UNTERSUCHUNGEN. BIS DAHIN HABEN SIE ABSOLUTE BETTRUHE!



hört

Nachbar klingelt

IN DER NACHT BEIM VERSUCH, WASSER ZU LASSEN, KOLLABIERT DER PATIENT ERNEUT.



saagt

NA, WEGEN DER PROSTATA HAB ICH VERSUCHT, MICH HINZUSTELLEN. DAS HAB ICH DOCH DEM HERRN DOKTOR SCHON ERZÄHLT. ABER IST JA NIX PASSIERT. ICH BIN IN LETZTER ZEIT IMMER MAL WIEDER UMGEKIPPT, DA IST NIE WAS PASSIERT. MACHEN SIE SICH KEINE SORGEN.



hört

PFLEGE-FACHKRAFT

denkt
ICH MACHE MIR SORGEN UM HERRN DREXEL...



P 86/Min arr.
135/85 mmHg

liest nach & denkt
IN DEN UNTERLAGEN STAND NICHTS VON DER BETTRUHE, AUCH KEINE VERDACHTS-DIAGNOSE

schreibt

DOKUMENTATION
Pat. beim Versuch, im Stehen Wasser zu lassen, kollabiert, ist dabei zurück ins Bett gekippt, keine Verletzungen. hat weiter geschlafen.
Blutdruck 135/85 mmHg
P 86/Min arr.



versteht...

SYNCOPE UND ARRHYTHMISCHER PULS! DILATIVE KARDIOMYOPATHIE!? UND ICH HABE ES ALS EINFACHE KREISLAUFSCHWÄCHE INTERPRETIERT...

Das Leiden der Frau Krause



Frau Krause hat vor sechs Wochen ihr erstes Kind geboren. Nun zeigen sich bei ihr Schmerzen im Bauch- und Rückenbereich. Frau Krause spricht ihre Hebamme, von der sie regelmäßig zu Hause Besuch erhält, auf Schmerzen in Bauch und Rücken an. Die Hebamme hört sich die Beschwerden von Frau Krause in Ruhe an und beruhigt diese sodann. Es sei normal, dass nach der Geburt nicht gleich wieder alles rundläuft. Sie solle sich da mal keine Sorgen machen. Sie tastet den Bauch von Frau Krause ab, kann allerdings keine Druckdolenz feststellen. Im Übrigen kenne sie einige Übungen zur Verbesserung der Muskulatur, die würden da bestimmt helfen. Zur Sicherheit soll sie aber noch mal einen Termin bei ihrer Frauenärztin ausmachen. Diese solle einmal nachschauen.

Am Tag darauf geht Frau Krause in die Praxis ihrer niedergelassenen Gynäkologin. **„Mir tut am Bauch und Rücken einfach alles weh. Gestern war meine Hebamme da. Sie hat mich hierher geschickt, ich soll das hier abklären lassen.“** Die Gynäkologin untersucht mithilfe des Ultraschallgeräts gewissenhaft den Bauchraum von Frau Krause, kann jedoch nichts feststellen. Sie weist die Sprechstundenhilfe an, der Patientin ein Rezept für eine physiotherapeutische Behandlung auszustellen, und schickt Frau Krause nach Hause.

Kurz darauf hat Frau Krause einen Termin bei einer örtlichen Physiotherapeutin. Dieser erzählt sie von ihren Schmerzen im Bauch- und Rückenbereich. Die Physiotherapeutin macht sich sogleich an die manuelle Therapie im Bereich der Lendenwirbelsäule, um die Schmerzen zu behandeln. Darüber hinaus setzt sie mithilfe einer Fangopackung und spezieller Wärmelampen auf eine durchblutungsfördernde Wärmetherapie.

Am Ende der Sitzung geht es Frau Krause plötzlich schlechter.

Ihr Zustand verschlechtert sich sogar so rapide, dass die Physiotherapeutin einen Krankenwagen rufen muss. Frau Krause wird mit Schmerzen in der Notaufnahme aufgenommen. Das dortige Pflegepersonal kümmert sich sofort um sie. Ihre Schmerzen sind nach der Infusion im Rettungswagen etwas besser geworden, Blutdruck und Puls zeigen sich nicht dramatisch verändert, sodass sie erst mal ein Glas Wasser bekommt. Dann wird sie angewiesen, sich hin- und die Füße hochzulegen. Da gerade alle Betten belegt sind, muss Frau Krause im Flur auf einer Liege warten. Sie versucht, ein paar Mal aufzustehen, wird jedoch von der Pflege stets darauf hingewiesen, doch bitte die verordnete Bettruhe einzuhalten. Frau Krause verspürt nun wieder zunehmend Unterbauchschmerzen und wird kaltschweißig.



Frau Krause hat vor sechs Wochen ihr erstes Kind geboren. Nun zeigen sich bei ihr Schmerzen im Bauch- und Rückenbereich. Frau Krause spricht ihre Hebamme, von der sie regelmäßig zu Hause Besuch erhält, auf Schmerzen in Bauch und Rücken an. Die Hebamme hört sich die Beschwerden von Frau Krause in Ruhe an und beruhigt diese sodann. Es sei normal, dass nach der Geburt nicht gleich wieder alles rundläuft. Sie solle sich da mal keine Sorgen machen. Sie tastet den Bauch von Frau Krause ab, kann allerdings keine Druckdolenz feststellen. Im Übrigen kenne sie einige Übungen zur Verbesserung der Muskulatur, die würden da bestimmt helfen. Zur Sicherheit soll sie aber noch heute zu ihrer Frauenärztin.

