

Ein Tag Notfalldienst ...

S. Zurfluh

Es betrifft dies einen Samstag, kurz nach Ostern. Noch Ferienzeit. Vergissmeinnicht und Primeln blühen, und Frühling lässt sein laues Band wieder flattern durch die Lüfte ... Ein kühler, trockener, eigentlich nicht unfreundlicher Tag. Wettertechnisch.

Der Dienst beginnt um 8.00 Uhr und wird bei Dienstantritt auf das Handy abgeholt. Zu «hüten» gibt es eine halbe Stadt in der Ostschweiz (die unhalbiert inklusive den zu betreuenden Randbezirken etwa 90 000 Einwohner zählt) und wird bis am nächsten Tag um 8.00 Uhr dauern.

«Wir» haben ein Zentrumsspital, das rund um die Uhr eine ausgezeichnete Versorgungsqualität bietet und einen ebendort stationierten Rettungsdienst mit jeweils zwei ausgebildeten Rettungsteams und bedarfsweiser Notarztbesetzung.

An diesem Samstag ist meine Praxis, die sich in einer stadtnahen Gemeinde befindet, bis am Mittag regulär geöffnet, der Notfallbetrieb läuft also am Vormittag «so mit» und das Handy, auf dem nun alle Notfallanrufe ankommen, kann bis am Mittag von meiner Assistentin bedient werden.

Ab 8.00 Uhr beginnt die Sprechstunde mit der ersten Patientin. Es handelt sich um eine jüngere alleinstehende Frau mit Adipositas, welche ich erst seit kurzem betreue. Anlässlich des Gesprächs über die Gefährlichkeit von Übergewicht für den Stoffwechsel und was (in Anbetracht der hier sich anbahnenden medizinischen «unhappy triad»: Hyperlipidämie, Hypertonie und vermutlich gestörte Glukosetoleranz) dagegen unternommen werden könnte, komme ich auch auf die Messung des Bauchumfanges zu sprechen. Bei den Vorbereitungen zu dieser kostengünstigen, wenig invasiven und dabei doch recht aussagekräftigen Untersuchung (d.h. Befreien des Abdomens) klagt mir die Patientin dann noch beiläufig ihr Leid bezüglich ihres Nabels: seit Jahren käme da manchmal so weisses krümeliges Zeug raus, manchmal fliesse es auch richtig. Bei der Inspektion und vertieften Exploration des Problems (des Nabels) stosse ich dann auf eine nicht enden wollende Ansammlung von Detritus in demselben.

Der Arme war vermutlich seit seiner frühen Kindheit nie mehr gereinigt worden! Etwa 20 Minuten später ist das Größte erledigt und ich

muss meine Meinung bezüglich Messung des Bauchumfangs revidieren: von wegen «nicht invasiv»!

Danach hat meine Assistentin eine beidseitige Ohrspülung bei einem älteren Herrn wegen des Verdachts der Ehefrau, er höre «nimmer so guat». Der Inhalt des Gehörgangs ähnelt einem Steinbruch, vermutlich ist auch hier schon länger nicht «geschürft» worden. Das Hörvermögen hat sich nachher schlagartig verbessert. (Cui bono?)

Gegen halb neun der erste Notfall am Telefon: ein zwei Tage zuvor aus dem Strafvollzug entlassener junger Mann möchte nur schnell Temesta abholen, er brauche das dringend, und sein Hausarzt sei in den Ferien. Man solle es ihm zurecht machen, er käme es dann nachher schnell mit dem Taxi holen. Auf die Information durch meine Assistentin, dass dies (wenn überhaupt) keinesfalls ohne ein ärztliches Gespräch gehe, wird auf Wunsch des Anrufers ein Termin für 10.00 Uhr vereinbart.

Der reguläre Praxisbetrieb läuft weiter, der für den jungen Mann auf 10.00 reservierte Termin verstreicht ungenutzt. Das heisst für *ihn* ungenutzt, ich bin froh um die kurze Lücke und kann rasch einige Telefone erledigen und meinen Glukosespiegel heben.

