

## 1 Mit Pflegepersonal über Medikamente sprechen

### Aufgabe 3 (Track 1)

- ▷ Frau Weber-Rolfs hat starke Schmerzen.
- ▶ Bekommt sie denn schon ein Schmerzmittel?
- ▷ Ja, sie bekommt Novalgin.
- ▶ Ist das eine Bedarfsmedikation oder auf Schiene?
- ▷ Das ist eine Dauermedikation.
- ▶ Dann müssen wir zu einem stärkeren Medikament greifen. Verträgt die Patientin das bisherige Medikament gut?
- ▷ Ihr wird etwas übel.
- ▶ Dann geben wir ihr ein stärkeres Mittel und dazu Pantoprazol als Magenschutz.
- ▷ Es wäre schön, wenn Sie das schriftlich anordnen würden.

### Aufgabe 4 (Track 2)

#### Dialog 1

- ▷ Hallo, Frau Dr. Nováková. Gut, dass ich Sie treffe. Frau Schmidt in der 19 kann nicht gut schlafen. Sie sagt, sie kann keine Tabletten schlucken. Was können wir ihr denn geben?
- ▶ Dann kommt nur ein Beruhigungsmittel in Frage, Schwester Regine. Geben Sie ihr Diazepam, am besten als Kurzinfusion.
- ▷ Ja, gerne, aber laut Allergiepass verträgt Frau Schmidt kein Valium. Könnten wir ihr etwas anderes geben?
- ▶ Da muss ich mal nachschauen, was sie verträgt. Ich gebe Ihnen dann Bescheid, Schwester Regine.
- ▷ Danke, Frau Doktor.

#### Dialog 2

- ▷ Hallo, Schwester Marianne. Die Patientin kam heute Nachmittag mit starkem Schwangerschaftserbrechen zu uns. Ihr verfahren bei ihr nach Standard.
- ▶ Ja, in Ordnung, Frau Doktor.

#### Dialog 3

- ▷ Bei Frau Weber wurde vor zwei Tagen eine Laparoskopie gemacht. Sie hat bisher noch nicht abgeführt, obwohl wir ihr schon ein Abführmittel nach Standard gegeben haben. Jetzt ist noch Übelkeit dazugekommen.
  - ▶ Dann müssen wir es mit einem stärkeren Abführmittel versuchen.
- (am nächsten Tag)
- ▷ Frau Weber hat immer noch nicht abgeführt und erbricht jetzt immer häufiger.
  - ▶ Hoffentlich ist es kein Ileus. Geben Sie der Patientin Gastrografin zu trinken, und ich melde sie beim Röntgen an. Ich sage Ihnen Bescheid, wann sie den Termin hat.

## 2 Über Angst sprechen

### Aufgabe 3a und b (Track 3)

- ▷ Mediziner berichten, dass bis zu zehn Prozent aller Menschen panische Angst vor Ärzten haben: Sie meiden Vorsorgeuntersuchungen und notwendige Operationen, gehen nicht zum Zahnarzt, versuchen sogar schwere Krankheiten selbst zu kurieren. Hilfe könnte jetzt der „angstfreie Operationssaal“ bieten. Vorbereitende Gespräche mit

Ärztinnen und Ärzten sind wichtig: Welche Risiken birgt der Eingriff? Wie läuft die Operation ab? Wann und wo wache ich wieder auf? Die Patientinnen und Patienten werden ruhiger. Wirklich abbauen lassen sich tief sitzende Ängste damit aber nicht. Hier könnte der angstfreie Operationssaal Hilfe bieten, ein Projekt, das die „Klinik am Park“ gemeinsam mit dem „Fraunhofer-Institut für Software und Systemtechnik Dortmund“ und einigen Industriepartnern entwickelt.

- ▶ Das Prinzip ist einfach: Sind alle Sinne mit positiven Reizen belegt – mit sanfter Musik, schönen Bildern, angenehmen Düften –, bleibt dem Patienten und der Patientin kaum noch Raum für aufsteigende Ängste. Alles in einem angenehm eingerichteten Raum in der „Klinik am Park Lünen“: Warme Farben dominieren, an den Wänden hängen Bilder, und in dem Raum steht ein schwarzer Sessel. In unregelmäßigen Abständen vibriert der Sessel, massiert Beine, Rücken und Nacken; und während der Patient fast wie in einem Wellnesshotel verwöhnt wird, nimmt ihn eine sanfte Stimme mit auf eine Fantasiereise. Wer sich in der „Klinik am Park Lünen“ operieren lässt, erfährt eine Rundumbetreuung, wie sie nur selten Deutschlands Krankenhäuser anbieten. Der Aufwand – selbstredend ist er mit höheren Kosten verbunden – verfolgt aber ein pragmatisches Ziel: Er soll mittelfristig helfen, Geld einzusparen. Je entspannter und angstfreier die Patienten und Patientinnen, desto besser die Therapieerfolge, desto geringer das Risiko von Nebenwirkungen, desto preiswerter die Behandlung – eine Logik, der sich keine Krankenkasse verweigern kann.
- ▷ Kliniken und Arztpraxen versuchen bereits ansatzweise für Entspannung zu sorgen. Doch trotz aller Wellness-Angebote sind sie nie wirklich angenehme Orte: die fremden Gerüche, abweisende Funktionsräume, gleißendes Licht, grünvermummte Ärzte und Schwestern, blinkende und piepende Überwachungselektronik – wer davor Angst hat, zeigt an sich sogar eine gesunde Reaktion, um sich selbst zu schützen. Von Herzklopfen und Schwindel berichten Patientinnen und Patienten, von Schwitzen und Magen-Darm-Problemen, von Zittern und Unruhe, manchmal auch davon, dass sie wie erstarrt daliegen und sich nicht mehr bewegen können. Zu den körperlichen Symptomen kommen Zwangsgedanken: Der Arzt oder die Ärztin operiert das falsche Körperteil! Die Narkose wirkt nicht! Nach dem Eingriff treten große Schmerzen auf! Fluchtimpulse sind in einer solchen Situation normal. Ängste sind das Resultat biochemischer Prozesse, die jenseits jeder intellektuellen Steuerung ablaufen. Das ist auch gut so. Reaktionen auf Angreifer – seien es nun wilde Tiere oder operierende Ärzte – dauern zu lange, würden sie zunächst rational durchdacht. Der Organismus wird höchst effizient binnen weniger Millisekunden auf Kampf oder Flucht vorbereitet. Der Vorteil ist aber auch ein Nachteil.
- ▶ Der Organismus reagiert immer – was Internistinnen aus ihrer täglichen Praxis kennen: Selbst wenn sie Patientinnen und Patienten nur den Blutdruck messen, sind die Werte in vielen Fällen zu hoch. Schon beim Anblick des weißen Kittels schüttet das Nebennierenmark Adrenalin aus, um den Körper auf Kampf zu trimmen. Neben diesen automatisch ablaufenden Ängsten gibt es aber auch erlernte Angstreaktionen. Mittlerweile können Forscherinnen und Forscher detailliert zeigen, in welcher Phase der Operation die Ängste besonders groß sind. Zwei Stressspitzen gibt es: Wenn der Patient zum ersten Mal die Spritze sieht, mit der ihm das Narkosemittel verabreicht wird, und der Moment unmittelbar vor Beginn der Operation. Wer weiß, wann Ängste entstehen, kann gezielt angstmindernde Musik, Bilder und Gerüche einsetzen. Der Erfolg ist fast garantiert. Vollständig gelöst ist das Problem der Ängste vor Ärztinnen und Ärzten damit aber nicht. Unbeantwortet ist etwa die Frage nach den sozialen Ursachen.
- ▷ Von der Kranken- zur Gesundheitskasse – natürlich lässt sich das Image von den Göttinnen und Göttern in Weiß nicht per Wortwahl ändern, und die Angst vor Diagnosen ist berechtigt, zumal manche Mediziner wenig Feingefühl bei der Vermittlung von Diagnosen zeigen, die dem

Patienten oder der Patientin kaum noch Heilungschancen geben. Auch so etwas schürt Ängste. Männer lassen Vorsorgeuntersuchungen gern links liegen, Frauen gehen damit bewusster um. Aber selbst wenn diese Probleme gelöst würden: Die Patient-Arzt-Kommunikation belastet noch etwas anderes. Patientinnen und Patienten werden immer älter, die Ärzte immer jünger.

### 3 Über Schmerzen sprechen

#### Aufgabe 2d (Track 5)

- Patient 1:** Der Schmerz ist so, als ob jemand mit einem Messer darin herumsticht oder -bohrt.
- Patient 2:** Nun ja, ich kann das eigentlich nicht so genau beschreiben, eigentlich überall und nirgendwo so richtig.
- Patient 3:** Das ist so, als ob sich etwas ausdehnt und wieder zusammenzieht oder größer und kleiner wird.
- Patient 4:** Ich kann Ihnen die Stelle nicht genau zeigen, denn der Schmerz ist mal hier, mal da.
- Patient 5:** Ich würde das so beschreiben, als ob jemand auf meinem Brustkorb sitzt und mir die Luft wegnimmt.
- Patient 6:** Der Schmerz ist genau hier und ist nicht dumpf, dafür aber heftig.
- Patient 7:** Ich bin mir nicht sicher, aber ich glaube, der Schmerz fängt hier an und geht bis in die ...
- Patient 8:** Also, ich glaube, das Ganze fing vor zwei Tagen an. Am Anfang habe ich es kaum bemerkt, aber dann ist es immer stärker geworden. Es ist ein Gefühl, als ob tausend Ameisen auf und ab laufen.
- Patient 9:** Ja, das fühlt sich an wie Feuer.
- Patient 10:** Es ist ein Gefühl, als ob etwas reißt.

### 4 Das Überbringen schlechter Nachrichten

#### Aufgabe 2b (Track 6)

- Fragt man Ärzte danach, warum sie sich diesen Beruf ausgesucht haben, so lautet die Antwort häufig: Weil sie Menschen helfen wollen. Was aber viele angehende Ärzte nicht bedenken: Nicht allen Patienten werden sie helfen können, oftmals müssen sie auch schlechte Nachrichten überbringen – die von einer unheilbaren Krankheit zum Beispiel oder aber vom plötzlichen Tod eines geliebten Menschen. Obwohl dies ein wichtiger Aspekt des Arztberufs ist, ist ein entsprechendes Training bis heute kein verpflichtender Bestandteil des Medizinstudiums in Deutschland. Im Rahmen unserer Themenwoche „Medizin gestern, heute und morgen“ beschäftigen wir uns in unserem heutigen Radio-Feature damit, ob und wie Ärzte lernen, solch schwierige Gespräche zu führen. Einige Universitäten haben die Relevanz des Themas bereits erkannt. Sie bieten den Studierenden Kommunikationstrainings an, in denen die zukünftigen Mediziner lernen sollen, beispielsweise Todesnachrichten angemessen zu überbringen. Wir haben eines dieser Kommunikationstrainings besucht und möchten Ihnen einen kurzen Ausschnitt präsentieren. In der folgenden gespielten Situation kommt eine Frau ins Krankenhaus, deren Mann vor einer Stunde am Arbeitsplatz zusammengebrochen ist. Die Frau weiß nicht, dass ihr Mann zwischenzeitlich verstorben ist, und spricht nun mit einem Arzt.
- ▷ Herr Doktor? Berger mein Name, mein Mann ist vorhin hier eingeliefert worden, kann ich ihn sehen?
- ▶ Ich habe keine guten Nachrichten.

- ▷ Was ist denn?
- ▶ Ihr Mann ist leider verstorben.
- ▷ Was ... wie ...? Was meinen Sie damit?
- ▶ Er ... Naja, er hatte wohl einen Herzinfarkt, also, da war wirklich nichts mehr zu machen.
- ▷ Was reden Sie denn da? Mein Mann ist gerade mal 39, vor vier Wochen hatte er Geburtstag gehabt!
- ▶ Ja, ich weiß nicht, was ich Ihnen jetzt sagen soll.
- Rafael studiert im vierten Semester Medizin. Man hört, dass er noch sehr unsicher ist und keine Erfahrungen mit solch schwierigen Gesprächen hat. Doch die Frau seines gerade verstorbenen Patienten braucht in der Situation vor allem eines: Sicherheit – das Gefühl, dass der Arzt weiß, was er tut, wovon er spricht. Nach dem Training teilte Rafael seine Eindrücke mit den anderen.
- ▶ Also, für mich war es einfach nur total schrecklich. Ich habe mich selbst so hilflos gefühlt, weil ich nicht wusste, was ich sagen oder tun soll, und dann wurde die Frau plötzlich wütend – das hat mich noch mehr verunsichert. Ich hatte wirklich das Gefühl, dass ich die Frau im Regen stehen gelassen habe. Furchtbar!
- So wie Rafael geht es vielen Studierenden der Medizin, wenn sie zum ersten Mal eine Todesnachricht überbringen müssen: Sie sind unsicher und wissen nicht, was in der Situation das Richtige ist. Rainer Scholl ist Kommunikationstrainer und hat auch das Seminar geleitet, aus dem wir gerade einen Ausschnitt gehört haben. Wir wollten von Herrn Scholl wissen, ob es ein Patentrezept für solch schwierige Gespräche gibt.
- Nein, das gibt es ganz sicher nicht. Jeder Patient, jeder Angehörige ist ja anders, hat seine eigenen Erlebnisse, Charaktereigenschaften, Gefühle. Jeder reagiert in einer solchen Situation auch anders. Und darüber hinaus spielt es eine große Rolle, wie die Situation empfunden wird: Wirkt der Arzt etwas gehetzt oder hat er wirklich Zeit? Herrscht rundum Unruhe durch den Krankenhausbetrieb – auch wenn man dies nur durch die geschlossene Tür hört – oder ist man wirklich abgeschieden vom Trubel einer Station? Man muss also wirklich für jeden einen eigenen Weg finden, um eine schlechte Nachricht mitzuteilen.
- Um genau dies zu trainieren – ein Gespür für die Situation und den Menschen zu entwickeln und nicht immer nur ein und dieselbe Strategie anzuwenden –, wird in den Kommunikationstrainings vor allem das Gespräch selbst möglichst oft geübt. Wir präsentieren Ihnen einen weiteren Ausschnitt aus einem Rollenspiel. Die Situation ist dieselbe wie zuvor, aber die Rollen werden hier anders interpretiert, wie Sie gleich hören.
- ▷ Guten Tag, ich bin Irene Schneider, mein Mann ist vorhin ins Krankenhaus gekommen ... was hat er denn?
- ▶ Es tut mir sehr, sehr leid, Frau Schneider, aber Ihr Mann hat es leider nicht geschafft. Es tut mir unendlich leid, ich kann mir vorstellen, wie es Ihnen jetzt geht ...
- ▷ Was ...?
- ▶ Seien Sie sicher, in dieser schweren Stunde sind wir für Sie da, wenn Sie Hilfe benötigen. Das ist sicher ganz furchtbar für Sie ...
- ▷ Was ... wie ...?
- ▶ Ich begleite Sie gerne gleich persönlich zum psychosozialen Dienst, aber natürlich kann auch ich gerne noch ein paar Minuten hier bei Ihnen bleiben und Ihnen zur Seite stehen.
- Ein mitfühlender Arzt – und trotzdem ist das Gespräch offenbar nicht gut gelaufen. Woran lag das? Im Anschluss an das Rollenspiel gab die Schauspielerin, die hier die Rolle von Frau Schneider übernommen hatte, eine Antwort auf diese Frage.

- ▷ Viele denken zu Beginn des Trainings, sie müssten „nur“ mitfühlend sein, dann wäre alles super. Aber das stimmt nicht. Ich habe gemerkt, wie das Mitgefühl des Arztes mich erstickt hat. Dass er mir dadurch gar keine Zeit gelassen hat, die Nachricht zu verarbeiten. Außerdem fehlten mir sowieso ganz viele Informationen: Was ist denn eigentlich passiert? Aber durch dieses überbordende Mitgefühl war ich wie gelähmt, ich konnte wirklich gar nicht reagieren.
- Dass sowohl die Studierenden als auch die Schauspieler nach den Rollenspielen ein Feedback geben, ist übrigens Teil des Konzepts. Denn nur so, erklärte uns der Dozent, können die unterschiedlichen Perspektiven erkannt werden, nur so seien Einblicke in die Gedanken und Gefühle anderer möglich. Genau diese Einblicke bräuchten die Studierenden, um später im Beruf erfolgreich schwierige Gespräche zu bewältigen.

