



Seine erste Reanimation

Die Notfallmedizin ist Christoph Markstätters* Leidenschaft: Schon als Zivi war er beim Rettungsdienst, parallel zum Studium machte er eine Notfallsausbildung. Diese Erfahrung hilft ihm nicht nur bei seiner ersten Reanimation – sondern verschafft ihm auch den Respekt der Pfleger.

Eigentlich ist Dr. Markstätter* an diesem Morgen auf Routine eingestellt: Es ist Montag früh, kurz nach halb 8. Gerade hat er angefangen, die neue Famulantin herumzuführen. „Genau genommen war es mein erster Dienst ganz allein in der Notaufnahme“, sagt er. „Aber 2 Stunden später würde der Kollege kommen, und vorher könnte ich jederzeit den Oberarzt hinzurufen.“

Routine in der Notaufnahme Anders als etwa bei seinen ersten Nachtdiensten ist der angehende Internist an diesem Tag nicht sehr nervös. In der Notaufnahme ist alles ruhig. Er zeigt der Famulantin die Untersuchungsräume, den Schockraum und die Theke, wo die Triage-Schwester sitzt. „Notaufnahme – das klingt immer so spektakulär“, erklärt er. „Aber die meisten Patienten kommen doch mit Bauchschmerzen, Infekten oder Bluthochdruck.“ Die wirklich dramatischen Fälle werde sie in ihren 4 Wochen hier vielleicht gar nicht sehen. „Aber wir werden sie zumindest theoretisch durchgehen“, verspricht er ihr.

Berufsanfänger unter Beobachtung Nicht umsonst hat Christoph Markstätter 8 Jahre Rettungsdienst hinter sich. „Ich war schon immer auf dieser Notfall-Schiene“, erzählt er. „In der Notaufnahme fühlte ich mich daher gleich am richtigen Platz.“ Er weiß aber auch: Junge Ärzte wie er – gerade mal 26 Jahre alt, seit wenigen Monaten Assistenzarzt – stehen unter besonderer Beobachtung der Pflegekräfte. „Gerade in der Notaufnahme rotieren viele Ärzte durch“, sagt er. „Da schwingt bei erfahrenen Pflegern immer die Frage mit: Kann der auch was?“

Doch ein Notfall Entsprechend elektrisiert ist er, als die Triage-Schwester plötzlich ruft: „Christoph, du musst sofort kommen!“ Er macht auf dem Absatz kehrt und läuft zum Schockraum, die Famulantin im Schlepptau. „Ich wusste: Es muss etwas Ernstes sein“, erinnert er sich. „Die Schwester ist nämlich ein alter Hase – sie ruft nur dann quer durch die Aufnahme, wenn es wirklich sofort sein muss.“

COPD-Patientin mit Atemnot Die Patientin, die zwei Rettungssanitäter gerade in den Schockraum schieben, sieht in der Tat furchtbar aus: „Sie war in massivster respiratorischer Insuffizienz, klammerte sich an die Trage und war schon grau-blau im Gesicht“, sagt Markstätter. Die einzige erkennbare Versorgung ist eine Nasen-

brille mit Sauerstoff und ein kleiner Zugang im Handrücken. Die spärliche Ankunft der Sanitäter: Sie sei COPD-Patientin, der Notarzt habe ihr Theophyllin gespritzt. Da es ihr anschließend besser gegangen sei, hätte er den Rettungswagen nicht zur Klinik begleitet. Das Pulsoximeter? „Hat mal 80% Sättigung gemessen, dann waren vielleicht die Finger zu kalt“, lautet die Antwort. Wie schlecht es der Frau wirklich geht, scheint ihnen nicht klar zu sein. „Gut, dass die Schwester einen besseren Blick hatte!“, meint Markstätter. Sein Gefühl sagt ihm: Es wird jetzt eng.