Ansonsten laufen auf dem «Dienst-Handy» einige Anfragen ein, die gleich am Telefon erledigt werden können, notfallmässige Hausbesuche sind an diesem Morgen keine nötig. Jedoch eine (ausnahmsweise nur) telefonische Spitalweisung: der Sohn einer älteren alleinstehenden Dame, die bereits am Vortag vom diensthabenden Kollegen wegen eines Sturzes in der Nacht zuvor besucht werden musste, ruft an, die Schmerzen in der Leiste hätten sich verschlimmert, sie könne nun nicht mehr aufstehen. Bei seiner Mutter sei eine Osteoporose bekannt, zudem sei es vor drei Monaten bereits durch einen Sturz zu einer Schambeinastfraktur gekommen. Die alte Dame muss also sicherlich geröntgt werden, wenn sie nun nicht einmal mehr aufstehen kann. Ein nochmaliger Hausbesuch würde weder therapeutisch noch diagnostisch wesentlich neue Aspekte liefern, so spare ich der Krankenkasse die Kosten für einen notfallmässigen Hausbesuch, der Patientin eine zeitliche Verzögerung bis zur Hospitalisierung und mir ein Chaos in der Terminplanung. Ich weise

Korrespondenz:
Dr. med. Susanne Zurfluh
Eichenstrasse 15
CH-9303 Wittenbach

sie mit der Verdachtsdiagnose Schenkelhals- oder Schambeinastfraktur bei bekannter Osteoporose und St.n. Sturz telefonisch ins Kantons- spital ein. Via Sanitätsnotrufzentrale wird der Transport der nicht gehfähigen Patientin auf die Zentrale Notfallstation organisiert, wo der dienst- habende Orthopäde die weiteren Abklärungen veranlassen wird. Es folgt noch die Anmeldung beim selben, und weiter geht's.

Die nächste Notfallpatientin ist eine fernöst- liche junge Dame, 27jährig, mit Schweizer Ehe- mann. Die Patientin lebt schon länger in der Schweiz und ist, abgesehen vom aktuellen Pro- blem, gesund. Seit wenigen Tagen schon besteh- en Blähungen und Völlegefühl, seit der letzten Nacht mehrmals wässrige unblutige Diarrhöe, je- doch ohne eigentliches Krankheitsgefühl, ohne Fieber. Bei (ausser leichter Dehydratation und diskreter Druckdolenz epigastrisch und im Un- terbauch) unauffälligem Untersuchungsbefund, bei stabilen Kreislaufparametern und gutem All- gemeinzustand Entscheid zur Abgabe von Loper- amid ohne weitere Abklärungen. Anweisung, vor allem viel zu trinken und sich bei allfälliger Verschlechterung nochmals zu melden.

Der nächste Notfallpatient kommt mit ähn- licher Geschichte, auch er ein junger Patient (28 J.), der seit der Rückkehr von einem Spanien- aufenthalt vor vier Tagen an einer nun seither persistierenden Diarrhöe leidet. Diese war an- fangs von Fieber begleitet und ist nun seit heute morgen offensichtlich blutig. In der letzten Nacht traten erstmals auch heftige Bauch- krämpfe auf. Die klinischen Untersuchungs- parameter sind fast identisch mit denen der vo- rigen Patientin (erstaunlicherweise gibt er bei Palpation des Abdomens nur eine leichte Druck- dolenz an), die Anamnese ist jedoch völlig ver- schieden. Diesem Patienten verordne ich bei Vd.a. eine invasive Enteritis nach Abnahme einer einmaligen Stuhlkultur auf Jersinien, Cam- pylobacter, Salmonellen und Shigellen ein TMP- SMZ-Präparat für 3 Tage. Die Stuhlkultur wird einige Tage später das Vorliegen eines Campylo- bacter-Infektes nachweisen.

Kurz nach 12.00 Uhr können wir den Ruti- nebetrieb pünktlich beenden, ich mache mich noch rasch an einige Vertreterbriefe an ferien- halber abwesende Kollegen, die ich vertrete. Die Praxisassistentin hat nun Feierabend und ich muss das Handy wieder selber bedienen. Wie ich so am Schreiben bin, bekomme ich den nächsten Notfallanruf: eine Dame mittleren Alters mit seit längerem bekanntem Bandscheibenproblem hat neben den ihr bekannten Schmerzen am latera- len Bein nun auch ein leichtes Kribbeln am latera- len Unterschenkel, und (halb vorwurfsvoll),

erkältet sei sie auch! Ich erkläre ihr, dass bez. des Kribbelns ausser suffizienter Analgesie nicht mehr getan werden könne (nein, sie habe heute noch nichts gegen die Schmerzen genommen), sie sich aber bei Auftreten von etwaigen Läh- mungserscheinungen nochmals melden müsse. Hinsichtlich ihrer (am Telefon übrigens kaum bemerkbaren) Erkältung verweise ich sie auf ihre vermutlich gut bestückte Hausapotheke.