## 5 Palliativmedizin

### Aufgabe 5a (Track 7)

- ▷ So, nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihren Symptomen stellen. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob und wie stark Ihre Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 4 sind, d.h. keine bis stark. Es geht zunächst um die Verdauung mit Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen und Verstopfung.
  - ▶ Ach, wissen Sie, Frau Doktor Gernot, bei mir ist die Krankheit schon so weit fortgeschritten, dass ich mich daran gewöhnt habe, keinen Appetit zu haben. Schlimmer sind die Übelkeit und das Erbrechen, die machen mir sehr zu schaffen. Stuhlgang habe ich kaum noch.
  - ▷ Also sind alle Symptome schon stark ausgeprägt. Die Übelkeit können wir Ihnen nehmen und damit müssen Sie sich dann wahrscheinlich auch seltener übergeben. Das mit der Verstopfung ist normal, zumal Sie so wenig essen. Versuchen Sie, etwas zu trinken, damit das Durstgefühl nicht so stark ist. Wir können Ihnen auch Flüssigkost zubereiten lassen. Das belastet den Darm nicht so sehr. Wie sieht es mit Atemnot aus?
  - ▶ Das geht eigentlich, also eher eine 2. Nur wenn ich nachts wach liege und anfangs zu grübeln, dann wird es schlimmer. Dabei bin ich immer so arg müde und erschöpft und würde gerne mal eine Nacht richtig durchschlafen.
  - ▷ Bekommen Sie nachts auch Angst, wenn Sie nachdenken? Sie machen mir bisher eigentlich einen sehr gefassten Eindruck.
  - ▶ Das ist oft nur Fassade, ich habe schon große Angst, vor allem vor Schmerzen. Ich will nicht noch mehr leiden, aber wer will das schon? Ich versuche nur die Zeit, die mir bleibt, noch so gut es geht fröhlich zu sein und nicht depressiv. Das gelingt mir tagsüber besser als nachts. Ich weiß, ich werde immer schwächer werden und immer mehr auf Hilfe angewiesen sein. Das macht mir schon zu schaffen. Dabei war ich eigentlich immer eher optimistisch, aber ich weiß, es geht mir jetzt an den Kragen und wenn ich dieses Haus verlasse, werde ich es nicht auf zwei Beinen tun.
  - ▷ Gegen Ihre leichte Depression können wir auch etwas tun. Wie ich sehe, haben Sie bisher keine Lymphödeme, aber wie steht es um Ihren Anus Praeter?
  - ▶ Bisher habe ich keine Probleme damit, ich habe nur eine kleine Stelle, an der ich mich aufgelegt habe, weil es mir nachts zu mühsam ist, mich zu drehen.
  - ▷ Hier können Sie ruhig klingeln, wenn Sie nachts Hilfe brauchen. Dafür sind wir da! Ich sehe, Sie sind alleine hier. Haben Sie Familie? Gibt es eine Kontaktperson?
  - ▶ Meine Frau ist schon vor vielen Jahren ganz plötzlich gestorben und unseren Sohn hat es ins Ausland verschlagen.
- Wir haben kein besonders gutes Verhältnis. Aber dafür habe ich Freunde, die werden mich auch bestimmt besuchen. Ich wollte das heute lieber alleine machen. Wenn etwas ist, müssen Sie bitte meinen besten Freund, Peter Winkelmann, anrufen. Die Details haben Sie schon.
- ▷ Wie haben Sie sich bisher versorgt? Haben Sie da keine Hilfe benötigt?
  - ▶ Doch, schon. Meine Freunde haben eingekauft und ab und zu geputzt. Ich konnte mich bisher selbst pflegen, aber das wird jetzt auch mühsam. Ich brauche einfach mehr Hilfe, als ich es von meinen Freunden erwarten kann. Deshalb komme ich ja. Ich verbringe ja mittlerweile den größten Teil des Tages auf dem Sofa. Dabei dachte ich eine Zeit lang, ich hätte den Krebs besiegt. Nun ist es ja doch umgekehrt.
  - ▷ Also, würden Sie sagen, dass Sie noch nicht stark auf Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen, Anziehen etc. angewiesen sind, aber doch zunehmend?
  - ▶ Ja.
  - ▷ Kommen wir noch mal auf die Schmerzen zurück. Können Sie mir die bitte beschreiben und mir sagen, wie stark sie sind, auf einer Skala von 0 bis 10. Null meint keine Schmerzen und 10 sehr starke. Brauchen Sie außerdem regelmäßig Schmerzmittel?
  - ▶ Ich habe bisher wenig Schmerzen gehabt, und die hat mein Hausarzt mit Novalgintropfen in den Griff bekommen. Aber ich habe Angst, dass sie stärker werden. Ich merke schon, wie ich immer mehr Tropfen brauche, um den Zustand zu halten. Ich würde sagen eine 4 vielleicht. Ich will gar nicht erst wissen, wie die 10 ist.
  - ▷ Davor brauchen Sie keine Angst zu haben. Schmerztherapie und -management gehören hier zu den wichtigsten Aufgaben. Sie bekommen eine Grundmedikation für Schmerzen und können jederzeit Bedarfsmedikation anfordern. Ihre sonstigen Medikamente sind wir ja schon durchgegangen. Haben Sie sonstige Probleme, bei denen Sie Hilfe benötigen? Zum Beispiel irgendwelche Behördengänge?
  - ▶ Vielen Dank, aber das habe ich alles schon mit Hilfe meines Freundes Peter erledigt.

## 6 Kommunikation in schwierigen Kontexten

### Aufgabe 1a (Track 8)

- ▷ Herr Lange? Guten Abend, mein Name ist Dr. Bettina Richter. Sie haben bei der Aufnahme Schmerzen im linken Schulterbereich nach einem Sturz angegeben. Was ist denn passiert?
- ▶ Na, ich bin mit dem Rad gestürzt, das habe ich doch schon alles dem Pfleger bei der Aufnahme erzählt. Ich dachte, ich sei hier in einer Notaufnahme, und nun warte ich schon fast zwei Stunden. Das müsste doch schneller gehen; bei einem Unfall erwarte ich mir prompte Hilfe, das steht uns Patienten doch wohl zu ...
- ▷ Herr Lange, wir tun wirklich unser Bestes, um alle Patientinnen und Patienten möglichst rasch und gut zu versorgen. Aber ab 13.00 Uhr ist dies nun einmal eine Notfallambulanz, die nur mit zwei diensthabenden Ärzten besetzt ist, davon ein Oberarzt, der immer wieder auch in den OP muss, um Notfalloperationen durchzuführen. Da kann es halt schon einmal länger dauern.
- ▶ Und warum müssen wir Patienten darunter leiden, dass Ihre Notaufnahme unterbesetzt ist? Wir zahlen doch alle genug in die Krankenkasse ein, da dürfen wir doch wohl eine ordentliche Versorgung erwarten. Was machen die denn mit dem ganzen Geld? Man fragt sich doch ...

- ▷ Herr Lange, das ist eine Frage, die wir beide heute Abend wohl nicht lösen werden. Kommen wir doch lieber zurück zu Ihrem Problem. Bitte erzählen Sie mir doch genau, was passiert ist.
- ▶ Ich bin mit meinem Mountainbike den Berg runter, ziemlich schnell, und da habe ich mich überschlagen. Es lag plötzlich frischer Kies auf der Straße, ohne Warnschilder, da überlege ich mir auch noch ... Na ja, lassen wir das. Jedenfalls habe ich seither starke Schmerzen da oben, in der linken Schulter, eher so vorne rum ...
- ▷ Dann werde ich mir das jetzt ansehen. Ihr Shirt können Sie wohl nicht ausziehen?
- ▶ Nein, wie soll das gehen, ich habe Ihnen doch gesagt, dass ich starke Schmerzen habe!
- ▷ Dann werde ich das Shirt aufschneiden.
- ▶ Was, aufschneiden?
- ▷ Herr Lange, das Shirt ist am Ärmel und auch hinten ganz zerrissen, Sie werden es ohnehin nicht mehr tragen können. Ich muss mir Ihre Schulter schon anschauen, wenn ich Ihnen helfen soll.
- ▶ Na, wenn es sein muss.
- ▷ So, jetzt können wir das Shirt wegtun. Ist Ihnen diese Bewegung möglich?
- ▶ Au, passen Sie doch auf! Sie haben wohl nicht viel Erfahrung, was? Wo ist denn der Oberarzt?
- ▷ Der Herr Oberarzt ist im OP. Sie werden schon mit mir vorliebnehmen müssen. Atmen Sie doch bitte einmal ganz tief ein. Tut das weh?
- ▶ (atmet ein und aus) Nein. Warum sollte das denn auch wehtun?
- ▷ Ich weiß schon, warum ich das frage. Haben Sie denn sonst noch Schmerzen? Ich sehe, dass Sie Schürfwunden vorne auf den Unterschenkeln haben. Lassen Sie mich doch bitte Ihre Beine ansehen.
- ▶ Ja, das tut auch ordentlich weh, das können Sie sich ja denken.
- ▷ Herr Lange, ich werde zunächst einmal diese Wunden reinigen und versorgen. Anschließend werde ich Sie zum Röntgen schicken. Sie haben sich sehr wahrscheinlich das Schlüsselbein gebrochen. Um die Diagnose abzusichern, müssen wir eine Aufnahme machen.
- ▶ Was, auch noch zum Röntgen? Und da kann ich wohl wieder herumsitzen und warten? Das hätte doch auch schon längst gemacht werden können.
- ▷ Was glauben Sie denn, wir können doch nicht jede Patientin und jeden Patienten auf Verdacht zum Röntgen schicken. Das kann sich unser Gesundheitssystem wirklich nicht leisten. Vielleicht sollten Sie sich in Zukunft an eine Privatklinik wenden, wenn Sie Hilfe brauchen. Schwester Birgit, könnten Sie bitte den Befund notieren?
- Ja, natürlich.
- ▷ Druckschmerz, sicht- und tastbare Schwellung im mittleren Drittel der linken Klavikula, dort deutliche Stufenbildung, beim Palpieren eine Krepitation spürbar, Abduktion und Elevation im Schultergelenk schmerzhaft eingeschränkt. Weiter Exkorationen an der distalen Tibia, kein Fremdkörper sichtbar, Knie- und Sprunggelenk frei beweglich und bandstabil, periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität in Ordnung. Therapie: Wundreinigung, Betaisodona Spray, trockener Schutzverband ...
- ▶ Also, das ist doch die Höhe! Hier ist man als Patient offensichtlich nur eine Belästigung! Ich werde mich bei der Krankenhausleitung darüber beschweren, darauf können Sie sich verlassen. So etwas habe ich ja noch nie erlebt.

### Aufgabe 5a (Track 9)

- ▷ Guten Tag, Herr Doktor. Martha Klein, ich bin die Tochter von Frau Luger. Sie wurde Dienstag am Abend mit dem Krankenwagen eingeliefert. Das ist mein Mann.
- ▶ Guten Tag, Herr Doktor.
- ▷ Bitte, können Sie uns sagen, was denn mit meiner Mutter los ist?
- Guten Tag. Ich bin Dr. Alexander Becker. Ich bin Assistenzarzt hier auf der Inneren Station und habe Ihre Mutter vorgestern aufgenommen.
- ▷ Wir wissen gar nicht genau, was passiert ist. Die Nachbarin hat uns angerufen, um uns zu sagen, dass Mama im Krankenhaus ist. Wir waren einige Tage in Italien und sind so schnell wie möglich hergefahren. Sagen Sie doch, was fehlt denn meiner Mutter? Geht es ihr schlecht, was ist denn bloß passiert?
- Momentan geht es ihr gut, ihr Zustand ist in keiner Weise lebensbedrohlich. Wie gesagt, Frau Luger wurde Dienstag am frühen Abend in die Innere Ambulanz gebracht. Ihre Nachbarin hatte sie in einem ziemlich verwahrlosten Zustand in ihrem Garten herumirrend vorgefunden. Frau Luger schien völlig verwirrt und wollte nicht zurück ins Haus. Sie machte einen sehr geschwächten Eindruck, und weil Sie ja auch nicht zu Hause waren, rief die Nachbarin den Notarzt.
- ▶ Hatte meine Schwiegermutter denn einen Schlaganfall?
- Die Blutuntersuchung ergab eine Störung des Elektrolyt-Haushalts infolge einer ausgeprägten Exsikkose, das heißt einer Austrocknung. Es war sehr heiß in den letzten Tagen und Frau Luger hatte wohl schon länger nichts mehr getrunken. Wir haben natürlich eine CT-Untersuchung gemacht, um eine Gehirnblutung oder einen Insult auszuschließen. Wir haben keinerlei Hinweise auf ein zerebrovaskuläres Geschehen gefunden, also auf eine akute Störung der Blutzufuhr im Gehirn.
- ▶ Es war also kein Schlaganfall?
- Nein, das können wir ausschließen – diesbezüglich haben wir eine nochmalige CT-Kontrolle durchgeführt, da sich ein Insult, also ein Schlaganfall, nicht unbedingt in der ersten Tomografie zeigt.
- ▷ Ja, aber warum war sie denn so verwirrt?
- Frau Klein, ist Ihnen denn in letzter Zeit nichts aufgefallen im Verhalten Ihrer Mutter? Dass es ihr schwerfiel, sich zu konzentrieren, oder dass sie vielleicht Dinge verlegte ...
- ▷ Na ja, sie klagte schon öfters, dass sie vergesslich würde. Aber das ist ja normal; schließlich ist sie nicht mehr die Jüngste.
- ▶ Also, mir fiel auf, dass sie im Gespräch auffallend oft nach ganz simplen Wörtern suchen musste.
- ▷ Ach, du übertreibst. Es passiert doch jedem, dass einem hin und wieder ein einfaches Wort nicht einfällt.
- Sie hatte also Wortfindungsstörungen. War Frau Luger denn mitunter auch gereizt oder fielen Ihnen ungewöhnliche Stimmungsschwankungen auf?
- ▷ Gereizt? Hm, nein, vielleicht etwas niedergeschlagen.
- ▶ Worauf wollen Sie denn hinaus – dass meine Schwiegermutter dement wird?
- Nun, wir haben einen Test gemacht, die sogenannte Mini-Mental Status Examination, das ist ein Test, mit dem mentale Leistungsstörungen beurteilt werden. Das Ergebnis weist doch auf eine deutliche Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten hin. Die neuro-psychiatrische Untersuchung hat den Verdacht auf eine beginnende Demenz leider erhärtet.

- ▷ Das glaube ich nicht, von Demenz ist meine Mutter sicher weit entfernt. Sie wohnt zwar seit zwei Jahren bei uns im Haus, aber sie hat ihren eigenen Wohnbereich und ist noch vollkommen selbstständig. Sie kocht und macht ihre Wäsche selbst, nur zum Putzen kommt eine Hilfe.
- Geht sie denn auch noch einkaufen?
- ▷ Nein, seit einiger Zeit möchte sie das nicht mehr. Sie verlässt überhaupt das Haus nur mehr ungern. Wir erledigen die Einkäufe für sie. Wir machen das am Wochenende; wissen Sie, wir sind ja beide berufstätig.
- ▶ Also, angenommen, dass die Diagnose tatsächlich Demenz lautet: Auf was müssen wir uns denn im schlimmsten Fall einstellen?
- Nun, die Prognose ist bei Demenz sehr ungewiss. Ich kann Ihnen nicht sagen, wie der Krankheitsverlauf bei Ihrer Schwiegermutter aussehen wird. Bei einer leichten Demenz ist ein selbstständiges Leben noch möglich, aber fallweise benötigen die Patienten Hilfestellung von außen. Das Ausmaß dieser Hilfe nimmt mit fortschreitender Erkrankung zu. Bei einer schweren Demenz wird eine dauerhafte Betreuung und Beaufsichtigung notwendig.
- ▶ Aber man wird doch etwas gegen die Krankheit tun können? Sicher gibt es Medikamente oder sonstige Therapien ...
- Leider gibt es derzeit keine medikamentöse Behandlung, mit der Demenz geheilt oder das Fortschreiten der Krankheit vollständig gestoppt werden könnte. Allerdings gibt es Präparate, die den Krankheitsprozess verzögern, und mit einem umfassenden, individuellen Therapieangebot kann man die Lebensqualität der Betroffenen durchaus verbessern. Ergänzend können Nebenerscheinungen wie Unruhe, Schlaflosigkeit oder Angst durch Medikamente behandelt werden. Wir haben hier eine Entlassungsmanagerin, die mit Ihnen mögliche psychosoziale Maßnahmen besprechen kann. Dazu gehört auch die Beratung der Angehörigen im Umgang mit Demenzkranken.
- ▷ So weit sind wir ja nun Gott sei Dank noch nicht, das wird sich alles wieder einrenken, jetzt wo wir wieder da sind. Also, ich möchte jetzt erst einmal zu meiner Mutter.