Die Hebamme ruft die Gynäkologin sofort persönlich an: **„Einen schönen guten Tag, Hebamme Slomka hier. Ich möchte Ihnen Frau Krause ankündigen, die bei Ihnen Patientin ist. Frau Krause ist sechs Wochen post partum und gibt Schmerzen im Bauch- und Rückenbereich an. Palpatorisch lässt sich nichts Außergewöhnliches feststellen. Ich würde Frau Krause aber gerne zur weiteren sonografischen Abklärung bei Ihnen vorstellen.“**

Gynäkologin: **„Vielen Dank für die Information. Frau Krause soll sich einfach gleich bei der Anmeldung melden, ich sage dort Bescheid, dass Sie kommt, und gucke sie mir dann zügig an.“**

Sofort danach geht Frau Krause in die Praxis ihrer niedergelassenen Gynäkologin. **„Mir tut am Bauch und Rücken einfach alles weh. Gerade war meine Hebamme da. Sie hat mich hierhergeschickt, ich soll das hier abklären lassen.“**

Die Gynäkologin untersucht mithilfe des Ultraschallgeräts gewissenhaft den Bauchraum von Frau Krause, kann jedoch nichts feststellen. Sie weist die Sprechstundenhilfe an, der Patientin ein Rezept für eine physiotherapeutische Behandlung auszustellen. Sie empfiehlt Frau Krause, innerhalb von drei Tagen bei einer bekannten Physiotherapeutin vorstellig zu werden. Außerdem ruft sie diese an, um ihr die wichtigsten Informationen mitzuteilen: **„Hallo, ich habe eine Patientin nach Spontangeburt vor sechs Wochen. Seit dieser Woche diffuse Schmerzen im Bauch- und Rückenbereich. Aktuell kein Anhalt für ein intraabdominelles Problem. Es wäre großartig, wenn Sie sie sich diese Woche einmal ansehen könnten. Sollten die Beschwerden zunehmen, soll sich Frau Krause jederzeit bei mir wieder vorstellen.“**

„Kein Problem“, meint die Physiotherapeutin, **„das bekommen wir hin. Sie kann morgen 12 Uhr bei uns vorbeischauen.“**

Kurz darauf hat Frau Krause einen Termin bei der örtlichen Physiotherapeutin. Dieser erzählt sie von ihren Schmerzen im Bauch- und Rückenbereich. Aufgrund der Ankündigung der Patientin durch die Frauenärztin macht die Physiotherapeutin erst einmal eine ausführliche Beweglichkeitsdiagnostik. Bei der Untersuchung des Rückens bemerkt sie eine erhöhte Körpertemperatur bei Frau Krause. Frau Krause gibt an, die Temperatur nicht gemessen zu haben, aber sich bereits seit einigen Tagen nicht wohlfühlen. Sie sei schlapp, müde und ihre Schmerzen würden immer schlimmer. Da eine physiotherapeutische Behandlung nicht angezeigt ist, überweist sie die Patientin zurück an die Frauenärztin und ruft sofort bei dieser an: **„Hallo. Frau Krause war soeben bei uns. Ich habe Lendenwirbelsäule, ISG, Hüfte und Beckenbewegungen untersucht und konnte keine muskuloskelettalen Dysfunktionen feststellen. Allerdings macht mir der Allgemeinzustand von Frau Krause Sorgen.“**

Sie sagt, es würde ihr immer schlechter gehen, und bei den palpatorischen Untersuchungen hatte ich den Eindruck, dass Frau Krause eine erhöhte Körpertemperatur hat. Ich habe nicht weiterbehandelt, wäre aber dankbar, wenn Sie heute noch einmal einen Blick auf Frau Krause werfen könnten.“

„Vielen Dank für die Information!“, erwidert die Gynäkologin. **„Sie soll bitte direkt hier vorbeikommen, ich schiebe sie irgendwie dazwischen.“**

Da die Schmerzen der Patientin weiter bestehen, entschließt sich die Gynäkologin, Frau Krause an die gynäkologische Notfallambulanz zu überweisen. Sie ruft dort an, um die Patientin anzukündigen: **„Guten Tag. Ich möchte eine Patientin für die gynäkologische Notfallambulanz anmelden. Ich schicke Ihnen eine Patientin mit dringendem Verdacht auf eine Endomyometritis, die sich zunehmend klinisch verschlechtert.“**

„Alles klar, ich informiere sogleich unsere aufnehmenden ärztlichen Kolleginnen und Kollegen“, sagt die koordinierende Pflegefachperson. **„Auch werde ich den Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege umgehend Bescheid geben, damit ein Bett vorbereitet wird und man sich sogleich um die Patientin kümmert. Frau Krause soll sich dann einfach in der Ambulanz bei mir melden.“**

„Schön, dass das so unkompliziert klappt. Die Einweisung gebe ich natürlich mit.“

Frau Krause wird in der Notfallambulanz aufgenommen. Das dortige Pflegepersonal erwartet sie bereits und auch ein Bett ist für sie reserviert. Bei eingehenden Untersuchungen wird festgestellt, dass Frau Krause tatsächlich an einer Endomyometritis leidet. Sofort werden therapeutische Maßnahmen eingeleitet.