Gegen 13.00 Uhr, ich möchte gerade die Pra- xis verlassen, erreicht mich der nächste «Notfall» am Telefon: ein junger Mann, der anscheinend eruptionsartig Ceruminalpfropfe in den Ohren entwickelt hat, wünscht, nein, verlangt eine Oh- renspülung. Ich verweise ihn auf den Montag und an seinen Hausarzt. Hätte er sich am Vor- mittag gemeldet, wäre die Ohrspülung in der Praxis kein Problem gewesen. Alleine und mit ständig klingelndem Handy ist dies jedoch ein etwas unverhältnismässiges Unterfangen, zumal ich nachher den Raum für die evtl. nochmals nötige Benutzung während dieses Dienstes wie- der in Ordnung bringen muss (die Putzfrau hat heute keinen Dienst).

Kaum zu Hause angekommen und ein paar Kalorien aufgenommen, geht ein Anruf eines Städtischen Alters- und Pflegeheims ein: eine Pensionärin sei am Morgen gestolpert und habe sich dabei eine Wunde am Hinterkopf zugezo- gen. Man habe einen Verband gemacht, aber es blute immer wieder durch. Auf Nachfrage er- fahre ich, dass die Dame Aspirin cardio ein- nimmt. Die Wunde sei etwa 2,5 bis 3 cm lang. Man habe schon einen Druckverband angelegt. Auf genaue Nachfrage diesbezüglich lässt sich bei Schilderung dieses Verbandes aber keine druckverstärkendes Element erkennen. Man hatte einfach eine zirkuläre Gazebinde angelegt. Ich ordne einen, tja, eben, Druckverband an mit kompletter gewickelter Verbandrolle als Kom- pressionsverstärkung. Wenn's nicht hilft, bitte ich um erneuten Anruf. Auf telefonische Rück- frage meinerseits eine gute Stunde später erfahre ich von einer höchst zufriedenen Schwester dort, dass es nun gut sei. Sie bedankt sich über- schwenglich, ein richtiger «Aufsteller»!

Nun ist es erst einmal eine Weile ruhig, wie oft am frühen Nachmittag. Später braucht eine Anruferin Antibiotikum für eine Zystitis bei ihrem Ehemann. Er ist pflegebedürftig und es sei soeben mit seinem Hausarzt telefonisch so be- sprochen, sie bräuchte von mir nur das Medika- ment. Wir verabreden uns in der Praxis, wo ich ohnehin einen Termin mit einem weiteren Not- fallpatienten vereinbart habe. Es handelt sich hierbei um einen 24jährigen Mann, welcher seit 1–2 Tagen unter mässigen Halsschmerzen leidet,

seit heute morgen beunruhigt ihn ein bewegungsabhängiger Schmerz und eine Schwellung am seitlichen Halsbereich. Im Status findet sich beim afebrilen Patienten eine leichte Rachen- und Tonsillenrötung ohne Stippchen, Zunge leicht belegt. Beidseits zervikal taste ich einige bis 0,5 cm mässig dolente Lymphknoten, einer davon direkt unter dem M. sternocleidomastoideus, was den bewegungsabhängigen Schmerz erklärt. Hinweise für einen abszedierenden Prozess oder ähnliches finden sich nicht. Da die bisherige Selbstmedikation mit einem NSAR, wie er mir erst jetzt berichtet, eigentlich gut angesprochen hatte, wird der Patient mit diesem weiterbehandeln und daher ohne Medikamentenabgabe verabschiedet.