„Sobald klar war, man muss reanimieren, habe ich im Kopf umgeschaltet auf den entsprechenden Algorithmus.“

Markstätter übernimmt Während sie die völlig in sich zusammengesunkene Patientin auf die Schockraumliege umlagern, gibt der Arzt seine ersten Anweisungen: „Bereite mal die nicht invasive Beatmung vor!“, sagt er zu einer Schwester. Ein anderer Pfleger prüft gleichzeitig den Zugang und legt, weil er nicht funktioniert, einen neuen. „Mit den Kollegen an diesem Tag hatte ich großes Glück“, so Markstätter. Neben der erfahrenen Triage-Schwester haben ein Pfleger und eine Schwester Dienst. „Beide jung, engagiert und fachlich sehr fit“, sagt er. „Die haben alles richtig gemacht – und zwar wahn-sinnig schnell, oft schon bevor ich etwas gesagt habe.“

Beatmung Er drückt der Patientin nach kurzer Erklärung die CPAP-Maske zur Überdruckbeatmung aufs Gesicht, hat aber wenig Hoffnung, dass das reicht: „Sie hat zwar noch gekämpft, war aber ziemlich am Ende, eigentlich knapp vor der Schnappatmung.“ Dr. Markstätter weist den Pfleger an, auch die Intubation vorzubereiten und schonmal Ketamin und Midazolam aufzuziehen.

Atemstillstand Genau die richtige Entscheidung: Gerade als die Maske sitzt, hört die Patientin komplett auf zu atmen. „Jetzt geht es Richtung Reanimation“, denkt der Arzt, als er den Puls fühlt und gleichzeitig nach dem Beatmungsbeutel greift. Dass es mit der Patientin so schnell

bergab ging, überrascht ihn noch im Nachhinein. „Wir waren wohl ein paar Minuten zu spät dran“, meint er, „auch wenn bei uns in der Klinik alles in Sekundenschnelle ablief.“

Reanimation Einen Augenblick später ist schon kein Herzschlag mehr tastbar. „Wir fangen mit der Reanimation an!“ verkündet Markstätter. Er ist jetzt sehr dankbar für seine gute Notfallausbildung beim Roten Kreuz: „Sobald klar war, man muss reanimieren, habe ich im Kopf umgeschaltet auf den entsprechenden Algorithmus. Wenn der nicht automatisch abgelaufen wäre, hätte ich wertvolle Zeit verloren.“ Trotzdem ist diese Reanimation anders als alle bisherigen: Hier hat er die Verantwortung – und zwar nicht nur vorübergehend, bis der Notarzt kommt, sondern er muss selbst entscheiden, was wann gemacht wird.

Defibrillation Ein Pfleger beginnt die Herzdruckmassage, der Defibrillator wird vorbereitet. Markstätter gibt den Beatmungsbeutel an die Schwester weiter und versucht, mit dem bereitgelegten Laryngoskop zu intubieren, wie bei den vielen Patienten im Anästhesie-PJ. Zum Glück gelingt das sofort. Zufällig kommt auch der diensthabende Arzt der Überwachungsstation vorbei – und packt gleich mit an: „Er hat unter der laufenden Reanimation einen arteriellen Zugang in der Leiste gelegt – heldenhaft!“, erzählt Markstätter. Zu seiner Erleichterung läuft alles so, wie es soll: „Jeder war an seinem Platz und wusste, was er tat.“ Trotzdem zeigt das EKG anfangs nur pulslose elektrische Aktivität, sodass sie Adrenalin geben und damit ein Kammerflimmern erreichen. Zweimal defibrillieren sie, bis sich ein tachykarder Sinusrhythmus einstellt. Nach 10 Minuten können sie die Reanimation erfolgreich beenden – die Patientin hat wieder einen schwachen Kreislauf.