Die PEG-Anlage



Ein 73-jähriger Patient hatte vor sieben Tagen auf der Basis einer langjährigen arteriellen Hypertension, Hypercholesterinämie und eines seit drei Jahren bestehenden Diabetes mellitus Typ II einen mittelgroßen ischämischen Insult im Bereich der Arteria cerebri media links erlitten und wurde auf die neurologische Intensivstation (ICU) aufgenommen. Neben einer hochgradigen rechtsseitigen Hemiparese leidet er unter einer expressiv betonten Aphasie. Eine Kontaktaufnahme ist zu diesem Zeitpunkt kaum möglich. Es entwickelte sich eine leichte Hirnschwellung, eine Kraniotomie war jedoch nicht nötig. Eine Aspirationspneumonie wird mit Antibiotika behandelt. Aufgrund einer Schluckstörung wird der Patient zunächst über einen i.v.-Zugang, dann über eine nasogastrale Sonde ernährt und mit Flüssigkeit versorgt. Es liegt keine Patientenverfügung vor, aber eine notariell beglaubigte Generalvollmacht für die Ehefrau und den Sohn, die damit stellvertretend für den Patienten entscheiden dürfen. Daher möchte am heutigen Nachmittag der Stationsarzt mit den Angehörigen die Anlage einer PEG-Sonde besprechen, um eine Verlegung in die Reha-Klinik anstreben zu können. Als der Stationsarzt in Eile das Patientenzimmer betritt, sind Ehefrau und Sohn schon im Zimmer: „Ach, wunderbar, Sie sind schon da!“

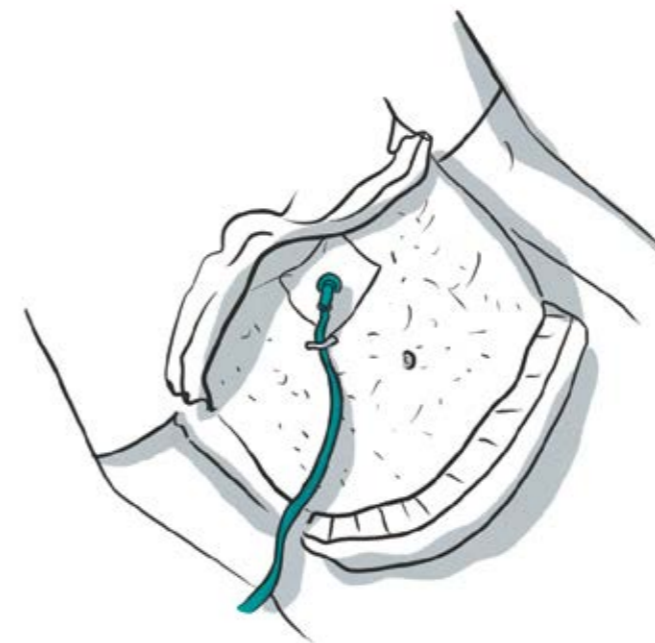
Die Angehörigen schauen etwas irritiert: „Sie wollten doch etwas Wichtiges mit uns besprechen, daher sind wir rechtzeitig von zu Hause losgefahren.“



„Ja, ja, ganz richtig, also lassen Sie uns gleich damit beginnen – Ihr Mann bzw. Ihr Vater hat Chancen auf eine erfolgreiche Rehabilitation, das heißt, zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich die Prognose noch nicht ganz abschätzen. Ich würde sagen, ein Versorgungszustand im Rollstuhl mit geringer Kommunikationsfähigkeit ist möglich, vielleicht besser, vielleicht schlechter, und daher würde ich eine medikamentöse Weiterbehandlung durch eine PEG-Anlage empfehlen. Was eine PEG-Anlage ist, wird Ihnen nachher die Schwester genauer erklären.“

Die Ehefrau fängt trotz der vermeintlich guten Nachricht mit dem Schluchzen an, und nun schaut der Arzt den Sohn erwartungsvoll an: „Ich weiß nicht, für mich hört sich das doch gar nicht gut an, ich glaube, dass mein Vater das nicht gewollt hätte, mit einer solchen Behinderung zu leben, er ist ein aktiver und freiheitsliebender Mensch.“

Die Ehefrau, die sich wieder ein wenig beruhigt hat, schließt sich ihrem Sohn an: „Ja, und seit seiner Pensionierung ist er ständig in unserem großen Garten unterwegs und lässt sich kaum von unserem Sohn bei der Gartenarbeit helfen. Ich glaube auch nicht, dass mein Mann sich vorstellen kann, im Rollstuhl zu sitzen oder vielleicht nur noch im Bett zu liegen und nicht sprechen zu können ... Nein, das ist ein ganz furchtbarer Gedanke, den er nicht ertragen könnte.“