Nun ereilt mich jedoch das Schicksal. Dies in Gestalt des Telefonanrufs einer aufgeregten Italienerin, die für eine Mitbewohnerin im Block anrufe. (Hinweis für den geneigten Leser: es wird jetzt etwas komplizierter.) Es geht dabei um eine etwa 60jährige Italienerin, die auch im Block wohne, mit der sie ansonsten aber keinen weiteren Kontakt habe. Wegen sprachlicher Probleme helfe sie jedoch manchmal aus, die «Zielperson» spricht kein Deutsch. Aber sonst, wie gesagt, habe sie keinen Kontakt mit ihr. Die Sachlage ist folgende: besagte Dame, nennen wir sie Frau G., wolle ins Spital wegen Kopfschmerzen oder Schwindel, aber so genau wisse sie auch nicht. Sie selbst habe nun beim 144 angerufen und dort habe man ihr gesagt, es müsse zuerst einmal der diensthabende Notfallarzt nachschauen. Und nun habe sie eben bei mir angerufen. Ich erfrage die genaue Adresse von Frau G. und verabrede mit der Anruferin, dass ich sie im Bedarfsfall, d.h. bei Verständigungsproblemen, nochmals anrufen darf, sie komme dann dazu. (Ich selber bin leider des Italienischen nur fragmentarisch und hier v.a. kulinarisch mächtig.) Öffnen werde mir eine weitere italienische Frau, die nun bei der Patientin sei.

Ich finde in dem etwas verzwickten Viertel (und lebhaftem Verkehr, es ist gerade OFFA, ein überregionales Frühlingsfest, d.h. *das* überregionale Frühlingsfest ...) schliesslich den Wohnblock und gehe, meinen Koffer in der Hand, behertzt auf die Eingangstüre zu. Dabei bin ich schon längst ins Visier einer aufmerksamen Beobachterin geraten, die, weit aus dem Fenster gelehnt, aus einem der oberen Stockwerke herunterruft, ob ich wegen Frau Soundso käme. Ich besinne mich auf meine Schweigepflicht und marschiere weiter auf das Haus zu.

In der Wohnung der Patientin öffnet mir eine beflissene italienische Dame, ebenfalls in den 60ern, und führt mich zu Frau G., die mit vor-

erst noch geschlossenen Augen und vorerst noch ruhig in ihrem vorerst noch abgedunkelten Schlafzimmer im Bett liegt. Eine Kommunikation über die gegenseitige Kenntnisnahme hinaus ist trotz der freundlichen Unterstützungsversuche der anwesenden Dame vorerst nicht möglich, immerhin schaffe ich es, dass in dem dunklen Zimmer Licht gemacht wird. Die Erhebung einer Anamnese oder gar eines Status gestaltet sich äusserst schwierig, die Patientin will ins Spital (soviel verstehe ich) und verweigert ansonsten jede Form der Kommunikation mit abwehrenden Handbewegungen. So muss ich nun ein weiteres Telefon tätigen, um die «Alarmiererin» zu Hilfe zu bitten. Inzwischen schaffe ich es, die Patientin auf den Bettrand sitzen zu lassen und wenigstens einmal den Blutdruck zu messen, begleitet von lautem und lebhaftem Gestikulieren und «Mamma mia»-Rufen. Einzig, dass sie ins Spital wolle, ist konsistent erkennbar. Der Blutdruck liegt bei 190/100, trotz eines Antihypertensivums, das sie mir heftig wedelnd vor die Nase hält. Ob und wie regelmässig es eingenommen wurde, kann leider nicht eruiert werden. Die Erhebung einer Anamnese ist auch trotz der eifrigen Unterstützung der «Dolmetscherin» nicht möglich, Frau G. antwortet schlicht auf keine der gestellten Fragen. Sie schwankt dafür, immer noch sitzend, heftig mit dem Oberkörper hin und her, schlägt sich abwechselnd mit beiden Händen gegen den Kopf und ruft dabei wehklagend mir unverständliche Sätze aus, deren Übersetzung im allgemeinen Tumult untergehen. Vermutlich hätten sie mir auch nicht weitergeholfen. Das einzige, was ich in Erfahrung bringen kann, war, dass sie heute Kopfschmerzen habe, ihr schwindelig sei und sie am Vormittag zweimal erbrochen habe. Es könnte dies eine Migräne, eine hypertensive Krise, im schlimmeren Fall jedoch ein akutes zerebrales Ereignis sein. Die Patientin hat erbrochen, ist hypertensiv und psychisch doch etwas alteriert. Und sie ist mir (wie ja regelhaft im Notfalldienst) unbekannt, was die klinische Beurteilung insbesondere bei psychischen Auffälligkeiten erschwert.

