

Was braucht der Patient? Ein nachdenklicher Einsatzbericht

Autor:

Ulf Wagner,
Dipl.-Päd.
Harald Karutz
Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
Institut
St. Elisabeth –
Studienzentrum
der Fachhochschule
für Oekonomie und
Management,
Beethovenstr. 15,
D-45128 Essen,
h.karutz@
elisabeth-essen.de

Abb. 1:
Einsatzstichwort
„Krankentransport (sitzend)“

Im folgenden Beitrag wird ein Einsatz geschildert, der tatsächlich so abgelaufen ist; zum Schutz der Beteiligten wurden nur einige Details der Schilderung unwesentlich verändert. Aus Sicht der Verfasser lädt der Bericht dazu ein, auch vor dem Hintergrund einer anstehenden Novellierung des Rettungssassistentengesetzes erneut über Auftrag, Sinn und Zweck des rettungsdienstlichen Handelns, den grundsätzlichen Umgang mit verletzten und akut erkrankten Menschen sowie mögliche Ausbildungsdefizite des Personals im Rettungsdienst kritisch nachzudenken.

So wird in der Fachliteratur interessanterweise hoch erregt über Not- und Regelkompetenz des zukünftigen Rettungsassistenten diskutiert, während von einer mindestens ebenso notwendigen und wünschenswerten Auf-

wertung psychologischer und kommunikationsbezogener Ausbildungsinhalte im novellierten RettAssG nicht einmal ansatzweise die Rede ist (z.B. 1, 2, 4, 5, 6, 7).

Besonders erstaunlich ist dies nicht zuletzt deshalb, weil psychologische und kommunikative bzw. soziale Kompetenzen recht zweifellos bei jedem (!) Patientenkontakt erforderlich sind, während Situationen, in denen überhaupt intubiert, defibrilliert oder sonst eine invasive Maßnahme durchgeführt werden muss, doch einen letztlich nur kleineren Anteil des Gesamteinsatzaufkommens ausmachen dürften.

Wohlgemerkt: Hier geht es nicht darum, den Sinn und Nutzen der Notkompetenz-Debatte in Frage zu stellen. Gleichwohl soll anhand eines – sicherlich außergewöhnlichen, aber eben doch realen – Fallbeispiels eindringlich darauf hingewiesen werden, dass es durchaus noch weiteren Veränderungsbedarf im Bereich der Rettungsassistentenausbildung gibt, der – nach einem regelrechten „Psycho-Boom“ in den vergangenen Jahren – derzeit wieder ein wenig in Vergessenheit geraten bzw. übersehen zu werden scheint (3).

Vorgeschichte

An einem Nachmittag im Herbst 2002 wird das Team eines Rettungswagens zu einem Krankentransport (sitzend) entsendet. Während sich ein Rettungsassistent beim Eintreffen an der Einsatzstelle unverzüglich in die Wohnung des Patienten begibt, entnehmen die beiden übrigen Besatzungsmitglieder des Fahrzeuges (ein weiterer Rettungsassistent und ein Rettungsassistent) zunächst den Tragestuhl, um diesen mit in die Wohnung zu bringen.

In der Wohnung wird der erste Rettungsassistent vom einweisenden Hausarzt des Patienten in Empfang genommen und kurz über die Situation informiert: Bei seinem 87-jährigen Patienten seien seit geraumer Zeit zerebrale Durchblutungsstörungen bekannt, die in der vergangenen Woche mehrfach zu akuten Schwindelanfällen bzw. auch zu Stürzen führten, wodurch jedoch keine zusätzlichen Verletzungen verursacht wurden.

Nach einem erneuten Sturz habe sich der Hausarzt in Absprache mit dem Patienten dazu entschlossen, eine Krankenhauseinweisung zu veranlassen, zumal der ältere Herr bislang alleine wohne und somit nun auch deshalb betreuungsbedürftig wäre.

Auf Nachfragen des Rettungsassistenten erläutert der Hausarzt, dass auch ein Schlaganfall sicherlich möglich sei; eine notfallmedizinische (Maximal)-Therapie hielte er dennoch auch mit einem Hinweis auf die Lebenssituation und das





Alter des Patienten, den er seit Jahrzehnten betreuen würde, für nicht angebracht.

Der den Sturz verursachende Schwindel sei inzwischen vollständig wieder abgeklungen; auch weitere akute Symptome könnten im Augenblick nicht festgestellt werden. Der Patient sei zweifellos kreislaufstabil und ohne weitere Maßnahmen transportfähig. Weiter führt der sichtlich engagierte Hausarzt aus, dass ihm der ältere Herr sehr leid tue und dass er ihm gerne die Fahrt ins Krankenhaus erspart hätte. Nach diesem Gespräch verabschiedet sich der Hausarzt und verlässt die Wohnung.

Beginn der Hilfeleistung durch den Rettungsdienst

Der Rettungsassistent stellt sich namentlich dem voll orientierten und klar ansprechbaren Patienten vor und teilt mit, dass er vor wenigen Augenblicken mit dem Hausarzt gesprochen habe und nun gekommen sei, um ihn ins Krankenhaus zu bringen.

Um die Aufregung des Patienten zu mindern, hält der Rettungsassistent die Hand des Patienten und äußert Verständnis für die schwierige und unerfreuliche Situation. Der Patient macht einen traurigen und etwas ängstlichen Eindruck. Er fragt den Rettungsassistenten, ob er seine Wohnung wohl noch einmal wiedersehen werde. Daraufhin antwortet der



Abb. 2: Menschliche Nähe ...

Rettungsassistent, dass er dies nicht wissen könne, es dem Patienten jedoch von Herzen wünsche. Zeitgleich treffen die beiden anderen Besatzungsmitglieder des RTW in der Wohnung des Patienten ein und bringen den Tragestuhl neben dem Sessel des Patienten in Position.