#### Aufgabe 6b (Track 10)

- ▷ Gut, Herr Meierhofer, dann nehmen Sie erst einmal wie besprochen das Vitamin-B12-Präparat und die Folsäure. Aber bevor Sie gehen, möchte ich gerne noch Ihren Blutbefund mit Ihnen besprechen. Die Untersuchung liegt nun schon einige Wochen zurück, aber Sie waren seither nicht mehr zur Kontrolle hier. Herr Meierhofer, leider sind Ihre Leberwerte ganz schlecht. Schauen Sie, da haben wir die beiden Leberenzyme ALT und AST. Ihr ALT-Wert liegt bei 400, was auf einen schweren Leberschaden hinweist. Normal wären Werte von maximal 50 Einheiten pro Liter.
- ▶ Ja, ich hatte doch als Kind Hepatitis und seither habe ich immer so schlechte Werte.
- ▷ Herr Meierhofer, diese Werte kann ich mir dadurch nicht mehr erklären.
- ▶ Aber im Krankenhaus hat man mir letztes Mal gesagt, dass das durchaus möglich sei.
- ▷ Ihr AST-Wert liegt zudem noch über Ihrem ALT-Wert, was wiederum für einen schweren Leberschaden spricht. Herr Meierhofer, wie viel Alkohol konsumieren Sie denn?
- ▶ Na, was man halt so trinkt, ein paar Bier am Abend nach der Arbeit. Da ist ja nichts dabei, das tun doch alle. Wir gehen öfters mal mit den Kollegen noch in die Kneipe ...
- ▷ Trinken Sie auch Schnaps zum Bier?
- ▶ Schon, aber auch nicht mehr als die anderen ...
- ▷ Und zu Hause? Trinken Sie auch zu Hause?
- ▶ Beim Fernsehen, ja. Irgendwie muss man doch runterkommen. Sie haben ja keine Ahnung, wie viel Stress wir in der Firma haben. Auf uns wird der ganze Druck abgeladen.

## 7 Beratungsgespräche führen

### Aufgabe 6a und b (Track 12)

- ▷ Wie ich höre, gibt es ein Problem mit der neuen Aufnahme.
- ▶ Ja, Herr Clausnitz verlangt Sie persönlich zu sprechen, da er mit meinem Beratungsgespräch nicht zufrieden ist.
- ▷ Was haben wir?
- ▶ Partielle Ruptur des Ligamentum cruciatum anterius. Meiner Meinung nach auch konservativ behandelbar.
- ▷ Wo liegt sein Problem?
- ▶ Keine Zeit. Er will am Montag wieder in München sein. Er hat einen wichtigen Arbeitstermin und will nicht an Krücken erscheinen. Deshalb will er sofort operiert werden.
- ▷ Gut. Haben Sie die Aufnahmen? Ich schaue ihn mir an und versuche ihn davon zu überzeugen, dass Physiotherapien gute Alternativen sein können. Wie genau hat er sich die Ruptur zugezogen?
- ▶ Skiunfall. Heute Mittag haben sie ihn eingeliefert. Seitdem will er Sie sehen.
- ▷ Also, wenn er Ski fahren kann, klappt es auch mit der Physiotherapie. An Krücken muss er sowieso gehen, ob mit oder ohne Operation.
- ▶ Er ist in Zimmer 203. Hier ist seine Akte.
- ▷ Danke. Dann schauen wir mal.

## 8 Das medizinische Aufklärungsgespräch

### Aufgabe 2a (Track 13)

- ▷ Frau Maischberger bitte.
- ▶ Guten Tag.
- ▷ Kommen Sie rein. Ich habe heute leider wenig Zeit. Hier haben Sie die Aufklärungsbögen zur elektiven Sectio caesarea und Anästhesie. Lesen Sie die schon mal durch, ich bin gleich bei Ihnen.
- ▶ Ja, vielen Dank.
- ▷ So, da bin ich wieder. Also, Sie sind heute hier, um den elektiven Eingriff zu besprechen. Ich nehme an, Ihr Gynäkologe hat Ihnen bestimmt schon alles dazu erläutert. Das heißt, wir müssen nur noch mal kurz über die verschiedenen Anästhesieformen sprechen. Ich würde Ihnen immer zur Vollnarkose raten. Da verschlafen Sie alles und bekommen nichts mit.
- ▶ Ah ja?
- ▷ Es gibt zwar noch die Periduralanästhesie, aber die birgt höhere Risiken und ich würde davon abraten. Manchmal sitzt die Peridurale nicht und Sie spüren trotzdem etwas, dann müssen wir eine Vollnarkose machen, oder der Anästhesist trifft einen Nerv und Sie behalten dann eine Peronaespärese. So, wenn Sie keine Fragen haben ...
- ▶ Ja, ich weiß nicht.
- ▷ Gut, würden Sie dann bitte hier auf dem Aufklärungsbogen unterschreiben? Wir sehen uns am 10.11. morgens um 8 Uhr. Kommen Sie bitte nüchtern! Auf Wiedersehen

**Aufgabe 2c und d (Track 14)**

- ▷ Guten Tag, Frau Maischberger, Herr Maischberger. Kommen Sie bitte, Sie können hier Platz nehmen. Wie ich sehe, sind Sie heute da, um sich für den geplanten Kaiserschnitt anzumelden. Können Sie mir bitte sagen, warum Ihr Frauenarzt Ihnen einen Kaiserschnitt empfohlen hat?
- ▶ Ich erwarte Zwillinge. Außerdem wurden bei mir Myome entfernt, bevor ich schwanger werden konnte. Deshalb war mir schon klar, dass ich einen Kaiserschnitt brauche.
- ▷ Ja, das stimmt. Wo haben Sie sich operieren lassen? Hier im Haus?
- ▶ Ja, ich habe mich hier sehr gut betreut gefühlt.
- ▷ Das freut mich. Ich werde mir gleich das Narkoseprotokoll ansehen. Hier ist schon mal der Aufklärungsbogen. Bitte lesen Sie ihn sorgfältig durch. Wie Sie vielleicht wissen, muss ich Sie über alle Schritte sowie über eventuelle Risiken informieren. Nachher gehen wir den Aufklärungsbogen zusammen durch. Ich bin gleich wieder da.
- ▷ Wie ich sehe, haben Sie sich damals für eine Vollnarkose entschieden. Gab es einen besonderen Grund dafür?
- ▶ Ich war etwas ängstlich und wollte nichts mitbekommen. Aber die Geburt wollen mein Mann und ich gerne gemeinsam erleben. Wir haben irgendwo gelesen, dass es eine Rückenmarksnarkose gibt. Ist das bei mir möglich?
- ▷ Grob gesagt hat die Periduralanästhesie den Vorteil, dass Sie die Geburt schmerzfrei und wach erleben können. So können Sie den ersten Schrei Ihrer Kinder hören und sie sofort in die Arme nehmen.
- Ich hätte auch noch eine Frage. Was ist denn, wenn mir schlecht wird? Ich kann nämlich kein Blut sehen.
- ▷ Keine Sorge, Herr Maischberger. Das Operationsfeld wird mit einem Tuch abgetrennt, Sie sehen nicht viel Blut.
- ▶ Hmm, die Vollnarkose habe ich letztes Mal ganz gut vertragen. Wie sind denn Ihre Erfahrungen mit der Periduralanästhesie?
- ▷ Normalerweise werden beide Narkosearten problemlos vertragen. Zu den Risiken komme ich gleich noch mal, wenn wir den Aufklärungsbogen dazu durchgehen.

**9 Mit Angehörigen über Krankheitsbilder sprechen**

**Aufgabe 3a (Track 15)**

- ▷ Guten Tag. Das ist mein Mann.
- ▶ Guten Tag, Herr Doktor.
- Guten Tag. Bitte nehmen Sie doch Platz. Frau Sommer, wir haben vorgestern schon kurz über die Untersuchungsergebnisse gesprochen. Wie geht es Ihnen heute?
- ▷ Na ja, wie Sie sich denken können, nicht so gut. Ich hatte vor ein paar Jahren schon einmal einen gutartigen Tumor in der anderen Brust. Aber trotzdem hat man ja immer Angst, dass es auch mal ein bösartiger sein könnte.
- Um völlig sicher zu sein, müssen wir die Operation abwarten. Wir werden während des Eingriffs eine Gewebeprobe entnehmen und je nach Befund der Schnellschnittuntersuchung die Operation fortsetzen.
- ▶ Das heißt, Sie operieren auf jeden Fall und werden dann die Brust vielleicht entfernen?
- Wir versuchen auf alle Fälle, auch wenn es ein bösartiger Tumor ist, möglichst brusterhaltend zu operieren.

- ▷ Völlig sicher können Sie aber erst während der Operation sein, das heißt, dass ich eventuell mit nur einer Brust aufwache?
- Ich würde nicht ganz so schwarzsehen. Entscheidend ist natürlich die Größe und Lage des Tumors. Auch bei einer Ablatio, also bei einer Entfernung der erkrankten Brust, gibt es verschiedene Möglichkeiten, sie z.B. durch ein Implantat wieder aufzubauen.
- ▶ Was sind die Risiken bei solch einer Operation?
- Risiken bestehen bei operativen Eingriffen natürlich immer. Zum Beispiel kann die Wundheilung gestört sein oder der Arm kann schwellen, wenn die Lymphknoten in der Achsel ausgeräumt werden müssen.
- ▶ Verstehe ich Sie gerade richtig, dass Sie auch in der weiteren Umgebung der Brust operieren? Ich dachte, nur ein Knoten würde herausoperiert, dann war von der ganzen Brust die Rede und jetzt sind Sie schon in der Achselhöhle.
- Herr Sommer, beruhigen Sie sich und lassen Sie es mich erklären. Lymphknoten in der Nähe eines Tumors können befallen sein. Eine Entfernung von einem oder mehreren Lymphknoten ist auch wichtig, um eine Ausbreitung von Metastasen zu verhindern.
- ▷ Wie wird denn die Nachbehandlung aussehen? Eine Chemotherapie stelle ich mir schrecklich vor.
- Die weitere Behandlung nach der Operation hängt natürlich vom Ergebnis der Operation ab. Möglich sind neben der Chemotherapie auch eine Hormonbehandlung oder eine Strahlentherapie. Letztere wird meist durchgeführt, wenn die Brust erhalten bleibt.
- ▷ Ist auch eine naturheilkundliche Behandlung statt einer Strahlen- oder Chemotherapie möglich?
- Leider nicht, aber sie kann natürlich durchgeführt werden, um die Nebenwirkungen einer Strahlen- oder Chemotherapie zu senken. Damit haben einige unserer Patientinnen gute Erfahrungen gemacht.
- ▷ Eine Bekannte von mir hat vor ein paar Jahren eine Misteltherapie gemacht und seitdem waren alle Kontrolluntersuchungen negativ.
- Die Misteltherapie ist so eine Sache. Sie wird vor allem von anthroposophischen Ärzten durchgeführt. Allerdings fehlt bisher der Nachweis einer klinischen Studie.
- ▷ Die gibt es bei naturheilkundlichen Mitteln sowieso selten, was aber nicht heißt, dass sie nicht wirken.
- Da haben Sie natürlich recht. Letztlich müssen Sie natürlich die Entscheidung treffen.
- ▶ Wie werden denn die Heilungschancen sein? Meine Frau hatte ja schon einmal einen Knoten. Müssen wir jetzt befürchten, dass sie in immer kürzeren Abständen neue Tumore bekommt?
- Das kann ich Ihnen leider nicht beantworten. Aber wenn ein Tumor rechtzeitig entdeckt wird, bestehen gute Heilungschancen. Wie ich sehe, gehen Sie regelmäßig zur Mammografie.

**10 Anamnese**

**Aufgabe 5b (Track 16)**

- Patient 1:** Wie lästig! Kaum bin ich mit dem Schnauben fertig, schon läuft und kribbelt die Nase wieder! Dennoch ist meine Nase so zu, dass ich kaum Luft bekomme. Die Augen tränen, der Kopf ist dicht ... Ich bin nicht alleine, um mich herum laufen lauter Triefnasen!
- Patient 2:** An ein nettes Sommerfest im Garten ist gar nicht zu denken! Sofort brennen meine Augen und sie

schwellen sogar an. Auch im Hals juckt es. Ständig läuft mir die Nase ... Und die Niesattacken: bis zu 20 Mal hintereinander! Unerträglich! Ich fühle mich wirklich richtig platt.

**Patient 3:** Ich war beim Karneval am Rosenmontag. Wer kennt das nicht: stundenlang singen, die ganze Zeit draußen, Kölsch trinken usw. Jetzt bekomme ich kaum einen Ton mehr raus! Nur so ein Krächzen! Höllisch weh tut's auch, und es ist richtig mühsam, etwas zu sagen. Dabei bin ich Krankenpflegerin. Das geht ja gar nicht, dass ich da nicht rede.

**Patient 4:** Seit Wochen geht es mir gar nicht gut: Ich habe einen Schnupfen, und welche Mittel ich auch immer ausprobiert habe, er will einfach nicht verschwinden. Eine „Achterbahn“-Erkältung! Schon schien alles in Ordnung zu sein, und da ist wieder der Schnupfen zurück. Ich fühle mich schlapp und lustlos und schmecke gar nicht, was ich esse. Ich spüre so ein unangenehmes Druckgefühl im Stirnbereich. Und hier, neben meiner Nase, pocht es heftig von innen, besonders wenn ich mich bücke. Leichtes Fieber habe ich auch.

**Patient 5:** Die Beschwerden sind seit Freitag immer schlimmer geworden: Es fühlt sich an, als ob ich einen Kloß im Hals habe, ich kann kaum schlucken, die Schmerzen ziehen in die Seite bis in die Ohren und in den Kiefer. Mein Freund sagt, ich höre mich kloßig an, aber ich bin nicht heiser. Im Spiegel sehe ich so komische weiße Pünktchen im Hals.

**Patient 6:** Ich erlebte letzens so komische Sachen: Zunächst fühlte ich mich wie in einem Karussell, sodass ich erbrechen musste. Na ja, auf dem linken Ohr höre ich schon lange nichts, aber das Druckgefühl jetzt im rechten Ohr ist merkwürdig. Dazu kommt auch das ständige Zischen oder Pfeifen, was ich da höre. Das Ganze kommt auch nur in Schüben ... Und wissen Sie, ich habe richtig Angst, dass ich taub werde.

**Patient 7:** Wissen Sie, ich bin Lehrerin von Beruf, und seit längerem habe ich das lästige Gefühl, das jeder schon mal hatte: einen Frosch im Hals. Aber bei mir geht er nicht weg, und ich muss mich ständig räuspern und husten. Na ja, und das im Unterricht. Das ist echt unangenehm! Kaum einen ganzen Satz gesagt und [husten und räuspern], sehen Sie?

**Patient 8:** Also, vor circa zwei Stunden haben bei mir starke Schmerzen angefangen. Aber das ist kein Kratzen im Hals, so wie ich das sonst kenne, sondern das tut richtig weh, hier vorne am Kehlkopf. Das fühlt sich so an, als wäre es im Hals ganz dick, und schlucken tut megawehe, und reden geht fast gar nicht.

## 11 Die körperliche Untersuchung

### Aufgabe 3c (Track 17)

- ▷ Guten Tag, liebe Hörerinnen und Hörer. Willkommen bei „Rund um die Gesundheit“. Wir sprechen heute mit Frau Dr. Sylvia Großmann, Leiterin der Rheumasprechstunde am Universitätsklinikum Hadern. Sie stellt uns die wichtigsten Gelenkerkrankungen und ihre Symptomatik vor. Guten Morgen, Frau Dr. Großmann.
- ▶ Guten Morgen.
- ▷ Frau Dr. Großmann: Welches sind die häufigsten Gelenkerkrankungen?
- ▶ Man unterscheidet im Wesentlichen drei Großgruppen: Arthrose, Arthritis und Stoffwechselerkrankungen mit Gelenkbeteiligung.
- ▷ Können Sie die Unterschiede kurz erläutern?