Oberarzt kommt hinzu Um auf Normaldruck zu kommen, braucht die Patientin noch Katecholamine, sie verabreichen Noradrenalin. „Dafür war der arterielle Zugang natürlich Gold wert“, sagt Markstätter. Trotzdem ist dieser Zugang noch Anlass für eine unangenehme Diskussion mit dem Oberarzt: „Vor lauter Aktivität hatten wir erst spät daran gedacht, ihn anzurufen“, erinnert sich der Assistenzarzt. „Als er dann kam, war eigentlich schon alles erledigt.“ Der Oberarzt will den arteriellen Zugang ziehen, weil er nicht optimal

* Name geändert

funktioniert – die beiden anderen Ärzte können es gerade noch verhindern. „Es war wie so oft: falsches Set oder falsche Konfiguration“, sagt Markstätter. „Trotzdem hat das System einigermaßen funktioniert – was der Oberarzt zunächst nicht glauben wollte.“

Wer trifft die Entscheidungen? Im Nachhinein hat es auch sein Gutes, dass er nicht früher da war: „Vorher war es zwar extrem hektisch“, meint Markstätter. „Aber zumindest war klar: Ich bin derjenige, der die Entscheidungen trifft.“ Nachher sei dagegen nicht mehr so eindeutig gewesen, wer der Teamleiter ist. „Da wurde es etwas konfus, zumal inzwischen so viele Leute – vor allem Ärzte – im Schockraum waren.“

Fehler des Notarztes? In einer Ecke stehen außerdem noch die Rettungssanitäter – offensichtlich erschrocken, wie schnell es der Patientin schlechter ging, obwohl sie sie als stabil eingeschätzt hatten. Dr. Markstätter vermutet, dass der Notarzt die Situation mit der Gabe von Theophyllin sogar noch verschlechtert hat: „Wahrscheinlich hat er sie damit so in die Tachykardie getrieben, dass der Sauerstoffbedarf stark gestiegen ist und sich die Hypoxie weiter verschlechtert hat.“ Hätte man sie dagegen schon präklinisch nicht invasiv beatmet, wäre es möglicherweise nicht zum Atemstillstand gekommen. „Das ist aber natürlich Spekulation“, gibt der Arzt zu.

Nachbesprechung Bald darauf können sie die Patientin auf die Intensivstation bringen. Markstätter macht sich an die Dokumentation des Falls. „Danach habe ich auch eine Nachbesprechung im Team gemacht“, sagt er. „Ich wollte wissen, wie mein Handeln bei der Pflege ankam – schließlich konnte ich zwischendurch nur noch Kommandos geben und nicht mehr höflich sein.“

„Ohne das exzellente Team hätte ich dumm dagestanden.“

Gute Zusammenarbeit Zu seiner Freude sind sich alle einig, dass die Zusammenarbeit gut gelaufen ist – so gut, dass er noch in den folgenden Monaten mehrmals explizit in die Notaufnahme gerufen wird, wenn dort Not am Mann ist. Umgekehrt sagt aber auch Dr. Markstätter: „Ohne das exzellente Team hätte ich dumm dagestanden. Vor allem den Pflägern ist es zu verdanken, dass die Patientin nach einiger Zeit von der Intensivstation in die Reha verlegt werden konnte – ohne neurologische Schäden.“