Der zweite Rettungsassistent erkundigt sich bei seinem Kollegen nach der Situation, worauf dieser mitteilt, es handle sich um eine Eiweisung durch den Hausarzt nach einem Sturz; dieser sei durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursacht worden. Weitere Maßnahmen seien jedoch nicht notwendig; in Absprache mit dem Hausarzt würde ein reiner Krankentransport durchgeführt.



Abb. 3: Mit Sondersignal und Martinshorn in die Klinik

Das Unheil nimmt seinen Lauf ...

Der zweite Rettungsassistent entschließt sich dennoch dazu, nochmals eine komplette Diagnostik durchzuführen: Pupillendiagnostik, Kreuzgriff, Reflexe etc. – „Wer weiß, was das wieder für ein Hausarzt war!“ Der Rettungsassistent wird aufgefordert, im Fahrzeug unverzüglich den Blutdruck zu messen. Und der Patient wird während der diagnostischen Maßnahmen zunehmend unruhig und aufgeregt. Verängstigt und verwirrt fragt er, was denn nun los sei.

Vom zweiten Rettungsassistenten und dem Rettungsassistenten wird der Patient, ohne eine Antwort auf seine Frage erhalten zu haben, auf den Tragestuhl umgelagert und rasch fixiert.

Atemnot?

Der zweite Rettungsassistent vertritt nunmehr die Auffassung, der Patient verspüre Atemnot. Noch vor dem Heruntertragen des Patienten durch das Treppenhaus öffnet der Rettungsassistent das Hemd des erstaunten Patienten und stellt fest: „Na, mit der Luft ist es wohl auch nicht so gut, was? Da müssen wir gleich mal Sauerstoff geben!“

Während des Transportes durch das Treppenhaus erkundigt sich der zweite Rettungsassistent, ob der Patient nicht zufällig auch Diabetiker sei. Der Patient, der sich inzwischen völlig verkrampft am Tragestuhl festhält, kann diese Frage jedoch vor lauter Aufregung zunächst nicht beantworten.

Am Fahrzeug angekommen, wird der Patient daraufhin auf die bereitgestellte Krankentrage umgelagert und eingeladen. Im RTW wird ihm in Windeseile eine Sauerstoffmaske übergezogen; er bekommt von nun an 3 l Sauerstoff appliziert. Ein BZ-Test ergibt 110 mg/dl; der vom Rettungsassistenten

gemessene RR beträgt 145/80 mmHg. „Sicherheitshalber“ wird jetzt noch das EKG und die Pulsoxymetrie angelegt, um – wie es heißt – auch eventuelle Herzrhythmusstörungen als Ursache der Stürze auszuschließen.

Der Patient beginnt zu weinen ...

Der Patient, der inzwischen zittert und völlig verängstigt ist, stottert nur noch unverständliche und scheinbar zusammenhanglose Satzbestandteile. Er schaut umher, sucht nach Halt, wundert sich offenbar, was das seltsame Piepsen (des EKG) zu bedeuten hat. Als die Fahrt dann angesichts des „sich so rapide verschlechternden Zustands“ mit Sondersignal angetreten wird und das Martinshorn zu hören ist, beginnt der Patient zu weinen. In diesem Zustand wird er wenige Minuten später an das Personal der Aufnahme übergeben. In der Übergabe des zweiten Rettungsassistenten ist inzwischen von einem Sturz unklarer Ursache die Rede, von bekannten zerebralen Durchblutungsstörungen und zunehmender Atemnot während des Transportes ...

Fragen über Fragen!

Nun wirft dieser Beitrag zahlreiche Fragen auf: Warum haben sich die beiden Rettungsassistenten so verhalten? Wieso hat der erste Rettungsassistent das allzu engagierte Handeln seines Kollegen nicht „gebremst“? Was hat den zweiten Rettungsassistenten dazu bewogen, die beschriebenen Maßnahmen durchzuführen? Waren diese überhaupt notwendig? Wieso wurde zwar zu Einsatzbeginn, in der Folge dann aber keine weitere Psychische Erste Hilfe mehr geleistet? Zweifellos werden hier auch gravierende Kommunikationsprobleme innerhalb des Rettungsteams deutlich: Was ist hier nicht alles „schief“ gegangen!

Schließlich lautet die wichtigste Fragestellung nach Ansicht der Autoren aber: Was für eine Hilfeleistung hätte dieser Patient gebraucht? Wen oder was gab es hier zu „retten“? – Sie sind herzlich eingeladen, darüber zu diskutieren!

Literatur:

1. Gliwitzky B (2002) Was müssen Rettungsassistenten zukünftig leisten? *Rettungsdienst* 25: 1169-1171
2. Hündorf H-P (2002) Gedanken zum Positionspapier der BAND. *Rettungsdienst* 25: 1165-1168
3. Lasogga F, Gasch B (2002) *Notfallpsychologie*. Edewecht/Wien, Stumpf & Kossendey, S. 57-58
4. RDJ-Redaktion (2002) Tagungen auf der Reisenburg und in Mainz zur Novellierung des RettAssG. *Rettungsdienst Journal* 2: 8-14
5. Seeger S (2002) Welche Regelkompetenz benötigt der Rettungsassistent? *Rettungsdienst* 25: 1172-1175
6. Storsberg A (2002) Das Rettungsassistentengesetz: Überlegungen zur Reform der Ausbildung. *Rettungsdienst* 25: 1196-1198
7. Stratmann D (2002) Positionspapier der BAND zur zukünftigen Regelkompetenz des Rettungsassistenten. *Rettungsdienst* 25: 1162-1164