- ▶ Die Arthrose ist ein Verschleiß des Gelenks durch Rückgang des Gelenkknorpels. Natürlich ist dieser Rückgang ein ganz normaler Prozess, der mit dem Älterwerden einhergeht. Zu einer behandlungsbedürftigen Arthrose kommt es aber erst dann, wenn dieser Verschleiß über das übliche Maß hinausgeht. Ursachen sind meist genetische Veranlagung oder Überbelastung, z.B. durch Übergewicht bedingt. In selteneren Fällen entsteht die Arthrose auch durch vorangegangene Traumata oder Gelenkfehlstellungen wie O- oder X-Beine. Somit kann prinzipiell jeder Mensch eine Arthrose entwickeln.

- ▷ Und was ist mit der Arthritis? Die Bezeichnungen sind sich doch sehr ähnlich.

- ▶ Das stimmt natürlich, aber mit der Endsilbe -itis wird in der Medizin generell eine entzündliche Erkrankung beschrieben. Arthritis ist ein Sammelbegriff für entzündliche Erkrankungen des Gelenkraumes, hervorgerufen durch Infektionserreger oder als Folge einer autoimmunologischen Erkrankung. Wenn man die Entzündung unbehandelt fortschreiten lässt, kommt es auch hier zu einer Knorpelzerstörung, der sogenannten postarthritischen Arthrose.

- ▷ Kann denn nicht auch umgekehrt die Arthrose eine Arthritis verursachen?

- ▶ Richtig, liegt eine Arthrose vor, so kann daraus durchaus eine Arthritis entstehen. Es sind aber zwei unterschiedliche Krankheitsbilder. Aufgrund der unterschiedlichen Genese der Arthritis sehen wir in der Praxis durchaus eine andere Leitsymptomatik mit entsprechenden Untersuchungsbefunden.

- ▷ Sie sprachen eben von Genese, können Sie das kurz erklären?

- ▶ In der medizinischen Fachsprache bezeichnet Genese einfach nur die Ursache einer Erkrankung.

- ▷ Gut, und wie ist es mit den Stoffwechselerkrankungen?

- ▶ Auch Stoffwechselerkrankungen können sich an den Gelenken manifestieren. Beispielhaft sind Gicht, Pseudogicht oder die diabetische Arthropathie. Bei der Gicht etwa sammeln sich Harnsäurekristalle in den Gelenkinnenräumen und führen hier zu äußerst schmerzhaften Entzündungsvorgängen. Bei der Pseudogicht ist das ähnlich, nur lagern sich hier keine Harnsäurekristalle, sondern Kalziumpyrophosphat ab. Der Diabetes wiederum führt zu einer Zerstörung von kleinen Nerven und Gefäßen und damit zu Umbauvorgängen an Knochen und Gelenken.

- ▷ Wie können unsere Zuhörerinnen und Zuhörer erkennen, ob und an welcher der Krankheitsgruppen sie leiden?

- ▶ Sie sollten in jedem Fall einen Arzt aufsuchen und sich nicht durch das Internet, Fernsehen und Zeitschriften verunsichern lassen oder sich gar in einer Eigendiagnose versuchen. Generell gesprochen sind aber als gemeinsame Leitsymptome Gelenkschmerz, Gelenkschwellung, Überwärmung und Funktionsminderung zu beobachten. Bei der Arthrose tritt der Schmerz typischerweise zu Beginn oder nach längerer Belastung des betroffenen Gelenks auf. Dahingegen zeichnet sich die Arthritis in der Regel durch einen Ruheschmerz aus. Betroffene klagen hier oft über Schmerzen in den frühen Morgenstunden sowie eine ausgeprägte Morgensteifigkeit. Auf stoffwechselbedingte Prozesse weist häufig das Labor hin.

- ▷ Sie erwähnten eben auch die Gelenkschwellung als Leitsymptom.

- ▶ Richtig. Wenn sich Flüssigkeit in den Gelenken angesammelt hat, lässt sie sich häufig gut punktieren. Die Punktion hilft bei der Diagnosestellung; gleichzeitig wird die Beweglichkeit des Gelenks verbessert. Auch lassen sich Medikamente während der Punktion einbringen.

- ▷ Sind denn immer alle Gelenke betroffen?

\* hier: Nachtschmerz; Begriffe werden in der Regel synonym verwendet.

- ▶ Nein, die Befallsmuster sind natürlich sehr unterschiedlich. Bei der Arthrose sind ganz überwiegend die gewichtstragenden Gelenke der unteren Extremität, also Knie, Hüfte und Sprunggelenk, betroffen. Das Kiefergelenk steht jedoch ebenfalls unter starker Belastung und ist deshalb auch anfällig für eine Arthrose. Dies gilt ebenso für Gelenke, die einmal verletzt waren.
- ▷ Ist das dann Rheuma?
- ▶ Nein, da Rheuma zu den entzündlichen Gelenkrankheiten zählt, gehört Rheuma zu der Gruppe der Arthritiden. Rheuma tritt bei Patienten aller Altersgruppen auf. Meist stellen sich die Symptome symmetrisch dar, durchaus auch an nicht gewichtstragenden Körperteilen. Da auch innere Organe von der Entzündung befallen sein können, wird die Rheuma-Behandlung vorzugsweise durch internistische Rheumatologen vorgenommen und nicht durch Orthopäden.
- ▷ Sind denn Männer und Frauen gleichermaßen betroffen?
- ▶ In der Regel erkranken mehr Frauen an Rheuma. Doch überraschenderweise sind in den letzten Wochen vermehrt Männer wegen rheumatischen Erkrankungen in meine Sprechstunde gekommen.
- ▷ An dieser Stelle wollen wir unsere Hörer erst einmal verschonaffen lassen und melden uns nächste Woche mit der Fortsetzung wieder. Wir danken Ihnen, Frau Dr. Großmann, für das äußerst interessante Gespräch und dafür, dass Sie unseren Hörern für Fragen im Chat noch zur Verfügung stehen.

## 12 Diagnostische Verfahren und Diagnosegespräch

### Aufgabe 1a (Track 19)

#### Dialog 1 (Urinprobe)

- ▷ Frau Werheim, Sie finden dort einen Plastikbecher. Daneben liegt der wasserfeste Stift. Schreiben Sie bitte Ihren Namen auf den Becher.
- ▶ Wie viel brauchen Sie denn?
- ▷ Nicht so viel, so 10 bis 20 ml. Die Probe muss aber sauber sein. Sie darf nicht durch irgendwelche Bakterien verunreinigt werden.
- ▶ Ah ja.
- ▷ Die erste Portion, also ungefähr die ersten 3 Sekunden, lassen Sie den Harnstrahl einfach ins WC-Becken laufen. Dann fangen Sie bitte die Flüssigkeit auf, aber bitte ohne den Strahl zu unterbrechen!
- ▶ Ich verstehe. Und dann?
- ▷ Den Becher stellen Sie in die Durchreiche.
- ▶ Wann bekomme ich die Ergebnisse?
- ▷ Die bekommen Sie sofort, ich rufe Sie dann wieder auf.

#### Dialog 2 (Bronchoskopie)

- ▷ Frau Doktor, wozu ist das Ganze gut?
- ▶ Herr Ibanez, diese Untersuchung ermöglicht z.B., sich ein genaues Bild von der Umgebung zu machen und die Einengungen abzuklären. Dadurch lassen sich auch Minderbelüftungen von Teilbereichen untersuchen.
- ▷ Aha, interessant, wie geht das denn?
- ▶ Mit diesem beweglichen Schlauch, Sie sehen ja, er ist sehr dünn – bis maximal drei Millimeter im Durchmesser. An seiner Spitze sitzt eine Kamera mit einem winzigen Lämpchen. Die Kamera schickt die Bilder direkt an den Monitor, und ich kann alles genau beobachten.

- ▷ Können Sie auch etwas machen, wenn Sie etwas entdecken?
- ▶ Natürlich, z. B. Schleimpfropfen fortspülen.
- ▷ Und wie?
- ▶ Durch den Schlauch lassen sich kleine Zangen oder Bürsten vorschieben. Damit kann man Gewebeproben entnehmen oder Wucherungen entfernen. Sie bekommen während der ganzen Untersuchung ein Kurznarkotikum in die Vene gespritzt, sodass Sie gar nichts von der Untersuchung spüren.

#### Dialog 3 (Sonografie)

- ▷ Herr Doktor, wo man ist, hört man ständig von der Strahlenbelastung. Ich bin mir gar nicht sicher, ob ich diese Untersuchung machen lassen will.
- ▶ Sie haben Recht, Frau Amaritu, ein Röntgenbild kann belastend sein. Aber das hier funktioniert anders: Es ist eine unbedenkliche und risikofreie Untersuchung.
- ▷ Ach so?
- ▶ Schauen Sie mal, die Gewebestruktur wird abgebildet. Damit können wir die inneren Organe unter die Lupe nehmen. Mit dieser Technik können die gewonnenen Daten bildlich wiedergegeben werden. Dies geschieht in der Regel durch unterschiedlich starke Grautöne. Das Gewebe, das den Schall stärker wieder zurücksendet, erscheint im Bild heller, das übrige dunkler. Das können Sie auch hier mitverfolgen.
- ▷ Was soll ich machen?
- ▶ Bitte legen Sie sich auf die Untersuchungsliege und ziehen Sie Ihr Unterhemd hoch. Ich gebe Gel auf Ihren Bauch, und mit diesem Gerät hier wird das Bild erzeugt.

#### Dialog 4 (EMG = Elektromyografie)

- ▷ Also, Sie werden mich überall piksen?
- ▶ Nicht an beliebigen Stellen, Herr Chomsky! Es ist aber gut möglich, dass ich die Nadel fächerförmig an verschiedene Stellen des Muskels führen muss.
- ▷ Muss ich dabei etwas machen?
- ▶ Ja. Ich bin auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Zunächst messe ich die elektrische Aktivität des Muskels im entspannten Zustand und danach die Aktivität bei leichter Anspannung. Dabei werden die registrierten Aktionspotentiale bezüglich Amplitude, Phasenzahl und Entladungsfrequenz gemessen und bewertet. Am Ende der Untersuchung werde ich Sie bitten, den Muskel so kräftig wie möglich anzuspannen, um das Interferenzmuster auszuwerten.
- ▷ Mit der Nadel, das gefällt mir nicht so gut ...
- ▶ Herr Chomsky, leider ist es keine schmerzfreie Untersuchung. Aber die meisten Patienten empfinden den Einstichschmerz der extrem dünnen Nadel als erträglich. Es ist wie der Einstich für Spritzen in den Muskel, wie zum Beispiel bei einer Impfung.

## 13 Bildgebende Verfahren

### Aufgabe 3b (Track 21)

CT, MRT, PET, PET/CT, SPECT, MRT-HIFU: Wersich mit medizinischen Großgeräten beschäftigt, hat viel mit Abkürzungen zu tun. Jetzt muss man sich eine weitere merken: MR-PE. Dahinter verbirgt sich ein hochmoderner Magnetresonanz-Positronen-Emissionstomograf, der mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) entwickelt wurde. Das Gerät ist eine Kombination aus einem Magnetresonanz-Tomografen und einem Positronen-Emissionstomografen und bietet die Vorteile beider Verfahren. Das Hybridgerät ermöglicht es nicht



nur, Organe, Tumoren und Gefäße darzustellen, sondern auch Stoffwechselprozesse und molekulare Eigenschaften. Für den klinischen Alltag stehen die Geräte noch nicht zur Verfügung. Bisher sind zwei Geräte in der Erprobung, mit denen eine genauere Bildauflösung erzielt werden kann. Im Vergleich zu den herkömmlichen Geräten sind sie auch strahlungsärmer. Mit ihnen können Erkrankungen wie Parkinson, Alzheimer, Krebs oder Herzinfarkt in Zukunft besser diagnostiziert und beobachtet werden. Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren sind aus dem klinischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Krankhafte Veränderungen können immer genauer aufgespürt und sichtbar gemacht werden.

#### Aufgabe 4a (Track 22)

- ▷ Guten Tag, Frau Dr. Petrowa.
- ▶ Guten Tag, Herr Lehmann. Was führt Sie zu mir?
- ▷ Ich habe starke Verspannungen im Nackenbereich.
- ▶ Haben Sie die Verspannungen schon länger?
- ▷ Ich hatte vor ein paar Wochen einen Fahrradunfall und glaube, dass es damit zusammenhängt. Zumindest habe ich seitdem die Verspannungen.
- ▶ So? Was genau ist passiert?
- ▷ Ich wollte schnell nach Hause, und plötzlich ist vor mir eine Autotür aufgegangen. Dabei bin ich sogar auf dem Radweg gefahren, aber anscheinend ist man da auch nicht sicher.
- ▶ Und dann sind Sie gestürzt.
- ▷ Ja, erst bin ich gegen die Autotür geknallt, und dann saß ich auch schon auf dem Boden. Gott sei Dank habe ich mich nicht überschlagen.
- ▶ Waren Sie im Krankenhaus?
- ▷ Nein, der Mann wollte zwar einen Krankenwagen rufen, aber es war nicht so schlimm, und außerdem wollte ich nach Hause. Übers Wochenende hatte ich zwar Schmerzen, und meine Brust ist immer noch grün und blau, aber am Montag ging es schon halbwegs wieder, und ich habe mir ja zum Glück auch nichts gebrochen.
- ▶ Dann setzen Sie sich bitte auf die Liege, damit ich Ihren Nacken ansehen kann. Können Sie den Kopf zur Seite drehen? Und jetzt zur anderen Seite, bitte. Wie ist das, wenn Sie den Arm heben?
- ▷ Da habe ich keine Schmerzen. Ich habe eher das Gefühl, als ob ich den Kopf zu einer Seite mehr als zur anderen drehen kann.
- ▶ Können Sie sich bitte hinstellen? Und jetzt beugen Sie den Oberkörper nach vorn. Verursacht das Schmerzen?
- ▷ Nein, Schmerzen nicht gerade. Es zieht ein bisschen im Rücken.
- ▶ Was machen Sie denn beruflich?
- ▷ Ich arbeite bei einer kleinen Internetfirma.
- ▶ Dann sitzen Sie also viel am Computer?
- ▷ Ja, schon.
- ▶ Treiben Sie Sport?
- ▷ Jetzt nicht mehr so oft. Ich habe nicht mehr so viel Zeit.
- ▶ Ah ja, ich verschreibe Ihnen zunächst Physiotherapie, sechs Behandlungen. Wenn die Schmerzen nicht besser werden, kommen Sie bitte wieder. Dann überweise ich Sie zum MRT.
- ▷ Ah ja, danke, auf Wiedersehen.

#### Aufgabe 4f (Track 23)

- ▷ Frau Paal, für die CT-Untersuchung müssen wir Ihnen ein Kontrastmittel spritzen. Reagieren Sie allergisch auf Kontrastmittel oder auf jodhaltige Mittel?
- ▶ Nein, bisher ist mir nichts bekannt.
- ▷ Gut, dann legen Sie sich bitte hin. Sie bekommen jetzt eine Spritze mit einem Kontrastmittel.
- ▶ Uh – davon wird einem aber warm. Mir ist plötzlich ganz heiß.
- ▷ Okay?
- ▶ Ich kriege auch schlecht Luft. Und meine Lippen fühlen sich so taub an.
- ▷ Gut, keine Angst, ich gebe Ihnen jetzt Sauerstoff. Atmen Sie ganz ruhig weiter. Schwester Barbara, einmal H1- und H2-Blocker, bitte. Frau Paal, gleich wird es Ihnen besser gehen. Machen Sie sich keine Sorgen. Atmen Sie ganz ruhig weiter.

