

Den Verlust des Beines positiv für die Taktische Ausbildung nutzen

Ein Bericht von Daniel Schmidt

Ich hatte am frühen Abend des 15.01.2000 einen Unfall mit einem forstwirtschaftlichen Traktor und einer Seilwinde.



Beispielbild; Quelle: Google

Wir Kinder, damals 11, durften die letzten paar Meter nach Hause auf dem Stahl-Rückeschild des Traktors mitfahren, da in der Fahrerkabine kein Platz war. Ich habe auf dem Seilhaufen, das Seil war bei Arbeiten im Wald gerissen, gestanden der auf dem Rückeschild lag, damit ich während der Fahrt was sehen kann. Am oberen Ende des Rückeschildes waren ca. 10 Meter Stahlseil, Durchmesser 10mm aufgewickelt. Durch die Erschütterung des fahrenden Traktors löste sich ein Teil des Seiles. Eine der losen Schlaufen erfasste mich und den Hinterreifen des Traktors. Das Stahlseil wurde dadurch um die Hinterachse des Traktors gewickelt. Durch diesen Zug riss das Stahlseil mir mein linkes Bein ab. Der rechte Fuß wurde schwer gequetscht und erlitt mehrere Brüche.

Ein Spaziergänger wurde durch seinen frei herumlaufenden Hund, ein ausgebildeter Rettungshund, auf den Unfall aufmerksam. Der herbeieilende Ersthelfer kannte sich mit der vorgefundenen Thematik aus und hat meinen sehr kurzen und stark blutenden Oberschenkelstumpf mittels der bloßen Hand abgedrückt und mit seinem Gürtel zusätzlich versucht abzubinden. Seine Hände waren stark verkrampft, da es lange dauerte bis die Rettungskräfte eintrafen.

Wäre er nicht gewesen, wäre ich wahrscheinlich nicht mehr am Leben.

Ich habe den gesamten Unfallablauf, vom zuziehen des Seiles über die Befreiungsaktion mittels Vorschlaghammer bis zum Eintreffen der ersten Rettungskräfte wahrgenommen. Ich kann mich noch daran erinnern, dass ich sagte: „Lasst mich los, ich kann alleine laufen.“ Aber die Realität war leider eine andere. Schmerzen habe ich, glaube ich zumindest, nicht verspürt.

Nach der Erstbehandlung durch den Rettungsdienst bin ich auf der Fahrt ins erste Krankenhaus nochmal kurz wach geworden und soll gesagt haben „Da drüben wohne ich. Da könnt Ihr mich rauslassen, bis morgen ist das wieder heile.“

Die nachfolgenden 7 Tage kenne ich nur von Erzählungen bzw. Arztberichten.

Die Chance auf ein erfolgreiches Zusammenflicken der Blutgefäße, Nerven, Muskeln und Sehnen war laut den Ärzten 5%, also sehr gering. Da die Durchblutung aber nicht zustande kam, wurde am nächsten Tag das Bein am hohen Oberschenkel amputiert.

Wenn die Durchblutung erfolgreich gewesen wäre, hätte das Bein starke Einschränkungen gehabt. Da das Seil längs über den Oberschenkel gezogen war, handelte es sich nicht um einen glatten Durchriss, sondern über einen längeren, fast diagonal verlaufenden Abriss. Daher wäre das Bein stark verkürzt und das Knie zu hoch gegenüber dem gesunden Bein.

Auszug aus dem Arztbericht der Justus-Liebig-Universität Giessen

Diagnose

1. Subtale Amputation des linken Oberschenkels
2. Aitken I Fraktur der distalen Tibia und Fibulafraktur proximal der Epiphysenfuge rechts.
3. Schwere Hautkontusion rechtes oberes Sprunggelenk.
4. Periphere Läsion des Nervus peroneus rechts.