Nun schaut der Stationsarzt etwas düster in den Raum: „Wissen Sie, klinische Studien belegen, dass Schlaganfall-Patienten von einer PEG-Anlage profitieren. Außerdem glaube ich, dass er eine ganz gute Rehabilitationschance hat. Ich würde das doch ein bisschen trennen, weil ich glaube, es macht einen Unterschied, ob ich weiterlebe oder nicht weiterlebe. Und man weiß ja auch von manchen Patienten, die das Ganze überstehen, dass die dann sehr oft in dieser Situation ihre Meinung doch noch mal ändern und sagen, na ja gut, weiterleben möchte ich und dann eben doch die Behinderung in Kauf nehmen.“ Nach kurzem Schweigen: „So, jetzt lasse ich Sie erst mal mit diesen vielen Infos allein und komme später noch mal zu Ihnen, um Ihre Antwort wegen der PEG-Sonde zu hören.“

Der Stationsarzt verlässt rasch das Zimmer. Mit den Gedanken, eine Entscheidung gegen den Willen ihres Mannes/Vaters zu treffen, sitzen die Angehörigen völlig apathisch nebeneinander, als die Pflegefachkraft den Raum betritt. Bei Augenkontakt fängt die Ehefrau sofort wieder an zu weinen, der Sohn hält seine Mutter und sagt: „Mama, jetzt hören wir uns erst mal an, was eine PEG-Sonde genau ist, und dann sehen wir weiter!“



Ein 73-jähriger Patient hatte vor sieben Tagen auf der Basis einer langjährigen arteriellen Hypertension, Hypercholesterinämie und eines seit drei Jahren bestehenden Diabetes mellitus Typ II einen mittelgroßen ischämischen Insult im Bereich der Arteria cerebri media links erlitten und wurde auf die neurologische Intensivstation (ICU) aufgenommen. Neben einer hochgradigen rechtsseitigen Hemiparese leidet er unter einer expressiv betonten Aphasie. Eine Kontaktaufnahme ist zu diesem Zeitpunkt kaum möglich. Es entwickelte sich eine leichte Hirnschwellung, eine Kraniotomie war jedoch nicht nötig. Eine Aspirationspneumonie wird mit Antibiotika behandelt. Aufgrund einer Schluckstörung wird der Patient zunächst über einen i.v.-Zugang, dann über eine nasogastrale Sonde ernährt und mit Flüssigkeit versorgt. Es liegt keine Patientenverfügung vor, aber eine notariell beglaubigte Generalvollmacht für die Ehefrau und den Sohn, die damit stellvertretend für den Patienten entscheiden dürfen.

Zur weiteren Therapieabsprache wurde für heute Nachmittag eine klinisch-ethische Beratungskonferenz einberufen, zu der die Angehörigen geladen wurden. Weitere teilnehmende Personen sind die behandelnden Ärzte (Neurologe, Neurochirurg, Anästhesist), die behandelnde Pflegefachkraft sowie ein Klinikethiker. Als die Angehörigen im Besprechungsraum eintreffen, ist das Behandlungsteam schon vor Ort und stellt sich den Angehörigen vor.

Der Stationsarzt übernimmt für die heutige Besprechung die Funktion des Moderators. Er vergewissert sich, ob die Angehörigen aufnahmefähig sind, und bittet zu Beginn die behandelnde Pflegefachkraft, ihre aktuellen Patientenbeobachtungen vorzustellen. Die Pflegefachkraft richtet sich an die Angehörigen: **„Schön, dass Sie heute Zeit haben und wir gemeinsam darüber nachdenken können, welche Therapie die Beste für Ihren Mann/Vater sein wird. Wir alle wissen, wie schwer es jetzt für Sie beide sein muss. Von meiner Seite kann ich Ihnen berichten, dass Ihr Mann seit gestern Abend langsam wacher wird. Immer wieder versucht er, die Augen auf Ansprache aufzumachen, jedoch nicht länger als ein paar Sekunden, dann schläft er wieder ein. Er toleriert den Beatmungsschlauch bisher gut, jedoch kann sich das in der Aufwachphase auch ändern; er könnte unruhig werden, aber eine Pflegefachkraft ist immer an seiner Seite und begleitet ihn intensiv durch diese Phase. Leider kann er noch nicht schlucken, der Speichel läuft ihm seitlich aus dem Mund. Ich werde Ihnen später im Zimmer mehr dazu erklären und weitere Fragen beantworten.“**

Die Ehefrau fängt vor Freude das Weinen an und umarmt ihren Sohn. Der Stationsarzt richtet sich nun an Ehefrau und Sohn: **„Alle Anwesenden im Raum würden gern mehr über Ihren Mann/Vater erfahren, was er für ein Mensch ist, damit wir uns eine bessere Meinung über ihn bilden können. Können Sie Ihren Mann kurz für uns beschreiben?“**

Die Ehefrau schaut ihren Sohn an, lächelt und beginnt: **„Mein Mann, ja, was soll ich sagen, ist ein aktiver und äußerst freiheitsliebender Mensch. Von Beruf war er Sportlehrer und seit seiner Pensionierung war er ständig in unserem großen Garten unterwegs und ließ sich kaum von unserem Sohn bei der Gartenarbeit helfen.“**

Manchmal benötigte er jedoch Hilfe, da er schon einmal einen kleinen Schlaganfall hatte, seitdem die linke Hand gelähmt ist. Das war für ihn zeitweise schon so unerträglich, dass er sich manchmal am liebsten die Hand abhacken wollte. Ein Leben mit einer zusätzlichen Behinderung könnte er sich niemals vorstellen.“