## 14 Medizinische Dokumentation

#### Aufgabe 3a (Track 24)

- ▷ Von der Wiege bis zur Bahre – Formulare, Formulare. Dieses Sprichwort sagt kurz und knapp viel über unsere Bürokratie im Gesundheitssystem aus. Vor allem die bestehende Dokumentationspflicht wird von Seiten der Ärzteschaft immer wieder als zu aufwendig kritisiert. Gesundheitspolitiker und Patientenvertreter hingegen sehen die Neuregelung der Dokumentationspflicht als längst überfälligen Schritt an. Über dieses Thema wollen wir heute sprechen, und wir haben dazu vier Experten zu uns ins Studio eingeladen. Ich begrüße Sie und unsere Hörerinnen und Hörer herzlich zur heutigen Ausgabe von „Pro und Kontra“. Herr Heise, Sie sind Mitglied des Arbeitskreises „Patientenrechtegesetz“. Was ist denn in Ihren Augen positiv am neuen Gesetz und der Dokumentationspflicht?
- ▶ Das Patientenrechtegesetz macht aus dem Patienten einen mündigen Patienten, der versteht, was mit ihm im Gesundheitsgetriebe geschieht, und der seine Zustimmung zu einer Therapie geben oder auch verweigern kann. Er steht jetzt nicht mehr einem Halbgott in Weiß gegenüber, sondern begegnet dem Arzt auf Augenhöhe, indem er in die therapeutischen Entscheidungen eingebunden wird. Auch hat der Patient das Recht, Befunde als Kopie anzufordern und nachzulesen. Im Grunde hat sich für die Ärzte übrigens nicht so viel geändert, denn eine Dokumentationspflicht gab es schon immer. Denken Sie doch beispielsweise an das Bundesseuchengesetz oder die Krankenhaus-Statistik-Verordnung. Diese erlauben, frühzeitig zu erkennen, ob sich bestimmte Infektionskrankheiten ausbreiten oder an welchen Krankheiten die Menschen hierzulande sterben. All dies zu dokumentieren, dient sowohl dem einzelnen Patienten als auch dem Gemeinwohl. Daher verstehe ich nicht, warum Ärzte sich über einen höheren Arbeitsaufwand beklagen.
- ▷ Herr Dr. Meller, Sie als Vertreter der Ärzteschaft fordern mehr Hinwendung zum Patienten, und das wollten die verantwortlichen Politiker mit dem Gesetz auch bewirken. Sie halten das Gesetz, genauer die damit verbundene Dokumentationspflicht, für falsch. Kann man das so sagen?
- Das klingt so, als wäre ich gegen jede Form medizinischer Dokumentation, aber so ist es natürlich nicht. Herr Heise hat die Berufsordnung für Ärzte erwähnt, und darin ist schon lange festgelegt, dass getroffene Maßnahmen festgehalten werden müssen. Es ist richtig und wichtig, dass ein Arzt Patientenakten führt, nicht nur als eigene Gedächtnisstütze, sondern vor allem auch, weil die medizinische Versorgung heute viel komplexer geworden ist. Die Untersuchungsmöglichkeiten haben sich erweitert, Stichwort MRT und PET; Patienten wechseln auch öfter

den Arzt oder gehen häufiger direkt zum Facharzt. Patientenbezogene Informationen sind dadurch wichtiger denn je. Womit ich jedoch nicht einverstanden bin, ist die Fülle der Vorgaben, die letztlich auf Kosten der Patienten gehen. Hören Sie sich doch einmal in den Praxen und Kliniken um. Es ist doch leider so, dass Ärzte wegen der Dokumentation kaum noch Zeit haben, mit ihren Patienten ein ausführliches Gespräch über die Therapie, geschweige denn über das Krankheitsbild zu führen. Und so sitzen dann beide vor dem Computer: Der Arzt, weil er dokumentieren muss, und der Patient, weil er sich im Internet über seine Diagnose informieren will.

- ▷ Der Patient ist durch das neue Gesetz also mündiger, aber auch uninformatierter geworden. Frau Berger, Sie leiten eine Beratungsstelle für Patienten. Dort begegnen Ihnen Patientinnen und Patienten, die an der Richtigkeit ihrer Behandlung zweifeln.
- Ja, es ist leider so, dass manche Patienten sich falsch behandelt fühlen und es teilweise auch sind. Behandlungsfehler vor allem im Zusammenhang mit Operationen stellen sich meist erst im Nachhinein und oft auch erst nach langen Odysseen von Arzt zu Arzt heraus. Verständlicherweise möchten manche dieser Patienten den verantwortlichen Arzt dann zur Rechenschaft ziehen. Nicht selten landen diese Fälle später vor Gericht, und dann ist es sehr hilfreich, wenn jeder einzelne Behandlungsschritt genau dokumentiert wurde. Nicht immer sind ärztliche Kunstfehler oder Behandlungsfehler so leicht zu erkennen, wie wenn statt des linken das rechte Knie operiert wurde. Aber auch in diesem Fall wäre es wichtig zu wissen, wer dafür verantwortlich zu machen ist: Der unaufmerksame Operateur oder derjenige, der unaufmerksam bei den Voruntersuchungen dokumentiert hat. Die Dokumentationspflicht richtet sich allerdings nicht nur einseitig zu Lasten der Ärzte. Sie haben durch genaue Aufzeichnungen mehr Sicherheit dem Patienten gegenüber.
- ▷ Herr Jansen, Sie sind Rechtsanwalt und haben sich auf Medizinrecht spezialisiert. Ist damit zu rechnen, dass durch das Patientenrechtegesetz eine Klagewelle auf die Ärzte zurollt?
- Nein, das denke ich nicht. Die Dokumentationspflicht dient ja in erster Linie nicht als Grundlage für Streitigkeiten, sondern als Hilfe für den Arzt. Auch nach längerer Zeit ist so für den Arzt ersichtlich, was er auf welcher Grundlage diagnostiziert und welches Medikament er dagegen verschrieben hat. So kann er auch zu einem späteren Zeitpunkt noch auf Anfragen von Kollegen oder der Krankenkasse Auskunft über einen Patienten geben. Auch bei Gutachten, Unfällen oder der Anerkennung der Berufsunfähigkeit muss der Arzt aus rechtlichen Gründen in der Lage sein, seine Behandlung darzulegen.
- Dazu möchte ich auch noch etwas sagen. Das Patientenrechtegesetz darf nicht dazu führen, dass zwischen Arzt und Patienten Misstrauen entsteht. Dann wäre es in meinen Augen völlig ad absurdum geführt.
- ▷ Das ist ein schönes Schlusswort. Ich danke Ihnen für das Gespräch.

## 15 Arztbrief und Entlassungsgespräch

### Aufgabe 6a und 7a (Track 25)

- ▷ Guten Morgen, Frau Redlich. Nun ist es also so weit: Sie können morgen nach Hause.
- ▶ Ja, nach fast zwei Wochen Klinik freue ich mich wirklich auf zu Hause, obwohl ich mir ehrlich gesagt auch Sorgen mache, ob ich da zurechtkommen werde ...
- ▷ Ach, ich habe da gar keine Zweifel, Frau Redlich. Die Operation Ihrer Schulterprothese ist völlig komplikationslos verlaufen. Die Wunde ist reizlos und heilt gut, die Schwellung ist zurückgegangen, und wie ich den Unterlagen entnehme, haben Sie auch gute Fortschritte bei der Krankengymnastik gemacht. Waschen und Ankleiden geht doch auch schon ganz gut, oder?
- ▶ Im Krankenhaus geht das alles leichter. Hier ist immer jemand in der Nähe, wenn man Hilfe braucht. Zu Hause ist das noch mal was ganz Anderes.
- ▷ Sicher, aber wir hatten ja schon darüber gesprochen, dass Ihr Mann und Ihre Tochter Sie unterstützen werden.
- ▶ Ja, das haben wir, und eigentlich ist ja auch alles geregelt. Mein Mann hat sich Urlaub genommen, und meine Tochter wird uns auch helfen.
- ▷ Na, sehen Sie, da müssen Sie sich doch keine Sorgen machen. Wir werden jetzt noch einmal gemeinsam die weitere Vorgehensweise besprechen. Also, während der nächsten beiden Wochen wird in der Anschlussbehandlung wie besprochen Lymphdrainage durchgeführt werden, dazu passive Krankengymnastik.
- ▶ Muss ich denn noch einen Verband tragen?
- ▷ Den Gilchristverband werden Sie nur noch nachts tragen müssen. In drei Wochen werden Sie dann aktiv selbständig üben können, unterstützt von Ihrem Physiotherapeuten. Bisher ist alles reibungslos verlaufen, und ich denke, Sie sind auf einem guten Weg. Aber denken Sie bitte daran, den Arm nicht höher zu heben als besprochen.
- ▶ Muss ich denn noch Medikamente nehmen?
- ▷ Eigentlich nicht. Ich gebe Ihnen jedoch ein Rezept für Ibuprofen mit, falls Sie Schmerzen haben. Sie können bis zu drei Tabletten am Tag einnehmen.
- ▶ Wann kann ich denn wieder alles machen wie bisher?
- ▷ Ein bisschen Geduld müssen Sie schon noch aufbringen. In der Regel ist die alltagstaugliche Beweglichkeit nach drei Monaten wieder gegeben. Da sind dann Überkopparbeiten und auch die ganze Körperpflege, wie zum Beispiel Haarekämmen, wieder schmerzfrei möglich. Dann können Sie auch wieder bis zu 5 kg tragen und heben.
- ▶ Kann ich nach diesen drei Monaten auch wieder Sport machen?
- ▷ Sicher, gegen Ausdauersport ist nichts einzuwenden. Im Gegenteil. Fahrradfahren oder Walken sind sogar zu empfehlen. Es sollten eben nur keine Sportarten sein, bei denen Sie die Schulter zu stark beanspruchen. Aber der Physiotherapeut wird Ihnen ganz genau sagen, worauf Sie achten sollen.
- ▶ Gibt es denn auch Sportarten, die ich nicht machen sollte?
- ▷ Sportarten, die mit Schleuderbewegungen oder Extrembelastung verbunden sind, sollten Sie dauerhaft meiden. Tennis oder Badminton beispielsweise wären für Sie nicht geeignet.
- ▶ Ach, das ist nicht tragisch, Tennis ist sowieso nicht meine Welt.
- ▷ Ja ja, beim Tennis sitze ich auch lieber auf der Zuschauertribüne. Haben Sie noch Fragen?
- ▶ Ja, wann muss ich denn wieder zur Kontrolle kommen?
- ▷ Kommen Sie in zwei Wochen zur ersten Röntgenkontrolle wieder. Nach sechs und nach zwölf Wochen sind weitere Aufnahmen vorgesehen. Wenn Sie allerdings eine Rötung oder Schwellung feststellen oder wenn Ihre Schulter sich heiß anfühlt oder dauernd schmerzt, bitte ich Sie, sofort in die Klinik zu kommen. Das gilt natürlich auch, wenn Sie Fieber entwickeln. Ich gebe Ihnen noch einen Arztbrief für Ihren Hausarzt mit. Wir sehen uns dann in zwei Wochen bei der Kontrolle.
- ▶ Gut, Herr Dr. Niemeyer, dann bis in zwei Wochen.
- ▷ Alles Gute. Auf Wiedersehen.

## 16 Über die Patientenversorgung sprechen

### Aufgabe 6 (Track 26)

- ▷ Guten Morgen, Schwester Angelika. Gibt es Neuzugänge?
- ▶ Guten Morgen. Ja, wir haben seit gestern Abend Herrn Walther Knopf auf Station, er ist 92 Jahre alt und kam mit Verdacht auf Lungenentzündung. Momentan ist er stabil.
- ▷ Stolzes Alter. Welche Symptome hat er?
- ▶ Das Übliche. Starker Husten, erhöhte Temperatur, Schmerzen in der Brust. Er wurde direkt aus dem Pflegeheim eingeliefert. Laut Pflegeüberleitungsbericht isst er zu wenig und trinkt nicht genug.
- ▷ Hm, ist er Raucher? Hier ist nichts verzeichnet dazu.
- ▶ Ja, vormaliger Raucher. Zehn Packungsjahre\*. Die Tochter hat das geschätzt, als ich sie heute Morgen fragte. Sie war schon zu Besuch. Er raucht allerdings seit Jahrzehnten nicht mehr.
- ▷ Kann er denn alleine aufstehen?
- ▶ Nein, er ist bettlägerig, wir haben aber schon Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe getroffen. Er hatte wohl schon im Pflegeheim einige Dekubiti.
- ▷ Ich sehe hier in der Kurve, dass er nur noch einen Lungenflügel hat.
- ▶ Richtig. Er scheint als Ingenieur viel unterwegs gewesen zu sein. Vor 40 Jahren ist er in Russland an Tuberkulose erkrankt. Man hat ihm einen Lungenflügel entfernt.
- ▷ Nun, ich wusste nicht, dass Ingenieure so gefährlich leben. Hm ... kann er abhusten?
- ▶ Anscheinend. Das Sputum ist zäh und gelblich verfärbt. Deshalb ging Doktor Grubenhauer von einem bakteriellen Infekt aus und bat uns, eine Probe abzunehmen und in die Bakteriologie zu schicken. Danach haben wir mit Cefuroxim begonnen.
- ▷ In Ordnung. Geben Sie ihm weiterhin dreimal Cefuroxim 1,5 g, und wir beobachten ihn weiter. Messen Sie regelmäßig den Blutdruck und die Temperatur, und behalten Sie auch die Flüssigkeitszufuhr bei. Sollte er Schmerzen haben, können Sie ihm auch noch 7,5 mg Piritramid als Kurzinfusion verabreichen, maximal dreimal am Tag. Ich schaue ihn mir nachher genauer an. Ach ja – und melden Sie doch bitte einen Röntgen-Thorax an. Jetzt erst einmal zu Frau Müller-Anheim. Wie geht es ihr heute?
- ▶ Keine Zeichen der Änderung, sie ist weiterhin desorientiert.

### Aufgabe 10 (Track 27)

- ▷ Ich begrüße Sie zu unserer Podiumsdiskussion zu dem Thema „Kooperative Modelle in der Patientenversorgung“. Unsere Gäste sind Herr Prof. Dr. Henning Stein von der Hochschule für Gesundheitswesen, Frau Prof. Dr. Maria Polonsky, Chefarztin der Riemke-Klinik, sowie die beiden Pflegekräfte Herr Alexej Blott und Frau Klara LeGré. Herr Dr. Stein, erklären Sie uns bitte kurz Ihr Forschungsvorhaben.
- ▶ An unserer Hochschule arbeiten wir aktuell an einem Modell, bei dem die Patientenversorgung restrukturiert wird. Dabei wird die medizinische und pflegerische Behandlung konsequent an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet. Ziel ist eine Qualitätserhöhung bei gleichzeitiger Kostenreduzierung, indem z.B. Arbeitsabläufe optimiert werden und verbesserte Kommunikationsstrukturen zwischen Ärzten und Pflegekräften aufgebaut werden. Mit dem Modell lassen sich Strukturen schaffen, die stärker als bisher berufsgruppenübergreifende Querschnittsaufgaben beinhalten.

- ▷ Warum sind diese Umstrukturierungen eigentlich nötig?
- ▶ Nun, zum einen steht natürlich der Patient mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt, zum anderen sind aber weitere Faktoren ausschlaggebend: Ressourcenknappheit und Kostendruck führen zwangsläufig zu Umstrukturierungen. Nur so können Kliniken heute wettbewerbsfähig bleiben.
- ▷ Frau Prof. Polonsky, Sie haben ein Pilotprojekt gestartet und Herrn Steins Modell in Ihrem Haus umgesetzt.
- Das ist richtig. Wir konnten mit Einführung des Modells beispielsweise die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure auf unseren Stationen deutlich verbessern. In einem ersten Schritt haben wir die Arbeitszeiten im ärztlichen und im pflegerischen Bereich besser aufeinander abgestimmt. Anschließend haben wir die Patientenaufnahme optimiert und ein neues Visitenkonzept eingeführt. Zuletzt haben wir die Kommunikation zwischen Funktionsbereich und Stationsdienst standardisiert.
- ▷ Was genau bedeuten diese Neuerungen für das medizinische Personal, Herr Stein?
- ▶ Dieser Umbruch in den Krankenhäusern findet vor dem Hintergrund historisch gewachsener Formen und Strukturen statt, die eine Zusammenarbeit eher behinderten. Das neue Modell erlaubt hier eine bessere Kooperation der unterschiedlichen Akteure.
- ▷ Können Sie uns ein Beispiel geben?
- Gerne. Aber lassen wir doch die beiden Pflegekräfte selbst zu Wort kommen.
- ▷ Herr Blott, zunächst zu Ihnen, würden Sie als Wundexperte Ihren Aufgabenbereich vorstellen?
- Also, ich werde gerufen, sobald ein Patient mit einer Wunde in die Klinik kommt. Ich schaue mir die Wunde an, mache Fotos und erstelle ein Gutachten. Dabei entwickle ich selbstständig ein Verbandsschema: Womit soll gereinigt werden? Welche Salben und welche Verbände sollen verwendet werden? Nur wenn mir eine Wunde kritisch vorkommt, weil zum Beispiel Knochen freiliegen, wird der entsprechende Facharzt hinzugezogen. Außerdem habe ich feste Visitezeiten, bei denen ich gemeinsam mit den Ärzten die jeweilige Therapie bespreche. Frau LeGré, Sie haben doch eine Fachweiterbildung zur Painnurse absolviert?
- Richtig, meine Aufgabe ist es, den schon lange bestehenden ärztlichen Akutschmerzdienst zu unterstützen. Mein Arbeitstag beginnt mit einer Übergabe durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der mich über die schmerztherapeutischen Probleme der vergangenen Nacht informiert. Unmittelbar danach gehe ich auf Visite. Ich besuche alle Patienten, die mit Regionalanästhesieverfahren oder PCA-Pumpen versorgt werden. Zu meinen Routineaufgaben gehört die Kontrolle von Einstichstellen und Verbänden. Ich dokumentiere die Wirksamkeit der Behandlung und stimme gemeinsam mit den Pflegekräften und Stationsärzten das weitere Vorgehen ab. Außerdem kann man mich bei Bedarf jederzeit über meinen Piepser anfunken.
- ▷ Frau Prof. Polonsky, worin sehen Sie die größte Veränderung bei diesen Arbeitsabläufen?
- Eindeutig in der Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Arbeitsteilung. Meiner Meinung nach werden somit Ärzte nicht nur entlastet, sondern gleichzeitig wird die Autonomie der Pflegekräfte gestärkt, eine rundum positive Entwicklung.
- ▷ Interessanter Punkt. Lassen Sie uns darüber sprechen, in welchen Bereichen die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften noch neu organisiert werden kann.