Die Situation spitzt sich weiter zu, als es abermals an der Tür klingelt und unerwartet zwei Sanitäter des Rettungsdienstes vor der Tür stehen, die geschickt worden waren, die Dame abzuholen. Dies, nachdem in der Sanitätsnotrufzentrale nunmehr sechs (!) Anrufe bezüglich besagter Frau G. eingegangen waren. – Der Doktor käme ja nicht –. (Anmerkung: vom Anruf der Alarmierenden bis zu meinem Eintreffen in der Wohnung der Patientin waren maximal 25 Minuten vergangen, dies inklusive 8 km Anfahrt ohne GPS in ein verzwicktes Quartier voller meist

heimkehrender Jahrmarktsbesucher). Und inklusive eines Telefons während der Anfahrt, auf das ich noch zurückkommen werde.

Nachdem nun das «144» schon im Hause war und weder eine nähere Untersuchung noch Anamneseerhebung im dortigen Umfeld möglich waren, beschlossen wir (d. h. die beiden Rettungssanitäter und ich), die Frau zur weiteren Abklärung ins Kantonsspital zu bringen. Dies zum einen wegen der unklaren Diagnose, zum anderen aufgrund des zuvor ja wiederholt geäußerten Wunschs der Patientin, sie wolle «in ospedale». Zum dritten: wenn ich sie nun nicht hospitalisiere, würde dies die versammelte Hausgemeinschaft vermutlich innerhalb der nächsten 60 Minuten durch weitere Anrufe bei der Rettungsleitstelle erzwingen.

Frau G., eben noch kaum zu bändigen, hat sich mittlerweile wieder samt Morgenrock ins Bett gelegt, die Bettdecke unter das Kinn gezogen und zuvor das Licht gelöscht. Es gelingt dennoch, sie zum Mitfahren zu bewegen und sie kommt, links und rechts begleitet von den Sanitätern, motorisch unauffällig und vor sich hin schimpfend zu Fuss mit zum Rettungswagen. Auf dem Weg aus der Wohnung hinaus gibt mir die ältere italienische Dame, die mich vorhin eingelassen hatte, zu verstehen, dass sie sonst wenig Kontakt zu Frau G. habe und erzählt mir noch einiges. Ich glaube zu verstehen, dass es sich u. a. um eine Waschküchenproblematik handeln muss.

Um den Kollegen im Spital auf die gerade in den Rettungswagen einsteigende Patientin vorzubereiten, muss ich mich via Telefonzentrale des Kantonsspitals mit dem diensthabenden Mediziner verbinden lassen. Ich schildere diesem die Situation, sage ihm, dass eine hypertensive Blutdrucklage bei vorbestehender Hypertonie bestehe, die Patientin über Schwindel und Kopfwelklage, heute zweimal erbrochen habe und nun sich in einem alterierten Zustand befinde, eine nähere Untersuchung gegenwärtig aber nicht möglich sei. Eine Einweisung sei zur Diagnosestellung, ob es sich um ein somatisches oder primär extrasomatisches Problem handle, nötig. Er fragt (im Ernst!), was denn mein Auftrag an ihn sei. Ich gebe ihm eine Antwort und mache mich auf den Heimweg.

(P.S. Ich werde später erfahren, dass die Patientin noch am gleichen Abend per FFI in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste).

Kaum im Auto, meldet sich wieder mein Handy. Dran ist ein junger Mann, der mich bereits vorhin auf der Anfahrt zu Frau G. im Auto angerufen hatte. Er hatte mir dort berichtet, dass

er an Depressionen leide und heute vormittag versucht habe, sich umzubringen (sic!). Da ich in Zeitdruck gewesen war (unterwegs zu Frau G.), hatte ich ihn an den diensthabenden Psychiater verwiesen und ihm die entsprechende Handy-Nummer gegeben. Insgeheim schloss ich dabei für mich selber Kalkulationen an, wie lange es wohl bis zum nächsten Anruf des Patienten bei mir gehen sollte ...