Der Sohn nickt zustimmend. Der Stationsarzt wartet kurz und fährt mit seinen Ausführungen fort: **„Herzlichen Dank für Ihre Beschreibung. Ich glaube, jetzt haben alle Anwesenden ein besseres Bild von Ihrem Mann/Vater. Von meiner Seite kann ich Ihnen Folgendes berichten: Einer Verlegung in die Rehabilitationsklinik steht von meiner Seite aus nichts mehr im Weg. Für eine erfolgreiche Rehabilitation wären die Fortsetzung der medikamentösen Therapie sowie die Flüssigkeitszufuhr und Nahrungsaufnahme wichtig. Aufgrund der Schluckstörung Ihres Mannes/Vaters empfehlen wir die Anlage einer PEG-Sonde, aber zuvor möchten wir mit Ihnen gemeinsam herausfinden, was der Wunsch Ihres Mannes für eine Weiterbehandlung wäre. Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich eine Prognose noch nicht ganz abschätzen, ein Versorgungszustand im Rollstuhl mit geringer Kommunikationsfähigkeit ist denkbar und möglich, vielleicht behält er auch die Schluckstörungen. Daher haben wir heute zu unserer Besprechung zusätzlich einen Ethikberater eingeladen, um das weitere Vorgehen mit Ihnen zu besprechen und um gemeinsam zu einer guten Entscheidung für Ihren Mann/Vater zu kommen. Sie haben zuvor Ihren Mann beschrieben, lassen Sie uns unsere gemeinsame Diskussion mit der Frage an Sie beide beginnen: Welchen Therapieweg hätte Ihr Mann/Vater für sich entschieden?“**

Ehefrau und Sohn nicken und beginnen zu erzählen, alle anderen hören aufmerksam zu.



Stroke-Unit

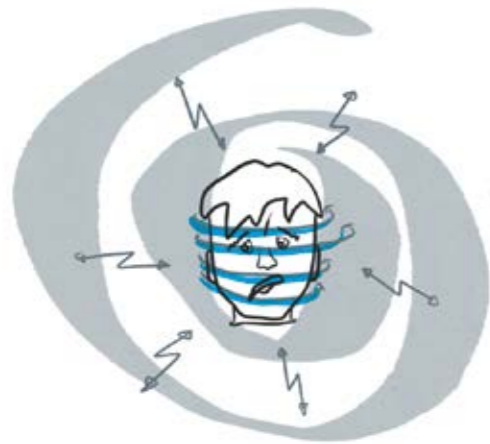


Ein männlicher Patient, Ende 30, kommt im Eiltempo mit Verdacht auf einen Kleinhirnfarkt auf die Stroke-Unit. Alles muss schnell gehen. Ärzte und Pflegepersonal laufen um ihn herum, hängen ihn an Monitore und starten die Lysetherapie. Er wird versorgt und stetig überwacht. Der von Kopfschmerzen geplagte Patient hat große Angst, ihm ist schlecht und er hat Probleme mit dem Sehen. Er versucht, sich keinen Zentimeter zu bewegen, damit ihm nicht übel wird.

„Wir haben hier einen fast 40-jährigen Mann mit Verdacht auf Kleinhirnfarkt“, fasst der diensthabende Arzt zusammen. „Er wird später noch ein MRT bekommen, derzeit plagen ihn aber Kopfschmerzen, Übelkeit und Drehschwindel. Ich denke, dass er alles an Therapie gebrauchen kann, was wir ihm derzeit bieten können.“

Am nächsten Tag gehen der diensthabende Arzt, die Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden kurz die neuen Fälle auf Station durch. Individuell schauen sie sich den Patienten mit dem Kleinhirnfarkt an und erstellen Therapiepläne. Die Physiotherapie konzentriert sich dabei auf das Beüben der Rumpfstabilität des Patienten an der Bettkante, um trotz Ataxie ein wenig Bewegung zu erreichen. Die Ergotherapie hat die obere Extremität im Blick und versucht, die Feinmotorikstörung zu verbessern. Die Logopädie widmet sich der Vermittlung von Übungen zur Linderung der Sprachstörung des Patienten.

Nach einer Woche darf der Patient die Klinik verlassen. Es geht ihm besser, aber er kann nicht aufstehen oder sich selbstständig vom Bett in einen Rollstuhl setzen. Der Patient ist wütend und traurig, weil ihm erst jetzt klar wird, wie eingeschränkt er noch ist. So verlässt der Patient die Klinik wenig optimistisch in die neurologische Rehabilitation.



Ein männlicher Patient, Ende 30, kommt im Eiltempo mit Verdacht auf einen Kleinhirnfarkt auf die Stroke-Unit. Alles muss schnell gehen. Ärzte und Pflegepersonal laufen um ihn herum, hängen ihn an Monitore und starten die Lysetherapie. Er wird versorgt und stetig überwacht. Der von Kopfschmerzen geplagte Patient hat große Angst, ihm ist schlecht und er hat Probleme mit dem Sehen. Er versucht, sich keinen Zentimeter zu bewegen, damit ihm nicht übel wird.