\*\* Häufig wird auch der englische Begriff „pack years“ verwendet.

## 17 Visite und Übergabe

### Aufgabe 2b (Track 28)

- ▷ Wir haben eine neue Patientin aufgenommen, Anna Mayer. Sie ist 25 Jahre alt und hat bis auf die üblichen Kinderkrankheiten keine Vorerkrankungen. Sie ist Studentin und arbeitet nebenbei als Aushilfe in der Küche einer Kita.
- ▶ Wann ist sie zu uns gekommen?
- ▷ Sie wurde von ihrem Hausarzt mit Verdacht auf Appendizitis eingewiesen, nachdem sie heute Vormittag wegen unklarer Bauchbeschwerden bei ihm vorstellig wurde.
- ▶ Was genau ist mit unklaren Bauchbeschwerden gemeint? Leidet sie unter Übelkeit oder Erbrechen?
- ▷ Sie hat seit vier oder fünf Tagen weniger Appetit, dafür mehr Durst, was für sie eher ungewöhnlich sei. Im unteren Abdomen zeigt sie palpatorisch eine mäßige Abwehrspannung. Der letzte Stuhlgang war gestern. Seit heute hat sie auch Fieber, 38,3 Grad. Daher hat sie ihren Hausarzt aufgesucht.
- ▶ Und? Hat sich der Verdacht einer Blinddarmentzündung erhärtet?
- ▷ Ich bin mir noch nicht ganz sicher. Ich habe die Blinddarmzeichen geprüft, McBurney und auch das Blumberg-Zeichen. Die Patientin konnte aber keine genauen Angaben machen. Sie sagt, bis zur Erstuntersuchung heute bei ihrem Hausarzt sei sie schmerzfrei gewesen, aber durch die gründliche Untersuchung sei sie nun schmerzempfindlich und könne gar nicht mehr genau sagen, ob der Schmerz im Unterbauch oder auf der rechten Seite stärker sei. Beim Schmerzscore hat sie einen Wert von fünf angegeben.
- ▶ Sie denken, es könnte auch eine Adnexitis vorliegen?
- ▷ Ja. Die Laborwerte ergaben eine Leukozytose von 12.000 und einen CRP-Wert von 3.
- ▶ Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?
- ▷ Sie hatte vor zehn Tagen ihre letzte Blutung. Normalerweise ist ihre Periode regelmäßig, alle 28 Tage mit einer Blutungsdauer von drei bis vier Tagen. Auch dieses Mal gab es keine Auffälligkeiten. Sie verhütet, daher ist ihrer Ansicht nach eine Gravidität unwahrscheinlich.
- ▶ Haben Sie den Gynäkologen zu Rate gezogen?
- ▷ Ja, natürlich. Die Ovarien sind beidseitig unauffällig, obwohl die Seite des rechten Ovars druckdolent ist. Das Schallen war für die Patientin schmerzhaft. Sonst ist gynäkologisch alles o. B. Der Uterus ist normal tastbar, der Douglas-Raum frei von Flüssigkeit.
- ▶ Hat der Kollege einen HCG-Test gemacht?
- ▷ Ja, das Ergebnis steht noch aus, wie auch das des Abstrichs, der gemacht wurde, um eine Infektion beispielsweise durch Chlamydien auszuschließen.
- ▶ Gut, dann werde ich mir die Patientin jetzt mal ansehen.

## 18 Kommunikation im OP

### Aufgabe 7a (Track 29)

- ▷ Guten Morgen, Schwester Nina.
- ▶ Guten Morgen, Herr Oberarzt Baier, wissen Sie, wer heute als Assistenz dazukommt?
- ▷ Frau Dr. Lichtenberger wird gleich hier sein. Ich habe vorhin mit ihr telefoniert ... Ah, hallo, Frau Kollegin, gerade haben wir von Ihnen gesprochen. Mich kennen Sie ja bereits, das hier ist Dr. Yilmaz, der Anästhesist. Außerdem darf ich

Ihnen Gernot, unseren OP-Pfleger, und OP-Schwester Nina vorstellen.

- Hallo allerseits, ich bin Marion Lichtenberger, ich bin die neue Assistenzärztin auf der Chirurgie.
- ▶ Freut mich.
- Guten Morgen.
- ▶ Frau Dr. Lichtenberger, Sie sind fertig mit der chirurgischen Händedesinfektion? Gut, dann bitte nichts mehr anfassen. Welche Handschuhgröße haben Sie?
- 7½. Die Hände sind aber noch nicht ganz lufttrocken.
- ▶ Okay, wir warten noch einen Moment. Sind Sie so weit, Frau Dr. Lichtenberger? Schön. Halten Sie jetzt die Hände über Ellenbogenhöhe. So, hier sind Kittel und Handschuhe. Warten Sie hier, Sie bekommen Anweisungen vom Herrn Oberarzt.
- ▷ Der Patient ist nun steril abgedeckt. Frau Kollegin, haben Sie schon bei einer laparoskopischen Cholecystektomie assistiert?
- Nein, das sehe ich heute zum ersten Mal.
- ▷ Stellen Sie sich bitte dorthin, ja, genau. Sie werden die Kamera führen. Sie müssen sich rechtzeitig melden, wenn Ihnen schlecht oder schwindelig wird!
- Normalerweise habe ich keine Probleme mit dem Kreislauf.
- ▷ Gut. Dann Time-out. Herr Kollege Yilmaz, bitte.
- Das ist Herr Andreas Schmidt, 53 Jahre alt, zur laparoskopischen Cholecystektomie. Die chirurgische und anästhesiologische Aufklärung liegen vor. Die Sicherheitsüberprüfung der Geräte war in Ordnung. Der Patient hat keine Allergie, Antibiose nach Standard mit Cefuroxim. Es gibt keine Blutprodukte, Ausgangs-Hb ist 15.
- ▷ Team Time-out: Das Team ist bekannt, neu ist Assistentin Dr. Lichtenberger. Die Lagerung des Patienten ist in Ordnung.
- ▶ Instrumente sind vorhanden.
- ▷ Es ist 9 Uhr 15. Herr Kollege, darf ich beginnen?
- Ja.
- ▷ Für unsere neue Kollegin: Wir bringen jetzt die Nadel für die Gaszuführung ein und schließen diese an. Dann werden der Kamerazugang und die Kamera eingebracht. Bitte halten Sie jetzt die Kamera. Danke. Ich mache jetzt die Zugänge für die Trokare. Skalpell, bitte. Nun wird die Gallenblase aufgespannt. Bitte mehr nach links schauen. Dann stelle ich den Ductus cysticus und die Arteria cystica dar. Jetzt setze ich die Clips, und dann kann ich den Ductus cysticus und die Arterie durchtrennen, so. Jetzt kann ich den Gallengang und die Arterie durchtrennen, so. Ich löse jetzt die Gallenblase aus dem Leberbett. Die Gallenblase ist nun vollständig herauspräpariert. Um sie zu entfernen, müssen wir einen Bergebeutel einbringen. Wir können nun den Beutel mit der Gallenblase herausholen. Wundgebiet spülen, bitte.
- ▶ Halt, Frau Dr. Lichtenberger! Nun haben Sie sich an den Mundschutz gegriffen. Bitte gehen Sie einen Schritt zurück. Gernot, bringst du mir noch ein Paar 7½-er?
- Oh nein, das tut mir leid, entschuldigen Sie, es war ein Reflex.
- ▷ Schon gut. Ich setze nun die Fasziennaht am Nabel. Frau Kollegin, haben Sie schon genäht?
- Ja, das habe ich.
- ▷ Gut, dann dürfen Sie unter meiner Aufsicht die Hautnähte machen. Fäden, bitte. Sehr schön.
- ▶ Tupfer und Instrumente vollständig.
- ▷ Frau Kollegin, Sie können dann gehen. Ich diktiere noch den OP-Bericht und schau mir den Patienten noch einmal im Aufwachraum an. Danke an alle.

**Aufgabe 7b (Track 30)**

**Gespräch 1:**

- ▷ Blutdruck fällt. Blutet der Patient besonders stark?
- ▶ Ja, wir sind damit beschäftigt, die Blutung zu stillen. Schwester, bitte zwei Gefäßklemmen und Gefäßligatur. Ich lege jetzt eine Gefäßnaht. Lösen Sie bitte langsam die Gefäßklemme. Bitte Faden abschneiden. Schwester, bitte zweite Ligatur. Klemme langsam lösen, abschneiden. Spülung. Tupfer. Das Wundgebiet ist trocken, Blutung gestillt. Von meiner Seite her ist alles in Ordnung.
- ▷ Blutdruck nun stabil, Tendenz steigend. Ist mit weiterem Blutverlust zu rechnen?
- ▶ Nein, wir sind schon am Zunähen.

**Gespräch 2:**

- ▷ Lieber Kollege, der Hüftmuskel spannt. Ich habe Probleme, den Schaft zu präparieren. Bitte, können Sie den Patienten noch stärker relaxieren?
- ▶ Ich relaxiere.
- ▷ Der Muskel spannt noch immer.
- ▶ Ich erhöhe die Dosis noch etwas. Jetzt besser?
- ▷ Danke, geht viel besser.

**19 Fallvorstellung**

**Aufgabe 3a und b (Track 31)**

- ▷ Herr Kollege, würden Sie uns bitte Ihren Fall vorstellen?
- ▶ Ja, also noch einmal guten Morgen. Ich berichte über Frau Adèle Wöger, 63 Jahre alt. Frau Wöger wurde gestern nach einem Auffahrunfall eingeliefert. Die Patientin fuhr auf einen stehenden Lastwagen auf, während sie in ihrer Tasche nach ihrem Handy suchte. Außer einem leicht ausgeprägten Schleudertrauma konnten keine Verletzungen festgestellt werden. Sie kam in Begleitung ihrer Tochter zu uns in die Neurologie, weil der diensthabenden Kollegin in der Notaufnahme ein beidseitiger Lidkrampf bei der Patientin aufgefallen war. Frau Wöger gibt an, aufgrund schwieriger familiärer Umstände derzeit sehr unter Druck zu stehen und nervös zu sein. Im Allgemeinen fühle sie sich aber gesund und brauche keinerlei Dauermedikation. Die Patientin sträubte sich anfänglich gegen eine Aufnahme, war aber schließlich doch bereit, sich in unserer Abteilung untersuchen zu lassen. Bei der neurologischen Untersuchung zeigten sich deutliche Zeichen einer fokalen Dystonie. Es kommt zu unwillkürlichem Zusammenkneifen der Augenlider und auch zu offensichtlich unkontrollierten Bewegungen der Gesichtsmuskulatur. Weitere dystone Hyperkinesien fielen bei der Untersuchung nicht auf. Nach Angaben der Patientin verschlechtern sich die Beschwerden, wenn sie schnell geht. Auch das Lesen falle ihr oft schwer. Die Tochter bestätigte, dass ihr bei ihrer Mutter das Zusammenkneifen der Augen und manchmal ein Grimassieren aufgefallen seien. Sie erwähnte außerdem, dass ihre Mutter ständig mit einer Sonnenbrille herumlaufe. Die Tochter berichtete auch von nervösen Tics der Mutter. Das alles habe sie auf die momentan angespannte Situation ihrer Mutter geschoben – diese trenne sich gerade von ihrem Mann. In der Familie sind keine neurologischen Erkrankungen bekannt. Die Patientin gibt an, noch nie Neuroleptika genommen zu haben. Die klinischen Symptome legen die Diagnose Meige-Syndrom mit kombiniertem Blepharospasmus und oromandibulärer Dystonie nahe. Ich vermute übrigens auch, dass die Lidkrämpfe ursächlich an dem Autounfall beteiligt gewesen sein könnten. Auf jeden Fall möchte ich zunächst ein Schädel-MRT veranlassen, um eine sekundäre Dystonie auszuschließen. In der Folge

sind dann eventuell Laboruntersuchungen im Hinblick auf mögliche Stoffwechselstörungen in Betracht zu ziehen. Ein augenärztliches Konsil habe ich auch bereits angefordert.

- ▷ Gut, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Wir werden uns die Patientin bei der Visite genauer ansehen. Alles Weitere dann später.

**Aufgabe 3c (Track 32)**

Nach Angaben der Patientin verschlechtern sich die Beschwerden, wenn sie schnell geht. Auch das Lesen falle ihr oft schwer. Die Tochter bestätigte, dass ihr bei ihrer Mutter das Zusammenkneifen der Augen und manchmal ein Grimassieren aufgefallen seien. Sie erwähnte außerdem, dass ihre Mutter ständig mit einer Sonnenbrille herumlaufe. Die Tochter berichtete auch von nervösen Tics der Mutter. Das alles habe sie auf die momentan angespannte Situation ihrer Mutter geschoben – diese trenne sich gerade von ihrem Mann. In der Familie sind keine neurologischen Erkrankungen bekannt. Die Patientin gibt an, noch nie Neuroleptika genommen zu haben.

**20 Konsil**

**Aufgabe 2a (Track 33)**

- ▷ Urologische Ambulanz, Schwester Anna.
- ▶ Ja, hallo, Lindner, Unfallchirurgie. Könnte ich bitte den diensthabenden Kollegen oder die Kollegin sprechen? Es geht um ein Konsil.
- ▷ Einen Augenblick, ich hole Dr. Kurzmann.
- Hier Kurzmann.
- ▶ Guten Tag, hier Lindner, Unfallchirurgie. Haben Sie kurz Zeit?
- Ja, es passt gerade gut. Worum geht es denn?
- ▶ Wir haben hier Frau Müller, 72 Jahre alt. Sie ist vor zehn Tagen gestürzt und erlitt eine peritrochantäre Femurfraktur, die mit einem Femurnagel versorgt wurde. Wir warteten eigentlich nur noch auf den Rehaplatz. Seit gestern fiebert die Patientin auf. Sie hat aktuell vierzig Grad Fieber und Schüttelfrost. Ihr ist übel und sie klagt über dysurische Beschwerden. Im Labor zeigen sich eine Leukozytose und ein CRP von 20. Eine Pneumonie konnten wir klinisch und im Röntgen ausschließen, und beim Verbandswechsel zeigten sich blande Wundverhältnisse. Frau Müller gibt an, dass sie seit Jahren unter rezidivierenden Harnwegsinfekten leidet und bislang nicht beim Facharzt war. Außerdem ist das rechte Nierenlager deutlich klopfdolent. Wir gehen von einer akuten Pyelonephritis aus.
- Ich nehme an, dass Sie bereits einen U-Status und eine Blutkultur abgenommen haben?
- ▶ Ja, das Ergebnis der Blutkultur und das Antibiotogramm der Urinkultur stehen noch aus. Die Urinprobe ergab eine massive Leukozyturie, Nitrit ist positiv, Erythrozyten ebenfalls positiv. Der Patientin geht es wirklich nicht gut. Ich würde sie gern zum Konsil zu Ihnen schicken, würden Sie die Patientin gegebenenfalls zur weiteren Diagnostik und Therapie übernehmen?
- Natürlich, gerne. Einen Augenblick, ich notiere mir noch einmal die Daten. Der Name der Patientin war Müller?
- ▶ Richtig, Margarethe Müller, geboren am 2. Februar 1942.
- 2.2.1942?
- ▶ Richtig. Sie liegt auf Station 4, Zimmer 434.
- Gut, dann werde ich mir Ihre Patientin in unserer Ambulanz ansehen. Ich gebe Ihnen dann auch gleich telefonisch Bescheid.