Therapie

- Ad 1: 15.01.2000: Replantationsversuch des linken Oberschenkels
16.01.2000: Oberschenkelamputation links, Spalthautentnahme vom Amputat
20.01.2000: Defektdeckung mittels Hauttransplantation als Spalthaut am linken Oberschenkelstumpf (Entnahme vom Amputat)
- Ad 2: 28.02.2000: Geschlossene Reposition und Stabilisierung der Aitken I-Fraktur der distalen rechten Tibia mittels Kirschner-Drähten
16.03.2000: Korrekturosteotomie und plattenosteosynthetische Stabilisierung der rechten Fibula und Entfernung der Kirschner-Drähte am rechten Innenknöchel
- Ad 3: 15.01.2000: Wundrevision und Defektdeckung mit Hautersatz (Coldex) des rechten Innenknöchels
25.01.2000: Spalthauttransplantation über dem rechten Innenknöchel
- Ad 4: konservativ

Die Röntgendiagnostik erfolgte im St. Vincenz-Krankenhaus Limburg. Direkt im Anschluss wurde der Patient zur weiteren Behandlung in unser Haus verlegt.

Zum Zeitpunkt der Einlieferung am 15.01.2000 gegen 20.30 Uhr war der Patient untubiert und beatmet und konnte keine Angaben zum Unfallgeschehen machen.

Bei der stationären Aufnahme zeigte sich im Bereich des rechten Innenknöchels eine ausgedehnte Weichteilkontusionierung von ca. 10 x 5 cm. Der linke Oberschenkel war viertgradig offen frakturiert. Es handelt sich dabei um eine subtotale Amputation, wobei im Bereich des lateralen Oberschenkels nur noch eine schmale, ca. 4 cm breite Hautbrücke stand.

Die Röntgenaufnahmen zeigten eine Aitken I-Fraktur der rechten distale Tibia sowie eine Fraktur der rechten Fibula proximal der Epiphysenfuge.

Der linke Oberschenkel war im proximalen Schaftanteil frakturiert.

Direkt im Anschluss an die radiologische Diagnostik führten die Kollegen der Herz- und Gefäßchirurgie im Sinne eines Erhaltungsversuchs die Naht der Vena femoralis, der Arteria femoralis (mit Veneninterponat) sowie der Arteria femoralis superficialis durch.

Eine primäre Naht des Nervus ischiadicus war nicht möglich da das proximale Ende des Nerven nicht aufgefunden werden konnte. Die Präparation zum Auffinden des Nerven erfolgte proximal bis zum Ende der Gluteamusculatur durch die Kollegen der Neurochirurgie.

Die knöcherne Versorgung der viertgradigen Oberschenkelfraktur erfolgte mittels Fixateure externe. Im gleichen Eingriff wurde die rechtsseitige Aitken I-Fraktur der distale Tibia mittels Kirschnerdrahtstabilisierung nach geschlossener Reposition versorgt. Der Weichteildefekt wurde mittels Hautersatz (Coldex) gedeckt.

Im weiteren Verlauf kam es trotz mehrfacher Revision der Gefäßnähte aufgrund therapieresistenter Vasospasmen zu einer arterieller Minderdurchblutung des linken Beines, so dass am 16.01.2000 die Oberschenkelamputation links notwendig wurde. Hierbei war eine primäre Weichteildeckung aufgrund der vorgegebenen, relativ hohen Amputationszone nicht möglich, so dass eine teilweise Deckung mit Hautersatz (Coldex) durchgeführt werden musste.

Bei reizlosen Wundverhältnissen konnte am 20.01.2000 die Spalthauttransplantation des linken Oberschenkelstumpfes (die Hautentnahme erfolgte am 16.01.2000 vom Amputat) erfolgen. Im selben Eingriff wurde das Coldex im Bereich des rechten Innenknöchels gewechselt. Auf eine Primärversorgung der Fibula wurde aufgrund der ausgedehnten Weichteilschwellung und -kontusionierung verzichtet.

Nach primärer stationärer Aufnahme auf der Intensivstation konnte Daniel bei stabiler Kreislagsituation am 24.01.2000 auf die Allgemeinstation verlegt werden.



Am 25.01.2000 konnte die Spalthauttransplantation im Bereich des rechten Innenknöchels erfolgen.

Der weitere Verlauf gestaltete sich komplikationslos, die Spalthaut zeigte sich im Bereich des rechten Unterschenkels gut angegangen.

Im Bereich des linken Oberschenkelstumpfes war die Spalthaut nur zu ca. 80% angegangen. Hier konnte unter konservativen Maßnahmen eine komplette Defektdeckung erzielt werden.