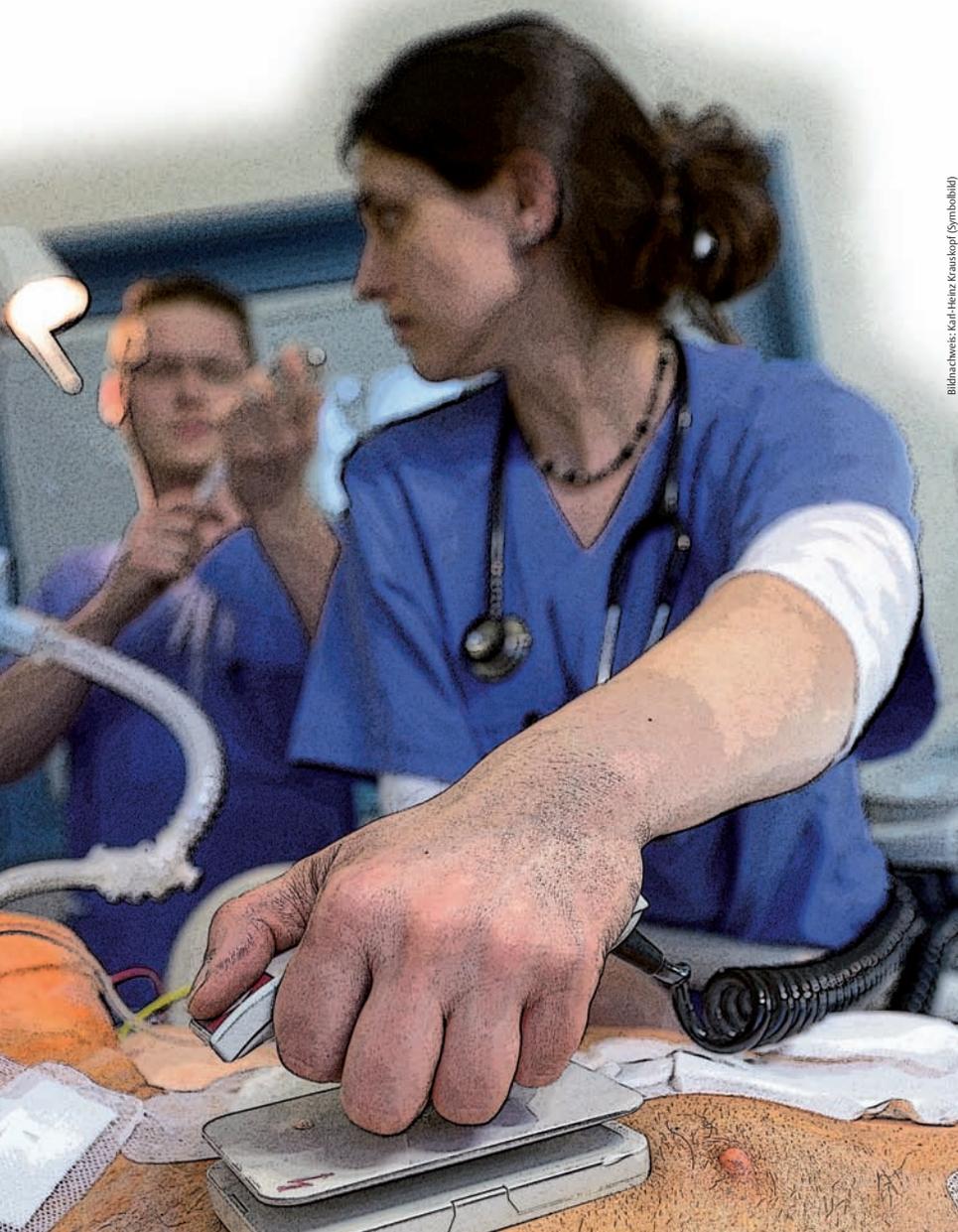
Nur der Famulantin gegenüber hat er ein etwas schlechtes Gewissen: „Sie stand die ganze Zeit mit im Schockraum. Anfangs habe ich noch daran gedacht, sie einzubinden.“ Schließlich wäre es vielleicht ihre einzige Chance gewesen, bei einer Reanimation zu helfen. „Aber ich kannte sie ja kaum und wollte sie an ihrem ersten Tag auch nicht überfordern.“ Übelgenommen hat sie es ihm nicht: „Sie konnte in den nächsten Wochen noch bei vielen anderen Notfällen mitarbeiten. Irgendwann hat sie mir auch erzählt, dass sie sowieso Pathologin werden will.“

Julia Rojahn

Schreiben Sie uns!

Hatten auch Sie ein persönliches Schlüsselerlebnis? Ob positiv oder negativ – in *Lege artis* können Sie davon erzählen und Ihre Kollegen am konkreten Beispiel lernen lassen. Sie erreichen die Redaktion unter Tel. 0711/8931-677 oder per E-Mail: legeartis@thieme.de. Gemeinsam prüfen wir, ob sich Ihre Geschichte für eine Publikation eignet – und natürlich garantieren wir absolute Vertraulichkeit.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1367684>



Bildnachweis: Kerf-Heinz (Krauskopf (Symbolbild))