

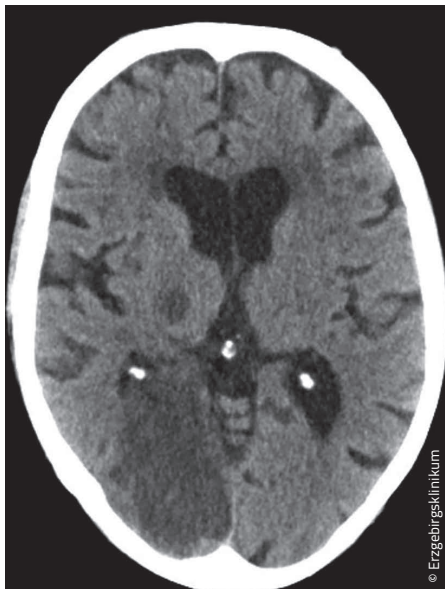
Verletzungen aufgrund von Suizidalität?

Kasuistik

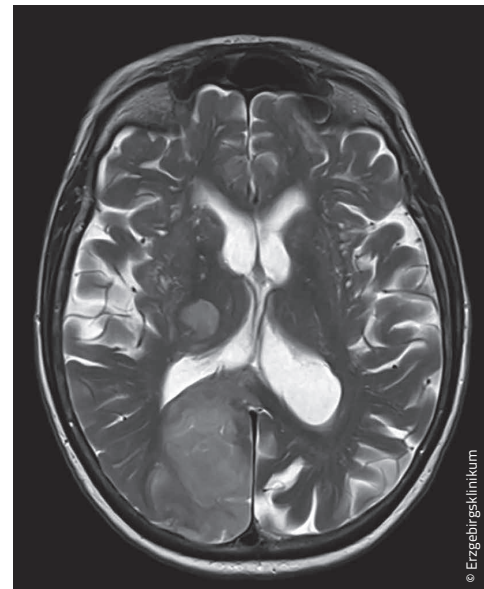
Berichtet wird von einem RTW-Zugang einer alleinlebenden, weiblichen Person im Alter von 75 Jahren über die zentrale Notaufnahme. Auf dem Rettungssanitätsprotokoll, erstellt durch die Rettungssanitäter, ist folgende Diagnose zu lesen: zweifache Schnittwunde am linken Handgelenk in suizidaler Absicht. Aus dem Anamnesetext des Protokolls geht weiterhin hervor, dass die Verletzung bereits am Vortag stattgefunden hat.

Der verantwortliche Arzt der zentralen Notaufnahme informiert den diensthabenden Oberarzt, welcher später auch der Operateur sein wird. Dieser führt nochmals ein Anamnesegespräch durch, um die Aufklärungsfähigkeit der Patientin zu prüfen. Dabei erscheint die Patientin verlangsamt und depressiv, ist aber zur eigenen Person, zu Ort und Zeit orientiert. Die Patientin gibt an, dass die Verletzung versehentlich am Vortag beim Brotschneiden entstanden sei.

Da das Verletzungsmuster an Suizidalität erinnert, wird der diensthabende Facharzt für Psychiatrie (Gastarzt, Honorararzt) hinzugezogen. Auch ihm gegenüber berichtet sie über die Entstehung der Wunden beim Brotschneiden. Im Rahmen der Exploration durch den Psychiater wird eine raptusartige suizidale Krise bei psychiatrischer Grunderkrankung mit einer einlaufenden demenziellen Entwicklung (seit circa sechs Monaten laut telefonischer Aussage der Nichte) diagnostiziert. Er äußert zur Patientin: „In zwei Minuten komme ich wieder zu Ihnen und Sie erzählen mir die Wahrheit.“ Nach diesem Zeitfenster gesteht die Patientin die Selbstzufügung der Schnittwunden. Es



cCT-Aufnahme



MRT-Aufnahme

erfolgt die chirurgische Wundversorgung im OP-Saal, nachdem die Patientin über den anstehenden Eingriff, Narkose und die operativen Optionen aufgeklärt wurde. Aufgrund des langen freien Intervalls zwischen Verletzungszeitpunkt und Operation fand ein entsprechendes Debridement statt. Zwei Beugesehnen zeigten sich durchtrennt und ließen sich rekonstruieren.

Während des Eingriffs kam es zur spritzenden Blutung aus der Arteria radialis. Diese Situation wurde vom Operateur mittels Gefäßnaht problemlos beherrscht. Vereinbarungsgemäß erfolgte die Verlegung aus dem Aufwachraum in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie bei Verordnung von i.v. Antibiose sowie der Maßgabe, engmaschige chirurgische Konsile zur Beurteilung der Wundsituation durchzuführen. Operateur und Anästhesist verständigten sich auf die Durchführung einer Schädel-CT. Diese Empfehlung wurde



Schnittwunde am linken Arm

auf dem sogenannten Sofortprotokoll notiert. Dies ergab sich aus dem Gedanken des Kollegen, dass auch zum Beispiel Hirntumore/Hirnmetastasen erhebliche psychische Störungen hervorrufen können.

Die noch am Abend durchgeführte cCT zeigte eine frische Ischämie mit Durchmesser 10 mm im rechten Thalamus sowie eine frische Ischämie bei einer Ausdehnung von 60 x 30 mm okzipital rechts. Ebenfalls hatte sich zu diesem

Zeitpunkt eine beginnende Hemiparese links entwickelt. Nachfolgend fand die sofortige Verlegung in die Klinik für Innere Medizin auf die Stroke Unit statt. Aus der expliziten, fachärztlich-neurologischen Untersuchung ergab sich die Erklärung, dass insbesondere durch die Ischämie lokalisationen Thalamus und Okzipitalregion Gesichtsfeldausfälle, Konzentrations- und Bewegungsstörungen sowie visuelle Wahrnehmungsstörungen verursacht werden können.

Diese Pathologie war für die Entstehung der Verletzung verantwortlich, keine Suizidalität.

Fazit

- Es besteht die Gefahr einer Via falsa auch in der Anamneseerhebung durch nichtärztliche medizinische Dokumentation.
- Patienten sind beeinflussbar.
- Eine exakte klinische Untersuchung ist sehr wichtig.

- Eine professionelle interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen allen beteiligten ärztlichen Professionen trägt zur Patientensicherheit bei. ■

Dr. med. Dirk Müller
 Erzgebirgsklinikum Annaberg-Buchholz
 Chemnitzer Straße 15,
 09456 Annaberg-Buchholz
 E-Mail: dirk.mueller@erzgebirgsklinikum.de