Und hier kam er nun, knapp eine Stunde später (ich hatte mit weniger gerechnet, immerhin!). Also, es sei so: die Nummer, die ich ihm gegeben hatte, also die vom Psychiater, er habe dort angerufen. Aber der habe ihm gesagt, er sei bei ihm nicht zuständig, er kenne ihn, den Anrufer, ja gar nicht, und könne ihn daher auch nicht so recht einschätzen (!). Und er solle sich doch wieder beim Notfallarzt melden. Ich frage nochmals nach, ob er dem Psychiater von seinem Suizidversuch berichtet habe. Ja, das habe er ihm gesagt. Da ich nun vom Patienten auf Nachfrage erfahre, dass er bereits früher in der Psychiatrischen Klinik XY gewesen war und auch schon heute mit einer Ärztin dort gesprochen hatte, bitte ich ihn (in der Annahme, dass die diensthabende Ärztin dort den Patienten wohl würde «einschätzen» und das Entsprechende in die Wege leiten können), sich nochmals dort zu melden. Anmerkung: er hatte sich mit einem Fön in die Badewanne gesetzt, aber «es» hat dann «irgendwie nicht geklappt».

Ich bin bereits wieder in Zeitdruck: ich habe einen Termin in der Praxis mit dem Ehemann einer mir unbekanntem Patientin mit chronischem Schmerzproblem, welches zu eruieren am Telefon bereits etwa 20 Minuten gedauert hatte. (Seit wenigen Tagen läuft die Umstellung von einem oralen Opioid auf Fentanyl-Pflaster.) Nun also soll er um die vereinbarte Zeit (also jetzt) in der Praxis Medikamente abholen kommen.

Kaum habe ich dem Mann in der Praxis die Medikamente samt Instruktionen abgegeben, läutet wieder das Handy. Es ist diesmal ein Anruf von ausserhalb, ein Freund des «Beinahe-Suizidanten», der mich bittet, doch für seinen Freund in der Klinik XY anzurufen. Sein Freund wolle gerne in die Klinik, aber das sei nicht möglich ohne ein ärztliches Einweisungsschreiben. Sonst gehe es nicht.

Nachdem sich meine Kiefersperre wieder gelöst hatte, nehme ich nochmals Kontakt mit dem Patienten auf: ja, es sei wirklich so, ohne ärztliches Einweisungsschreiben nehme man ihn dort nicht auf.

Auf nochmalige Nachfrage bestätigt mit der jungen Mann nochmals, dass er eine stationäre Aufnahme wünsche, er möchte «mehr Schutz»

vor seinen Gedanken und Handlungen. Da ich unter diesen Umständen keine Veranlassung sehe, nun nachts gegen 23.00 Uhr einen Brief zu schreiben, um einen depressiven Patienten mit Suizidgedanken und einem bereits stattgefundenen Tentamen auf eigenen Wunsch in einer psychiatrischen Klinik anzumelden, starte ich ein weiteres Telefon und schaffe es doch nun tatsächlich ohne ein Einweisungsschreiben, den armen Kerl dort anzumelden. Der diensthabenden Ärztin tut die ganze Sache sehr leid, aber man habe halt auch seine Weisungen, und das schütze (die Klinik?) vor Missbrauch (durch wen?), aber ausnahmsweise gehe es nun natürlich auch so. Kurz nach 23.00 Uhr kann ich dann endlich den Patienten wieder anrufen und ihm mitteilen, dass er eintreten kann. Er wird gleich nach unserem Telefonat Kontakt mit der Klinik aufnehmen und ist sehr erleichtert.

Eine kurze Bemerkung: hätte dieses Telefon in der psychiatrischen Klinik nicht vielleicht auch der «Notfallpsychiater» führen können? Die ganze Aktion hätte dann gute 4–5 Stunden früher durchgeführt werden können! Der tiefere Sinn eines psychiatrischen Hintergrunddienstes vermochte sich mir auch in diesem Dienst wieder nicht zu erschliessen.