„Wir haben hier einen fast 40-jährigen Mann mit Verdacht auf Kleinhirnfarkt“, fasst der diensthabende Arzt zusammen. „Er wird später noch ein MRT bekommen, derzeit plagen ihn aber Kopfschmerzen, Übelkeit und Drehschwindel. Ich denke, dass er alles an Therapie gebrauchen kann, was wir ihm derzeit bieten können.“

Es wird vereinbart, dass sich jeder Therapiebereich den noch recht jungen Schlaganfallpatienten ansieht. Eine Physiotherapeutin und eine Ergotherapeutin nehmen dabei den Patienten gemeinsam auf und stellen einen Therapieplan zusammen.

„Wir werden uns darum kümmern, dass Sie vorerst Ihren Drehschwindel gelindert bekommen und ein paar Übungen im Bett für Ihre Feinmotorik und Koordination durchführen. Wir werden das alles ganz langsam angehen und nur so weit, wie es bei Ihnen geht“, erklärt die Ergotherapeutin.

Beide Therapeutinnen besprechen gemeinsam mit dem Patienten ausführlich die Übungen gegen den Drehschwindel, die er zwischen den Untersuchungen machen kann. Weiter beschreiben sie ihm den Therapieverlauf und vereinbaren mit ihm seine Therapieziele. Als wichtigste Fortschritte identifiziert der Patient die allgemeine Verbesserung der Selbstkontrolle, die Selbstständigkeit beim Toilettengang und langfristig das eigenständige Gehen.

Nach der Aufnahme berichten sie der Logopädin, was sie bisher an Sprachstörungen und Gesichtslähmungen beim Patienten beobachten konnten. Noch am gleichen Tag macht sich die Logopädin persönlich ein Bild vom Patienten und beginnt mit der Therapie.

Der diensthabende Arzt bezieht das Vorgehen aller Therapeuten in die Visite ein. Kontinuierlich werden die Therapiefortgänge gemeinsam dokumentiert und besprochen.

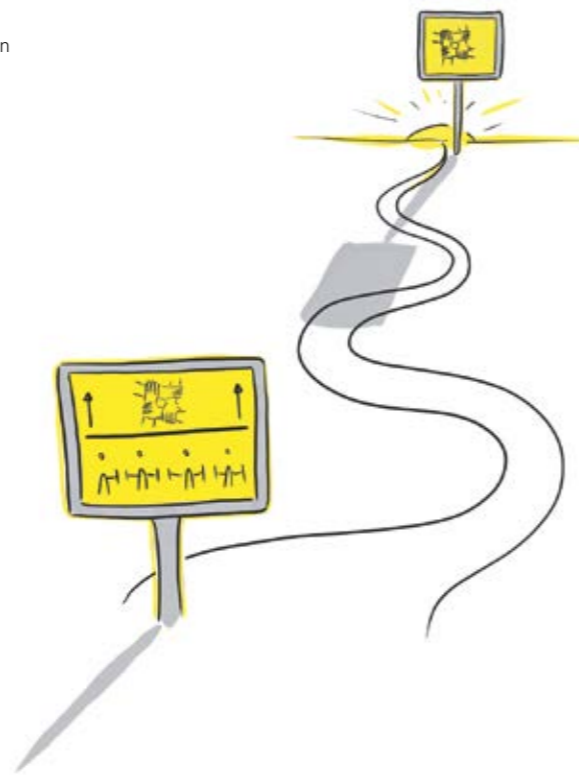
Nach einer Woche verlässt der Patient die Klinik. Er kann, trotz fehlender Rumpfstabilität, schon mit wenig Hilfe von der Bettkante auf einen Rollstuhl wechseln. So verlässt der Patient optimistisch die Klinik in eine neurologische Rehabilitation.



Der lange Weg zur interprofessionellen Ausbildung



Es dauert lange, bis sich die Professorin für Physiotherapie Hannah X., die Professorin für Pflege Susanne Y. und der Professor einer medizinischen Fakultät Ferdinand Z. von jeweils unterschiedlichen Hochschulen auf einen gemeinsamen Treffpunkt und Termin für ein erstes Arbeitsgruppentreffen einigen können. Selbstredend wird sich der Fairness halber auf die „Mitte“ verständigt. Begleitet von Hunger und Durst machen sich also Hannah und Susanne auf den für beide deutlich längeren Weg zur medizinischen Fakultät. Wartend im Besprechungsraum, werfen Hannah und Susanne einen Blick auf das sich kulinarisch darbietende Angebot aus ofenfrischen Keksen und köstlich duftenden Kaffeespezialitäten – natürlich bio! Die Studierenden der drei Professionen, die im Rahmen der interprofessionellen Lehre das Format Peer Teaching übernehmen sollen, warten ebenso. Nach 20 Minuten hetzt Ferdinand herein. Er komme gerade aus dem OP. Natürlich ist dies den Medizinstudierenden kein Novum. Die Sitzung beginnt mit einer Diskussion über Umgangsformen im Arbeitskreis. Thematisiert werden tradierte Rollenmuster und Berufshabitus der einzelnen Professionen. Verhaltensregeln für die Kommunikation in der Gruppe werden protokollarisch festgehalten. Die anwesenden Studierenden sind zunächst irritiert von der Intensität der aufkeimenden Emotionen, schlussendlich jedoch mit den getroffenen Absprachen zufrieden.