Daniel beklagte deutliche Phantomschmerzen, insbesondere im linken Fuß, welche unter medikamentöser Therapie mit Tegretal und Calzitonin gut beherrschbar waren.

Im weiteren Verlauf zeigte sich eine Schwächung der Fußheber rechtsseitig mit Sensibilitätsminderungen im Ausbreitungsgebiet des Nervus peroneus. Diese Läsion zeigte während des stationären Verlaufes deutlich rückläufig.

Nach Abheilung aller Wunden sowie einer suffizienten Weichteildeckung im Bereich des rechten Innenknöchels konnte die endgültige Versorgung der rechtsseitigen Fibulafraktur am 28.02.2000 erfolgen. Hier erfolgten eine Korrekturosteotomie und anschließende plattenosteosynthetische Stabilisation der Fibula. Im gleichen Eingriff wurden die Kirschnerdrähte am rechten Innenknöchel entfernt.

Der peri- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, die Wundverhältnisse waren unauffällig.

Die postoperativen Röntgenaufnahmen des rechten oberen Sprunggelenkes in zwei Ebenen und die konventionellen Tomographien zeigten die Aitken I-Fraktur der rechten distalen Tibia knöchern konsolidiert bei korrekter Stellung und reizlos einliegendem Osteosynthesematerial der rechten Fibula.

Die Röntgenaufnahmen des linken Oberschenkelsstumpfes in zwei Ebenen zeigten einen glatten Absetzungsrand nach hoher Oberschenkelamputation.

Im weiteren Verlauf erfolgte die intensive krankengymnastische Beübung unter stationären Bedingungen.

Wir verlegten Daniel am 24.03.2000 in die stationäre Weiterbehandlung des Fachkrankenhauses Neckargemünd.

Daniel ist im Rollstuhl mobilisiert. Die Entlastungsphase des rechten Sprunggelenkes soll bis zum 07.04.2000 aufrechterhalten werden, im Anschluss an diesen Zeitraum kann eine zunehmende Belastung des rechten oberen Sprunggelenks erfolgen.

Die Weichteilverhältnisse im Bereich des linken Oberschenkels erlauben nunmehr die prothetische Versorgung in diesem Bereich.

Die Verlegung erfolgt zur intensiven krankengymnastischen Mobilisation und prothetischen Versorgung.

===

Im Fachkrankenhaus Neckargemünd erhielt ich im April/Mai 2000 die erste Oberschenkelprothese mit längsovalelem Schaft sowie einem Modularsystem (total knee) und einem Standardfuß.

In den ersten Jahren nach dem Unfall habe ich einige Gehschulen absolviert und verschiedene mechanische, elektronische und pneumatische Kniegelenke ausprobiert bzw. gelaufen. Mittlerweile komme ich recht gut mit dem Plie 3, ein elektronisch und pneumatisch gesteuertes Kniegelenk, zurecht.

Nach dem Unfall fing ich an mich „neu“ zu orientieren und passende Hobbies zu suchen. Von einer behinderten Schwimm-/Tauchgruppe über die DLRG kam ich im Jahr 2013 zum DRK. Hier habe ich die Ausbildung zum Sanitäter, Betreuer und Notfalldarsteller/RUD gemacht.



Seit 2019 bin ich neben der Notfalldarstellung/Realistischen Unfalldarstellung des DRK auch mit meinem eigenen Projekt „Verletztendarstellung (VDS) Bunte Übung“ unterwegs. Hier nutze ich u.a. die Amputation für die Darstellung von realistischen Verletzungsmustern, z.B. für Taktische Ausbildungen.

Hierfür habe ich mir in Zusammenarbeit mit meinem Prothesenbauer einen Splatter-Schaft, speziell für TCCC/TECC Übungen, bauen lassen. Diese Stumpfverlängerung verfügt über ein Blutpumpensystem mit 1,5 Liter Blutreservoir um u.a. das richtige Anlegen eines Tourniquets zu üben.

Die Einsatzkraft kann die u.a. pulsierende Blutung, durch Zudrücken der Arteria femoralis (große Beinarterie) mittels Finger oder Tourniquet stoppen.

Weitere Informationen über meine Arbeit als amputierter Verletztendarsteller finden Sie unter: www.vds-bunte-uebung.de

Kontakt: Daniel Schmidt, info@vds-bunte-uebung.de