- ▶ Super, vielen Dank. Den Konsilschein werde ich Ihnen direkt elektronisch zusenden. Bis später dann. Auf Wiederhören.
- Auf Wiederhören.

**Aufgabe 2c (Track 34)**

- ▷ Kerstin, während du im OP warst, hat Dr. Kurzmann von der Urologischen Ambulanz angerufen. Du sollst ihn bitte zurückrufen, Durchwahl 45. Es geht um das Konsil.
- ▶ Ah ja, vielen Dank, Anton, mache ich gleich.
- Kurzmann.
- ▶ Hallo, hier Kerstin Lindner. Ich sollte Sie wegen Frau Müller zurückrufen.
- Ja, danke für den Rückruf. Ich habe bei der Patientin einen Ultraschall gemacht. Sie lagen richtig mit Ihrem Verdacht auf eine akute Pyelonephritis. Beim sonografischen Seitenvergleich imponierte das rechte Nierenbecken gestaut, das Parenchym aufgetrieben und deutlich echoärmer. Wir würden die Patientin gerne zur weiteren Diagnostik übernehmen, sie möchte das aber nicht. Ich schlage vor, dass Sie unverzüglich mit einer intravenösen Antibiose beginnen. Die Urinkultur haben Sie ja bereits abgenommen. Es steht auch alles noch mal auf dem Konsilschein.
- ▶ Gut, ich werde das veranlassen.
- Gegen die Übelkeit können Sie der Patientin Dimenhydrinat geben. Als Schmerzmittel empfehle ich Metamizol bei Bedarf. Bei Fragen können Sie sich wieder bei mir melden.
- ▶ Einverstanden. Dann herzlichen Dank für Ihre Hilfe.
- Keine Ursache. Auf Wiederhören.

**21 Befunde und Therapien besprechen**

**Aufgabe 6a (Track 35)**

- ▷ Herr Dr. Meier, hätten Sie einen Augenblick Zeit?
- ▶ Ja, Schwester Sarah, was gibt es denn?
- ▷ Es geht um Frau Petri auf Zimmer 15.
- ▶ Frau Petri ...
- ▷ Frau Anneliese Petri, die an der Hüfte operiert wurde ...
- ▶ Ah, ich weiß schon, ja. Frau Petri hat vor zwei Tagen eine TEP rechts bekommen.
- ▷ Richtig. Nun, Frau Petri klagt seit heute über Übelkeit und Erbrechen.
- ▶ Hat sie postoperativ Antiemetika erhalten?
- ▷ Postoperativ war das nicht notwendig. Das Erbrechen hat erst nach der ersten Nahrungsaufnahme eingesetzt. Könnten Sie sich die Patientin einmal anschauen?
- ▶ Ja, ich gehe gleich zu ihr. Zimmer 15, ja?
- ▷ Richtig, Zimmer 15.
- ▶ Guten Tag, Frau Petri. Ich bin Dr. Meier, ich bin der diensthabende Assistenzarzt.
- Guten Tag, Herr Doktor.
- ▶ Frau Petri, was fehlt Ihnen denn? Schwester Sarah sagte mir, dass Ihnen übel ist ...
- Ja, mir ist schlecht, und wenn ich etwas esse, muss ich kurz nach dem Essen erbrechen.
- ▶ Haben Sie Schmerzen?
- Na ja, schon ein wenig Bauchweh, aber es ist nicht schlimm.

- ▶ Ich möchte mir gerne Ihren Bauch ansehen und abhören. Darf ich? Hmm. Wann war denn der letzte Stuhlgang?
- Na ja, schon vor der Operation. Aber ich habe auch nicht jeden Tag Stuhlgang und hier esse ich ja auch nicht so viel.
- ▶ Sie bekommen erst einmal ein Mittel gegen das Erbrechen. Ich sehe später noch einmal nach Ihnen. Schwester Sarah, hängen Sie der Patientin doch bitte eine MCP als Kurzinfusion an.

**Aufgabe 6b (Track 36)**

- ▷ Meier.
- ▶ Hier Sarah. Dr. Meier, bei Frau Petri gibt es überhaupt keine Besserung. Sie hat zweimal versucht, wieder etwas Nahrung zu sich zu nehmen, und hat nach einer Viertelstunde wieder alles erbrochen.
- ▷ Ich bin in ein paar Minuten auf der Station und schaue dann gleich bei ihr vorbei.
- ▶ Bis gleich.
- ▷ Frau Petri, ich höre, dass sich Ihre Beschwerden nicht gebessert haben. Ich möchte Sie gerne noch einmal untersuchen. Würden Sie bitte den Bauch frei machen?
- Ja, natürlich.
- ▷ Tut es weh, wenn ich hier drücke?
- Nur ein bisschen.
- ▷ Hatten Sie denn schon früher Probleme mit Erbrechen, oder sind die Beschwerden erst nach der Operation aufgetreten?
- Na ja, schlecht war mir in letzter Zeit schon öfters, aber übergeben musste ich mich bisher nicht. Wissen Sie, in meinem Bekanntenkreis geht seit ein paar Wochen eine Magen-Darm-Grippe um. Vielleicht hat es mich ja jetzt auch erwischt.
- ▷ Frau Petri, wir werden jetzt eine Röntgenaufnahme Ihres Bauchs machen. Ich möchte sichergehen, dass wir nichts übersehen. Ich mache gleich einen Termin aus und Schwester Sarah wird Sie dann zum Röntgen bringen.

**Aufgabe 6c (Track 37)**

- ▷ Röntgenabteilung, Pietsch.
- ▶ Dr. Meier, guten Tag. Könnten Sie mich bitte mit Kollege Simon verbinden?
- ▷ Ja, einen Moment bitte.
- Simon.
- ▶ Hallo, Herr Simon, hier Manfred Meier aus der Orthopädie.
- Hallo, Herr Meier. Was kann ich für Sie tun?
- ▶ Es geht um Folgendes. Wir haben hier eine Patientin, 65 Jahre, mit postoperativer Emesis. Leichter Druckschmerz, keine Abwehrspannung bei der Palpation. Allerdings höre ich überhaupt keine Darmgeräusche und ich möchte gerne abklären, ob ein Ileus vorliegen könnte. Darf ich Ihnen die Patientin für eine Abdomen-Leeraufnahme schicken?
- Ja, kein Problem. Schicken Sie mir die Patientin bitte gleich, es passt gerade ganz gut.
- ▶ Prima, danke. Die Patientin wird dann sofort zum Röntgen gebracht. Die Anforderung schicke ich Ihnen über das Intranet. Könnten Sie mir den Befund gleich telefonisch durchgeben?
- In Ordnung, bis später.

**Aufgabe 6g (Track 38)**

- ▷ Hallo Manfred, gut, dass ich dich treffe. Wegen des angeforderten Konsils: Also, ich komme gerade von Frau Petri. Ich habe bei ihr eine Magensonde zur Entlastung gelegt. Es haben sich ca. 300 ml Mageninhalt entleert. Wir brauchen aber noch eine CT-Aufnahme. Ich habe die Patientin bereits angekündigt. Kannst du bitte noch die schriftliche Anforderung schicken?
- ▶ Ja, mache ich sofort. Vorerst vielen Dank.

**22 Hausärztliche Versorgung**

**Aufgabe 3b und c (Track 39)**

- ▷ Herzlich willkommen bei unserer heutigen Ausgabe von Polit-Talk. Wir haben uns dieses Mal ein ganz brisantes Thema aus dem Bereich des Gesundheitswesens herausgesucht: den Hausarztvertrag. Je nach Krankenkasse und Bundesland ist er bereits gängige Praxis. Zum Einstieg in die Sendung hören wir einige Meinungen zum Thema, die wir vorab aufgezeichnet haben. Anschließend gehen wir in die Diskussion. Hören wir zunächst einen Vertreter aus der Politik, Herrn Dr. Wagemeyer.
- ▶ Der Hausarzt kann als eine Art Lotse im Gesundheitssystem angesehen werden. Er bietet den Patienten im unübersichtlichen Dschungel der Behandlungsmöglichkeiten Orientierung und überweist sie an entsprechende Fachärzte bzw. Kliniken. Aus politischer Sicht ist die Stellung der Hausärzte den Fachärzten gegenüber gestärkt worden. Dies wurde bereits im Koalitionsvertrag von 2002 der damaligen Regierungsparteien in Paragraf 73b geregelt.
- ▷ Kommen wir nun zu der Sichtweise von Frau Wegner, Geschäftsführerin bei der Gesundheitskasse, Deutschlands führender Krankenversicherung.
- Die Vorteile der hausarztzentrierten Versorgung liegen für mich klar auf der Hand. Von dem besseren Zusammenspiel zwischen dem ambulanten, dem teilstationären und dem stationären Bereich profitieren alle Beteiligten. So ist z.B. die höhere Honorierung der Hausärzte zu nennen, die im Vergleich zu anderen niedergelassenen Arztgruppen am Quartalsende bisher eher schlecht abgeschnitten haben. Gleichzeitig werden Patienten bei ihrem Hausarzt als erstem Ansprechpartner für gesundheitliche Probleme noch besser behandelt und beraten, da Hausärzte durch dieses Modell einen umfassenderen Überblick über die gesamte Gesundheitsversorgung ihrer Patienten bekommen. Die freie Arztwahl bleibt natürlich unberührt. Insgesamt ist diese Entwicklung ein wichtiger Schritt zu mehr Qualität in der Patientenversorgung.
- ▷ Neben den beiden Vertretern aus der Politik und dem Gesundheitswesen möchten wir aber auch zwei Hausärzte zu Wort kommen lassen. Sie hören Herrn Dr. Mellinghaus und Frau Dr. Siebel.
- Der Hausarztvertrag dient nur auf den ersten Blick dem Wohle der Patienten. In erster Linie kann er als Einsparungsprogramm – und zwar zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen – angesehen werden. In unserer immer älter werdenden Gesellschaft möchte man den Patienten sozusagen an die Kandare nehmen, um Kostenexplosionen durch unnötige Besuche bei Fachärzten zu vermeiden. Doch warum suchen Patienten wegen sogenannter Wehwechen einen zweiten und vielleicht sogar einen dritten Arzt auf? Weil ihnen der vorherige nicht geholfen hat. Auch der Hausarztvertrag wird nicht verhindern, dass Leute so lange den Arzt wechseln, bis sie die – in Führungszeichen – „richtige“ Diagnose und entsprechende Therapie erhalten. Wenn der Hausarzt eine zweite Meinung bei einem Facharzt nicht für nötig hält, werden Patienten in Zukunft eben auch den Hausarzt wechseln. Der Hausarztvertrag führt nur zu mehr Bürokratie und zu einem Parallelmodell innerhalb der hausärztlichen Versorgung.

- Überflüssige Mehrfachuntersuchungen werden in Zukunft durch die hausarztzentrierte Versorgung entfallen. Die Einsparungen kommen dem Gesundheitssystem und letztlich auch uns Hausärzten zugute. Man kann nur hoffen, dass die gesetzlichen Krankenkassen bald flächendeckend Verträge mit den Hausarztverbänden in den einzelnen Bundesländern abschließen.
- ▷ Als letztes Schlaglicht wechseln wir die Perspektive auf die Seite der Patienten und hören Frau Alba Mousil.
- Mir als Patientin ist es relativ gleichgültig, ob mein Hausarzt an dem Modell teilnimmt. Er kennt mich von klein auf und hat auch schon meine Eltern behandelt. Leider geht er bald in Rente. Er hat mich immer ernst genommen, hat mir zugehört und sich beim Folgebesuch danach erkundigt, wie oder ob das Medikament angeschlagen hat. Nur das zählt für mich.

**Aufgabe 4b (Track 40)**

- ▷ Guten Tag, Herr Brenner. Was führt Sie zu mir?
- ▶ Ich hatte am Wochenende mal wieder einen Migräneanfall. Es ist nicht das erste Mal, dass ich freitags nach Feierabend eigentlich zu nichts mehr zu gebrauchen bin.
- ▷ Treten die Kopfschmerzen nur am Wochenende auf?
- ▶ Nicht immer, manchmal kommen sie auch während der Woche, aber eher selten. Sie kommen plötzlich und anfallsartig. Ich muss mich dann sofort hinlegen und nach drei bis vier Stunden geht es mir ein bisschen besser.
- ▷ Können Sie die Kopfschmerzen beschreiben?
- ▶ Ich habe starke Kopfschmerzen auf der linken Seite, meistens wird mir leicht schlecht und ich bin sehr lichtempfindlich.
- ▷ Kündigt sich die Migräne auch durch Sehstörungen an, Lichtblitze oder Gesichtsfeldausfälle?
- ▶ Nein, mit einer Aura geht es eigentlich nicht einher. Ich bin einfach nur total überempfindlich und will einfach nur meine Ruhe haben. Und die Kopfschmerzen sind unerträglich.
- ▷ Wann sind diese Migräneattacken zum ersten Mal aufgetreten?
- ▶ Das kann ich nicht mehr genau sagen. Vor vier Jahren ungefähr.
- ▷ Also mit Ende 20. Was machen Sie beruflich?
- ▶ Ich arbeite in der Verwaltung eines Lebensmittelkonzerns.
- ▷ Eine sitzende Tätigkeit also. Würden Sie Ihre Arbeit als stressig beschreiben?
- ▶ Nun ja, meistens, aber damit komme ich ganz gut klar.
- ▷ Nehmen Sie Medikamente?
- ▶ Ja, wenn es losgeht, nehme ich Paracetamol, aber ich kann nicht sagen, dass mir die Tabletten richtig helfen. Am besten ist es, wenn ich mich ruhig verhalte und die Vorhänge zuziehe. Manchmal habe ich das Gefühl, dass der Geruch von Lavendel etwas hilft. Es ist mir etwas peinlich, aber meine Frau träufelt mir dann ein paar Tropfen Lavendelöl auf ein Taschentuch und legt es auf mein Kopfkissen. Wenn ich dann aufwache, geht es mir etwas besser.
- ▷ Gut, dann würde ich jetzt gerne Ihren Blutdruck messen und Sie kurz untersuchen. Treiben Sie Sport?
- ▶ Nein, dafür fehlt mir leider in der Woche die Zeit und am Wochenende ist mir nicht nach Action. Soll Sport denn bei Migräne helfen?
- ▷ Es ist nicht geklärt, was eine Migräne verursachen kann. Verschiedene Auslöser kommen in Betracht, zum Beispiel äußere Einflüsse wie bestimmte Lebensmittel, Stress oder wie in Ihrem Fall, wenn der Stress zum Wochenende hin

nachlässt. Migräne kann genetisch bedingt sein. Sind Sie in dieser Hinsicht familiär vorbelastet?

- ▶ Nein, ich bin der Einzige in der Familie, soweit ich weiß.
- ▷ Ihr Blutdruck ist in Ordnung. Mir ist aufgefallen, dass Sie Ihren Kopf zu sehr im Nacken halten, daher würde ich Sie gern zu einem Orthopäden überweisen, um auszuschließen, dass Ihre Halswirbelsäule als Ursache in Frage kommt. Außerdem würde ich Sie gern in die Migränesprechstunde der Universitätsklinik schicken. Die Adresse erhalten Sie von meiner Sprechstundenhilfe.
- ▶ Vielen Dank und auf Wiedersehen.
- ▷ Auf Wiedersehen.