Die Arbeitsgruppe plant für das kommende Semester eine interprofessionelle Ringvorlesung sowie mehrere darauf abgestimmte interprofessionelle Seminare, die in Form von Peer Teaching durchgeführt werden sollen. Es erweist sich als schwierig, Lehrende zu gewinnen, die außerhalb ihres Lehrdeputats eine interprofessionelle Veranstaltung anbieten wollen und können. Schließlich erbarmen sich Hannah, Susanne und Ferdinand, selbst einen Großteil der professoralen Lehre abzudecken. Helfer für das Seminar mit Peer Teaching sind schnell gefunden, da mehrere studentische Mitarbeiter mit der organisatorischen und inhaltlichen Begleitung der Veranstaltungen beauftragt werden.

Für die Veranstaltungen müssen nun die Orte festgelegt werden. Da die beteiligten Hochschulen recht weit voneinander entfernt sind, erweist sich diese Aufgabe als logistische Herausforderung. Man entscheidet sich – von Ferdinands Zahnkneirschen begleitet – dafür, die Ringvorlesungen an rotierenden Standorten an allen beteiligten Hochschulen anzubieten. Bei der Evaluation zeigte sich, dass die Veranstaltungen an der Hochschule mit der ungünstigsten Verkehrsanbindung am geringfügigsten besucht wurden.

Bei der Aufteilung der Studierenden in die Seminargruppen ist es erforderlich, aus einer großen Kohorte an Medizinstudierenden und kleineren Kohorten der anderen Professionen sinnvoll zusammenarbeitende Kleingruppen zu bilden. In der späteren Evaluation wurde deutlich, dass alle Studierenden die zahlenmäßige Mehrheit der Medizinstudierenden als unangenehm wahrgenommen haben. Es wurde angegeben, dass in den Seminargruppen eine Überlegenheit des Fachs Medizin und des damit verbundenen Habitus, der Fachsprache und des Paradigmas von Gesundheit und Krankheit gegeben war. Ein ausgeglichener Diskurs auf Augenhöhe wurde hierdurch erschwert.



Es dauert nicht lange, bis sich die Professorin für Physiotherapie Hannah X., die Professorin für Pflege Susanne Y. und der Professor einer medizinischen Fakultät Ferdinand Z. von jeweils unterschiedlichen Hochschulen auf einen gemeinsamen Treffpunkt und Termin für ein Arbeitsgruppentreffen einigen können: Alle Standorte verfügen glücklicherweise über ein Videokonferenzsystem, welches durch seine innovative Technologie eine hohe Interaktion ermöglicht. Es erkennt nicht nur die Teilnehmer im Videokonferenzraum, sondern erfasst automatisch den aktiven Sprecher. Aufgrund der raumgebundenen Videokonferenzsysteme stehen die Räumlichkeiten bereits fest und bieten aufgrund der dezentralen Aufteilung der Studierenden ausreichende Sitzmöglichkeiten. Durch die verkürzte Anreise kommen alle Beteiligten wohlgestärkt und pünktlich; ausgenommen Ferdinand – er kommt aber nur zwei Minuten später, da er die Bedienung des Videokonferenzsystems einkalkuliert hatte.

Die Sitzung beginnt mit einer Diskussion über Umgangsformen im Arbeitskreis. Thematisiert werden tradierte Rollenmuster und Berufshabitus der einzelnen Professionen. Das Gespräch klingt harmonisch aus. Verhaltensregeln für die Kommunikation in der Gruppe werden protokollarisch festgehalten. Die Studierenden erhielten von Hannah, Susanne und Ferdinand rechtzeitig vor diesem Termin eine kurze Projektbeschreibung und nahmen an der Online-Befragung zum Projekt „Interprofessionelle Lehre“ teil. Hierbei wurden bisherige Kenntnisse und Erfahrungen interprofessioneller Zusammenarbeit erfragt, sodass ein

zielgruppenorientiertes Konzept angeboten werden konnte. Die Arbeitsgruppe plant für das kommende Semester eine interprofessionelle Ringvorlesung sowie mehrere darauf abgestimmte interprofessionelle Seminare, die im Peer Teaching durchgeführt werden sollen. Alle teilnehmenden Hochschulen und Ausbildungseinrichtungen verfügen über das intelligente Videokonferenzsystem. Für die Veranstaltungen sind lediglich die Räume im zentralen Buchungssystem zu reservieren. Da übliche Reisezeiten auftreten, lassen sich renommierte Lehrende problemlos rekrutieren. Neugierig auf die kommenden Veranstaltungen, muss spontan ein Losverfahren eingesetzt werden, da nicht alle Studierenden als Peer Teacher eingebunden werden können.

Bei der Aufteilung der Studierenden in die Seminargruppen ist es erforderlich, aus einer großen Kohorte an Medizinstudierenden und kleineren Kohorten der anderen Professionen sinnvoll zusammenarbeitende Kleingruppen zu bilden. In der Evaluation war zu erkennen, dass die Studierenden die zahlenmäßige Überlegenheit der Medizinstudierenden wahrgenommen, aber nicht als unangenehm oder einschränkend empfunden haben. Begründet liegt dies in der räumlichen Distanz. Überdies haben die Lehrenden alle Studierenden ermutigt, sich aktiv einzubringen. Die Diskussionsbeiträge ließen sich deutlich gleichberechtigter koordinieren. Ein recht ausgeglichener Diskurs auf Augenhöhe war die Folge. Im Nachgang stellte sich heraus, dass alle Veranstaltungen gleichmäßig gut besucht wurden.