Und wie wäre es eigentlich um unsere somatisch orientierte Notfallmedizin bestellt, wenn sie zum «Schutz» (von wem und vor wem?) z. B. einem Patienten mit dringendem Verdacht auf akutes koronares Geschehen und drohendem Unheil die Aufnahme in eine Akutstation ohne ärztliches Einweisungsschreiben verwehren würde?

Nun, endlich daheim, bleibt mein treues Handy nicht lange müssig: der nächste Anrufer ist ein junger Mann (Anfang zwanzig), der sich Sorgen macht um seine Freundin. Sie sei heute nicht so «zwäg» gewesen, habe leichte Kopfschmerzen und Temperatur von 37,6°, nun sei sie früh schlafen gegangen. Soeben (!) habe ihn nun die Mutter der jungen Dame angerufen, weil sie gerade etwas in der Zeitung gelesen habe wegen Meningitis. Und ob er sie jetzt auf den Notfall bringen könne. Auf nähere Nachfrage sind per Fremdanamnese ausser den bereits erwähnten keine weiteren Symptome eruierbar, insbesondere keine neurologischen Auffälligkeiten, auch keine Verschlechterung des Zustandsbildes über den Tag. Er lässt sich nicht beruhigen, und so sage ich ihm, er solle die Freundin wecken. Man hört am Telefon eine adäquate Reaktion, wie man sie von einem neurologisch Gesunden erwartet, der ohne Grund aus dem Tiefschlaf geweckt wird. Sie knurrt und flucht.

Ich erkläre ihm nun am Telefon, dass Kopfschmerzen und leichtes Fieber sehr unspezifische Symptome seien, und ausser bei Meningitis auch bei zahlreichen weiteren und zumeist banalen Infekten auftrete. Wenn es ihn beruhige, könne er sie ja in der Nacht jede Stunde einmal versuchen zu wecken und mich bei etwaigen Auffälligkeiten noch mal anrufen. (Ja, das werde er machen).

Anmerkung: Um das (von den Medien geweckte?) Sicherheitsbedürfnis einigermaßen zu befriedigen, hätte man vermutlich an diesem Tag nur in «meinem» Einzugsgebiet mindestens 100–200 Personen mit «Vd.a. Meningitis» hospitalisieren können...

Weitere Anmerkung: ich habe diese telefonische Konsultation ab etwa 23.30 Uhr, die um die 20 Minuten in Anspruch nahm, nicht verrechnet. Wem hätte ich die Rechnung auch stellen sollen: Der «Patientin»? Dem Anrufer? Der Mutter? Der Presse?

Gegen 24.00 Uhr dann der nächste und letzte Anruf (Hippokrates hat ein Einsehen). Ein der Stimme nach kräftiger, vitaler junger Mann. Er habe heute morgen schon Rückenschmerzen gehabt und deswegen dann ein Voltaren genommen. Das habe ihm auch gut geholfen. Dann sei er am Abend mit Kollegen auswärts essen gewesen und nun habe es ihm wieder «was eingeklemmt». Auf die Frage, ob er schon selber etwas unternommen habe, gibt er an, ein Voltaren genommen zu haben. Aber das wirke ja nicht. Und jetzt solle ich kommen, man müsse was unternehmen. Ich frage ihn, wann die Einnahme erfolgt sei, er studiert die Zeit und gibt schliesslich zur Antwort: vor zehn Minuten. Ich bin (zugegeben) etwas ungehalten und erkläre ihm kurz die Wirkzeiten der unterschiedlichen galenischen Zubereitungen, nämlich, dass eine Tablette in der Regel eine gewisse Verzögerung im Wirkungseintritt habe. Eine Spritze wirke sicher etwas schneller, aber bis ich bei ihm gewesen wäre (es wäre eine Anfahrtsweg von mindestens 10 km gewesen, nebst Rechnung für einen Nachteinsatz an die Krankenkasse), würde auch das von ihm bereits eingenommene Voltaren schon wirken. Er solle sich jetzt ins Bett legen und die Wirkung abwarten und sich ansonsten frühestens in einer halben Stunde wieder bei mir melden.

Er hat nicht mehr angerufen.

Quintessenz dieses Notfalldienstes: viel Telefon, Unmengen geredet, viel Psychiatrie, wenig Medizin.

Vielleicht war's auch einfach – *ein Tag zum Verrücktwerden?*