## 23 Neurologie

### Aufgabe 3a (Track 41)

- ▷ Herr Hinterberger, wir haben heute eine Medizinstudentin zu Besuch in unserer Abteilung. Frau Bayram möchte natürlich gerne so viel wie möglich sehen und lernen. Stört es Sie, wenn sie bei der Untersuchung anwesend ist?
- ▶ Aber nein, gar nicht, Frau Doktor, die jungen Leute müssen schließlich auch ihre Erfahrungen machen.
- Das ist aber nett von Ihnen, vielen Dank.
- ▷ Dann möchte ich Sie jetzt gerne untersuchen. Setzen Sie sich bitte hierher. Ganz locker und entspannt, ja, so ist es gut. Ich beuge jetzt Ihren Kopf nach vorne ... und jetzt zur Seite ...
- ▶ Au, das tut so weh!
- ▷ Es tut mir leid, Herr Hinterberger, aber die Untersuchung wird nicht lange dauern. Frau Bayram, Sie sehen, dass die passive Beugung des Kopfes nach vorne leicht, seitwärts hingegen deutlich schmerzhaft eingeschränkt ist. Herr Hinterberger, tut es weh, wenn ich hier so auf Ihren Kopf klopfe?
- ▶ Ich habe Kopfschmerzen, aber das Klopfen selbst ist nicht schmerzhaft.
- ▷ Gut. Haben Sie Schmerzen, wenn ich hier drücke?
- ▶ Nein, eigentlich nicht.
- ▷ Frau Bayram, durch Daumendruck prüfe ich die Dolenz der Nervenaustrittspunkte, also des Nervus supraorbitalis hier am kranialen Orbitarand in Höhe des medialen Anteils der Augenbraue und hier des Nervus infraorbitalis medial unterhalb des Unterlids. Alles in Ordnung bei Ihnen, Herr Hinterberger?
- ▶ Jaja.
- ▷ Als Nächstes prüfe ich hier am Kinn ...?
- Den Nervus mentalis.
- ▷ Sehr gut. Nun die Palpation der Temporalarterien: Tut das weh, Herr Hinterberger?
- ▶ Nein.
- ▷ Arteria temporalis beidseitig indolent, pulsierend, nicht verdickt. Bitte legen Sie sich nun flach auf die Liege, den Kopf auf diese Seite. Ja, so ist es gut. Ich umfasse jetzt den Kopf im Nacken und beuge ihn vorsichtig nach vorne, keine reflektorische Beugung der Knie, Brudzinski negativ.
- ▶ Oh je, negativ. Ist das schlecht?
- ▷ Nein, nein, Herr Hinterberger, machen Sie sich keine Sorgen. Ich werde Ihnen nach der Untersuchung ganz genau erklären, was ich gemacht habe, und die Ergebnisse mit Ihnen besprechen. Kommen wir zum nächsten Schritt.

### Aufgabe 3f (Track 42)

#### Ausschnitt 1

- ▷ So, Herr Hinterberger, ich möchte Sie jetzt bitten, sich hierhin zu stellen. Schließen Sie bitte die Augen. Nun strecken Sie bitte Ihre Arme waagrecht nach vorne aus, mit den Handflächen nach oben, und halten Sie die Arme in dieser Position. Vielen Dank, Sie können die Arme jetzt wieder absenken und die Augen öffnen.

#### Ausschnitt 2

- ▷ Schließen Sie nun bitte die Augen und führen Sie Ihren Zeigefinger in einem weit ausholenden Bogen langsam auf die Nasenspitze zu. Nein, versuchen Sie bitte wirklich, die Augen geschlossen zu halten. Noch einmal, bitte. Danke.

#### Ausschnitt 3

- ▷ Öffnen Sie bitte den Mund ganz weit, danke. Und jetzt sagen Sie „A“.
- ▶ Aa.
- ▷ So, ich nehme jetzt einen Spatel, das empfinden Sie vielleicht als etwas unangenehm, ist aber gleich vorbei, ja, das war's schon. Könnten Sie bitte einmal schlucken?

#### Ausschnitt 4

- ▷ Legen Sie sich nun bitte hin und strecken Sie die Beine aus. Schließen Sie bitte die Augen und führen Sie die Ferse des rechten Beines zum linken Knie und gleiten Sie dann mit dem Fuß am Schienbein entlang nach unten. Ja, so ist es gut. Und nun mit dem anderen Bein. Ja, vielen Dank.

#### Ausschnitt 5

- ▷ Bitte strecken Sie nun das Bein ganz aus und lassen Sie es gestreckt. Ich hebe das Bein jetzt an. Spüren Sie Schmerzen?
- ▶ Ja, schon.
- ▷ Die Bewegung Ihres Beines scheint nicht eingeschränkt, ich kann es bis zu einem Winkel von ca. 70° anheben. Wo spüren Sie denn die Schmerzen?
- ▶ Im Oberschenkel, hier.
- ▷ Ist das ein scharfer, einschießender Schmerz oder eher ein dumpfer Muskelschmerz?
- ▶ Nicht einschießend, nein. Schmerz ist vielleicht zu viel gesagt, ich spüre halt die Dehnung.

### Aufgabe 5c (Track 43)

- ▷ Liebe Hörerinnen und Hörer, ich begrüße Sie herzlich zu unserer Gesundheitssendung am Mittwochabend. Unser Thema heute ist die Multiple Sklerose, kurz auch MS. In den letzten Jahren hat die Medizin große Fortschritte bei der Diagnose und Behandlung dieser Erkrankung gemacht. Heilbar ist sie aber dennoch nicht. Heute berichten uns einige Betroffene, wie sie ihren Alltag als Patientin oder Patient erleben. Vielen Dank, dass Sie gekommen sind. Herr Jessen, Sie sind ja schon seit einigen Jahren an MS erkrankt, können Sie uns vielleicht erzählen, wie es Ihnen mit Ihrer Diagnose geht?
- ▶ Also, ich hatte schon vorher lange den Verdacht, dass es bei mir MS sein könnte. Auch wenn mein Hausarzt und auch der Neurologe das lange nicht bestätigen konnten. Vor 15 Jahren war die Diagnosestellung noch nicht so einfach. Und das hat dann dazu geführt, dass ich neben meinen Krankheitszeichen auch zusätzlich ganz schön eingeschränkt war, durch meine Zukunftsängste zum Beispiel. Weil ich nicht wusste, wie es weitergeht. Oder weil ich meine zunehmende Inkontinenz verheimlicht habe und nicht mehr spontan etwas mit meinen Freunden



unternehmen konnte. Es musste ja immer ein WC in der Nähe sein. Ich habe jetzt mit meiner MS-Diagnose mehr Lebensqualität und bin zuversichtlicher als vorher, wo ich nicht wusste, was mit mir los war.

- ▷ Ist es Ihnen mit Ihrer Diagnose auch so ergangen, Herr Schöllner?
- Ich habe auch immer befürchtet, dass meine Symptome etwas Ernstes bedeuten könnten, die Augenprobleme, die Gangunsicherheit, die Spastik manchmal – das alles ließ an MS denken. Vor meiner Familie habe ich versucht, das zu verheimlichen. Ich wollte vor allem meine Eltern nicht belasten. Man denkt dann ja gleich an ein Leben im Rollstuhl und so ... Aber als nach den Cortisoninfusionen beim ersten großen Schub klar war, was ich habe, war ich richtig froh. Klar, es ging mir dann ja auch erst wieder etwas besser. Ich habe mich aber von da an ganz genau informiert, was mir helfen könnte. Ich gehe zur Physiotherapie, besuche eine MS-Gesprächsgruppe und gehe einmal jährlich in die Reha. Und ich habe schon genau geplant, wie es mal weitergeht, wenn sich die Symptome verschlimmern.
- ▷ Was meinen Sie, Frau Hernández?
- Bei mir war das vor drei Jahren genau umgekehrt. Die MS-Diagnose war gleich bei der ersten Sehnerventzündung sicher und platzte mitten in meine Ausbildung. Nach dem MRT war mir sofort klar, dass ich die Schwesternausbildung abbrechen musste. Wer stellt schon eine Kollegin ein, die demnächst am Rollator geht? Und dann die immun-suppressiven Medikamente, das wäre ja in der aktiven Pflege gar nicht gegangen. Das war ein echter Tiefschlag. Ein halbes Jahr war ich krankgeschrieben. Dann hat mir die Klinik, an der ich die Ausbildung angefangen hatte, angeboten, mich nach einem Arzthelferinnenlehrgang in der Ambulanz zu übernehmen. Ja, und da arbeite ich jetzt seit zwei Jahren. Aber ich beneide meine Kolleginnen, die ihre Ausbildung abschließen konnten. Ich habe durch meine Krankheit viel verloren.
- ▷ Und wie sehen Sie Ihre Situation als Patientin mit Ihrer MS-Therapie heute, Frau Hormann?
- Also, am schlimmsten finde ich immer noch dieses Auf und Ab. Mal mehr Symptome, mal weniger, dann scheint eine Zeitlang wieder fast alles in Ordnung zu sein. Mit viel Physiotherapie und dem neuen Entzündungshemmer geht es mir ganz gut. Den bekomme ich einmal monatlich per Infusion. Aber insgesamt bemerke ich doch immer wieder leichte Abwärtstendenzen, besonders in den Beinen. Während meiner ersten Reha-Einheit habe ich selber im Internet recherchiert und viel gelesen zu MS. Vor einiger Zeit war ich auch ein paarmal bei einem Patientenstammtisch für MS-Kranke. Ich bin zwar eine chronisch Kranke, aber am meisten helfen mir meine Treffen mit alten Freundinnen, die gemeinsamen Unternehmungen mit ihnen und dass sie mich nicht nur als Patientin sehen.

## 24 Notfälle und Notaufnahme

### Aufgabe 3a (Track 44)

- ▷ Guten Tag.
- ▶ Ah, meine Ablösung. Guten Tag, Frau Kollegin.
- ▷ Irre ich mich oder höre ich einen erleichterten Unterton?
- ▶ Sie irren sich doch nie, oder?
- ▷ Das will ich doch auch hoffen. War viel los?
- ▶ Das kann man wohl sagen. Machen wir eine kurze Übergabe?
- ▷ Gern.
- ▶ Abgesehen von einigen Patienten mit leichteren Beschwerden sind mehrere Notfälle eingeliefert worden. Zunächst: Herr Walter Riebner, 37 Jahre alt, hat sich auf dem

Fußballplatz eine Fraktur des Nasenbeins zugezogen. Er hatte starkes Nasenbluten. Inzwischen ist es uns gelungen, die Blutung mittels Tamponaden zu stillen. Wir haben ein Schädel-CT gemacht. Die Schädelbasis ist nicht betroffen. Die Fraktur ist ruhiggestellt. Der Patient ist bei Bewusstsein, klagt aber trotz Analgetikum über starke Schmerzen und muss als Nächstes operativ versorgt werden. Momentan ist er noch im Schockraum.

- ▷ Sind die Kollegen von der HNO schon informiert?
- ▶ Ja, Dr. Jensch müsste schon auf dem Weg sein. Als Nächstes haben wir Michael Hauptmann, 24 Jahre, mit einem anaphylaktischen Schock. Er war bei Freunden zum Geburtstag eingeladen. Beim Kuchen hat er darauf geachtet, dass er keine Haselnüsse enthält, nicht aber beim Getränk. Die Gastgeberin ist Veganerin und hat den Cappuccino dummerweise mit Haselnussmilch serviert. Herr Hauptmann ist mit Tachykardie und Dyspnoe eingeliefert worden. Vom Notarzt hat er Adrenalin und Volumen bekommen. Er ist bei Bewusstsein, allerdings ist sein Blutdruck immer noch sehr niedrig.
- ▷ O.K., soll ich gleich als Erstes nach ihm schauen?
- ▶ Nicht nötig, er wird gerade von Kollege Baumann versorgt. Bei einer Patientin, Roswitha Menger, 56 Jahre, sieht es sehr kritisch aus. Intoxikation mit Colchicin.
- ▷ Oh weh, noch eine tragische Verwechslung?
- ▶ Das kann man wohl sagen. Sie wollte Bärlauch pflücken.
- ▷ Das ist schon die dritte Patientin in diesem Monat.
- ▶ Leider ist sie erst fünf Stunden nach der Mahlzeit mit Erbrechen, Durchfall und Koliken gekommen. Eine Nachbarin hat sie gebracht. Die anfänglichen Symptome, Kratzen im Hals und Schluckbeschwerden, hat sie für eine beginnende Erkältung gehalten. Kreislauf und Atmung sind so weit stabil, die Intensiv weiß schon Bescheid. Sie müssten nur noch die Angehörigen informieren.
- ▷ Ah ja, ich kümmere mich darum.
- ▶ Eine weitere Patientin, Frau Waltraud Hochfeld, eine ältere Dame von 75 Jahren, wurde mit Verdacht auf einen Insult eingeliefert. Das hat sich leider bei der Duplex-Sonografie bestätigt. Sie wird von den Kollegen der Stroke Unit betreut. Dann wäre da noch Frau Barbara Lehmann, 50 Jahre, ist zu Hause zusammengebrochen und mit Verdacht auf intrazerebrale Blutungen eingeliefert worden. Das waren die Notfälle ...

### Aufgabe 7a und b (Track 45)

- ▷ Herr Doktor, wie schätzen Sie die Heilungschancen meiner Mutter ein?
- ▶ Das lässt sich bei einem Schlaganfall zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht genau sagen. Wir haben allerdings die Erfahrung gemacht, dass sich ein schneller Therapiebeginn positiv auf den weiteren Verlauf der Erkrankung auswirkt. Können Sie mir sagen, wann die ersten Symptome bei Ihrer Mutter aufgetreten sind?
- ▷ Das weiß ich leider nicht genau. Gestern früh hat die Haushaltshilfe, die einmal pro Woche zu meiner Mutter kommt, sie noch im Bett vorgefunden. Da hatte sie schon Lähmungserscheinungen und konnte sich nicht verständlich machen. Der Notarzt kam dann auch sofort. Die Schwester hat mir gesagt, dass sie hier auf einer Spezialstation liegt.
- ▶ Das ist richtig. Die Stroke Unit wurde speziell für Schlaganfallpatienten eingerichtet. Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten arbeiten dort eng zusammen, um so früh wie möglich mit der Wiederherstellung der sprachlichen und motorischen Fähigkeiten zu beginnen.
- ▷ Und was genau passiert weiter mit meiner Mutter? Bekommt sie Medikamente?

- ▶ Ja, richtig. Der Verdacht auf einen Schlaganfall durch Minderdurchblutung hat sich bei den Untersuchungen bestätigt. Das heißt, dass ein Blutgerinnsel ein Blutgefäß im Gehirn verstopft. Nun versuchen wir, dieses Blutgerinnsel medikamentös aufzulösen. Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihrer Mutter beschreiben? War sie zuvor wegen Herz-Kreislauf-Problemen in Behandlung?
- ▷ Ihr Blutdruck war etwas zu hoch und dagegen hat sie seit ein paar Jahren Tabletten genommen, aber sie war noch sehr rüstig, obwohl sie fast achtzig ist. Sie war in ihrem Leben selten krank und hat sich immer gesund ernährt, nie geraucht. Im Alter bettlägerig und hilflos zu sein war für sie immer ein Schreckensszenario.
- ▶ In ein paar Tagen wird sie von der Stroke Unit auf die Innere verlegt. Daran schließt sich dann die Reha an. Sie brauchen jetzt vor allem Geduld. Das gilt nicht nur für die Angehörigen, sondern auch für die Patienten selbst. Ihre Mutter muss viele Dinge neu lernen und das geht nur durch tägliches Üben. Dazu zählt, sich anzuziehen, zu essen und andere alltägliche Verrichtungen zu meistern.
- ▷ Oh je, dann wird sie ja vielleicht gar nicht mehr allein wohnen können. Das ist jetzt auch für meinen Mann und mich nicht einfach. Wir werden sie zu uns nehmen und einen Pflegedienst engagieren müssen, wenn sie entlassen wird. Das wird eine große Anpassung.
- ▶ Vielleicht ist es für Sie hilfreich, wenn Sie sich zunächst an eine Organisation wie die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe wenden, die Angehörige mit Rat und Tat unterstützt.
- ▷ Muss man damit rechnen, dass weitere Schlaganfälle auftreten?
- ▶ Es wird natürlich versucht, das mit Medikamenten zu verhindern, mit sogenannten Gerinnungshemmern. In der Zwischenzeit versuchen wir noch die genaue Ursache für den Schlaganfall zu klären.
- ▷ Ah ja, und was bewirken diese Medikamente genau?
- ▶ Die Gerinnungshemmer sorgen dafür, dass es nicht mehr so schnell zu einer Verklumpung des Blutes mit einer nachfolgenden Verstopfung eines Gefäßes kommen kann.
- ▷ Aha, ich verstehe.
- ▶ Sobald wir weitere Untersuchungsergebnisse vorliegen haben, erkläre ich Ihnen gern unser weiteres Vorgehen. Haben Sie im Moment noch Fragen?
- ▷ Nein, im Moment nicht. Vielen Dank, Herr Doktor.