Impressum

Herausgeber

Joswig M, Cichon I, Schäfer T
Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31
70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt

Matthias Joswig
Telefon +49 234 32-23070
matthias.joswig@rub.de

Irina Cichon
Telefon +49 711 46084-139
irina.cichon@bosch-stiftung.de

Redaktion

Matthias Joswig, Irina Cichon

Gestaltung, Layout

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Visualisierung

Katrin Faensen, Visual Facilitators GmbH

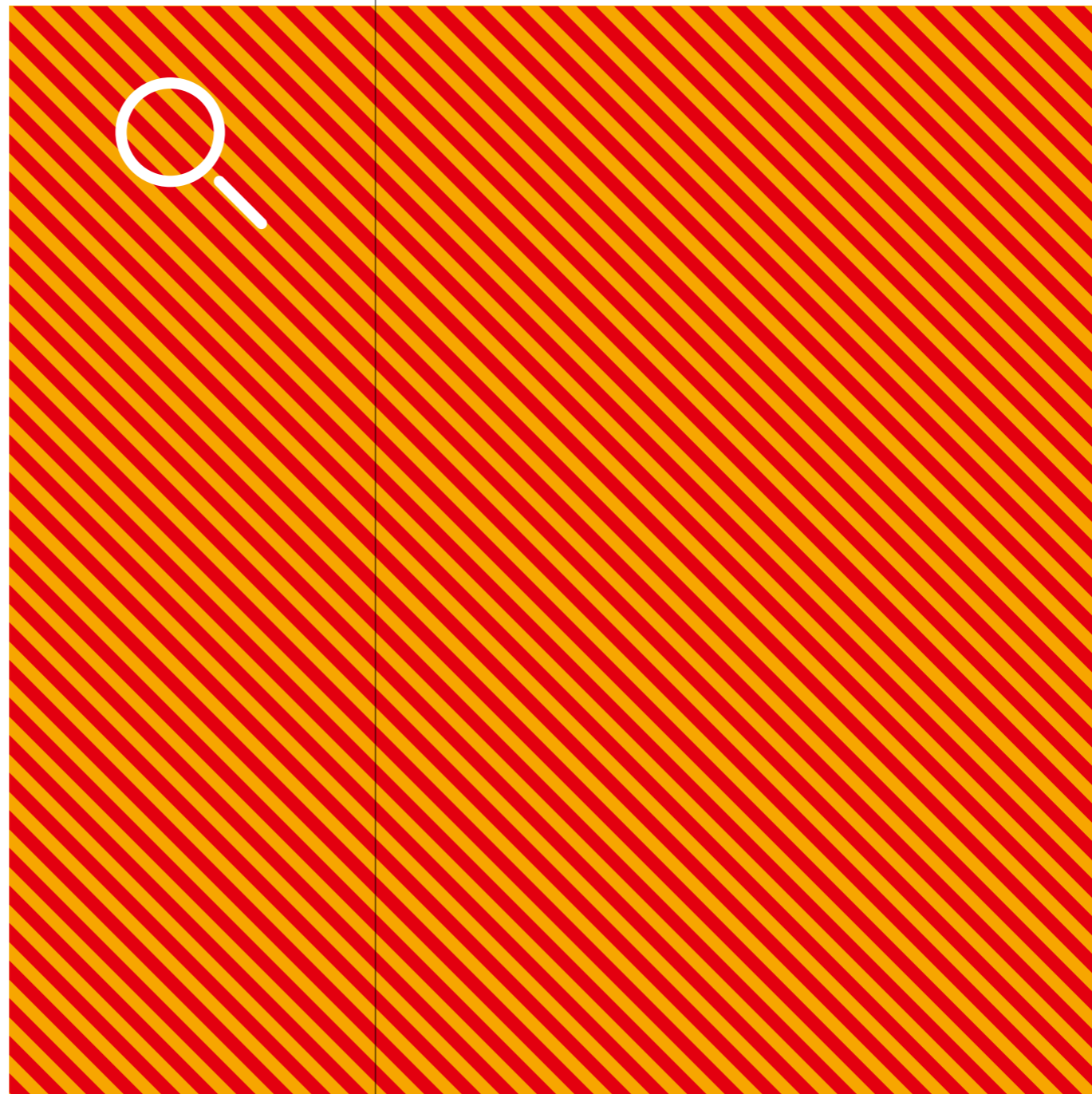
Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2019
Alle Rechte vorbehalten

Zitierhinweis

Joswig M, Cichon I, Schäfer T (Hg.):
Sternstunden interprofessioneller Zusammen-
arbeit im Gesundheitswesen – (Un-)wahre
Patientengeschichten aus dem Leben.
Stuttgart 2019: Robert Bosch Stiftung

ISBN 978-3-939574-53-8



... frühes Stadium ...
... gute
Aussichten!

Wohnung

Nr.	Art	Wohnung	Wohnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

