

# Eine Nacht Notfalldienst im Spital

M. E. Liechti

In zahlreichen Spitalern wird von jungen Ärzten in Ausbildung nachtsüber Notfalldienst geleistet. Der Nachtassistent verfügt meist über nur wenige Jahre medizinischer Erfahrung. In der Nacht arbeitet er nicht selten erstmals selbständig und ohne Supervision. Der Umgang mit der eigenen Unsicherheit bei Diagnose und Therapie wird zum zentralen Thema.

Das Schwerpunktspital Limmattal versorgt die umliegenden Gemeinden des Limmattal- und Furttales. Der internistische Assistenzarzt betreut sechs Stationen mit insgesamt 75 Betten (Auslastung 93% im 2000), das angegliederte Pflegezentrum, durchschnittlich zwei medizinische Patienten auf der Intensivstation und, gemeinsam mit dem chirurgischen Assistenten, die interdisziplinäre Notfallstation für ambulante und stationäre Patienten.

Was tut der medizinische Spitalnachtsarzt und welche Fragen beschäftigen ihn im Notfalldienst? Anhand kurzer Fallbeispiele wird eine Nacht an einem Werktag im März 2002 beschrieben.

- 19.45: Übergaberapport mit dem IPS-Arzt. Aktuell keine medizinischen Patienten auf der IPS.
- 20.00: Übergaberapport mit der Tagesärztin. Die medizinische Klinik hat keine freien Betten mehr. Es ist ruhig auf der Notfallstation – eine Seltenheit. Zeit um die Ärztezeitung zu lesen – nein, ein erster Patient kommt.

## Kasuistiken

- 20.00: 50j. m. Seit einem Tag tiefsitzende Rückenschmerzen nach «Zwick» im Rücken vor einer Woche. Ausstrahlung ins rechte Gesäss.  
**Objektiv:** Keine neurologischen Ausfälle. Lordosierung schmerzhaft.  
**Beurteilung:** Akutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom.  
**Prozedere:** Voltaren, Tramal, Valium bei Bedarf. Entlassung.
- 20.05: 16j. m. Ein Schweizerdeutsch sprechender, bleicher Mazedonier kommt mit sechs Familienmitgliedern. Vor zwei Tagen Notfallkonsultation in der Nacht bei mir.

Damals epigastrischer Nüchternschmerz seit einer Woche und einmalig schwarz erbrochen. Hb 12,4 g/dl. Eine Gastroskopie wäre für den morgigen Tag geplant gewesen. Aktuell Übelkeit und Schwäche.

**Objektiv:** Hb 9,9 g/dl, schwarzer Stuhl am Fingerling.

**Beurteilung:** Obere GI-Blutung.

**Prozedere:** Der Gastroenterologe ist noch im Hause. Die Notfallgastroskopie zeigt reichlich altes Blut und ein florides, grosses postpylorisches Ulcus duodeni. Unterspritzung mit Adrenalin. Der Patient erbricht und würgt. Eine Notfallschwester, die diensthabende internistische Oberärztin und ich helfen mit (unterdessen füllt sich die Notfallstation). Verlegung auf die IPS, Kontrollgastroskopie am nächsten Tag.

**Fragen:** Hätte man diesen Patienten schon vor zwei Tagen gastroskopieren sollen? Ja, meint der Gastroenterologe, bei V.a.-Blutung sollte schon am nächsten Tag, nicht erst nach zwei Tagen eine Gastroskopie erfolgen.

- 20.40: 3j. w. Italienischsprechende Eltern. Vor fünf Tagen Konsultation im Kinderspital wegen Konjunktivitis links. Gestern erfolgte wegen Husten und Fieber eine erneute Konsultation im Kinderspital. 40 Grad Fieber trotz Paracetamol-Suppositorien. Bisher keine Blutuntersuchung.

**Objektiv:** Grosse gerötete Tonsillen. Der Versuch, einen Abstrich vorzunehmen endet mit Geschrei.

**Beurteilung:** Tonsillitis, DD viral, bakteriell.

**Prozedere:** Überweisung ans Kinderspital zur Beurteilung und kapillären Blutentnahme (bei uns in der Regel nur venöse Blutentnahmen).

**Fragen:** Sollten Kleinkinder ohne Erstbeurteilung (die mit Wartezeit und Konsultationskosten verbunden ist) direkt an Kinderkliniken weiter gewiesen werden?

- 21.05: 53j. m. Italienischsprechender Patient. Seit einigen Stunden retrosternale und abdominale Schmerzen. Viermalig Durchfall. Fundoplicatio vor drei Monaten. Die Oberärztin kommt zufällig vorbei: «In diesem Alter immer an etwas Kardiales denken!».

Korrespondenz:  
Dr. med. Matthias E. Liechti  
Assistenzarzt  
Medizinische Klinik  
Spital Limmattal  
Urdorferstrasse 100  
CH-8952 Schlieren

- Objektiv:** Normales EKG, normales Routine-labor, normale Herzenzymwerte, vermehrte Darmgeräusche, Besserung der epigastrischen Beschwerden nach Gabe eines Antacidums.  
**Beurteilung:** V.a. Refluxbeschwerden, V.a. Gastroenteritis.  
**Prozedere:** Nexium, Patient hat bereits einen Termin für den nächsten Tag beim Hausarzt.  
**Fragen:** Komplikationen einer Fundoplicatio? Ist die Manschette zu eng? Könnte man sich bei klinisch geringem Verdacht die Bestimmung der kardialen Enzyme sparen?
- 21.15: 55j. w. Albanischsprechende Patientin. Der Sohn übersetzt. Seit einem Tag Halsschmerzen und Müdigkeit. Heute Konsultation des Hausarztes und Therapie mit Paracetamol.  
**Objektiv:** Fieber 40 Grad. Grosse rote Tonsillen mit Stippchen rechts. Lc 12.1 G/l, CRP 92 mg/l, positiver Nachweis von Streptokokken Gruppe A im Schnelltest.  
**Beurteilung:** Angina tonsillaris.  
**Prozedere:** Amoxicillin für zehn Tage.  
**Fragen:** Soll nach zwei bis drei Wochen eine Urinuntersuchung erfolgen? Die Oberärztin meint, eine Therapie für fünf Tage sei ausreichend. In der Literatur steht zehn Tage. Was gilt?
  - 21.15: 59j. w. Zuweisung via Hausarzt, nachdem ein heute wegen Dyspnoe veranlasstes CT keinen Hinweis auf Lungenembolien ergeben hat. Nun brauche es eine Ergometrie. Gestern normales EKG und normale Herzenzymwerte. Zu Hause erneut retrosternales Klemmen, Dyspnoe und Angst.  
**Objektiv:** Sehr verängstigte Patientin, erneut unauffälliges EKG, Herzenzyme im Norinbereich.  
**Beurteilung:** Hyperventilation DD hyperventilations-assoziierte vasospastische Angina.  
**Prozedere:** Beruhigende Worte, Temesta, Schlafen auf dem Notfall, wo der Arzt in der Nähe ist ... (und bei Fehlen freier Stationsbetten).  
**Fragen:** Die Dame hat Angst, und wir nehmen sie gerne auf. Aber, soll man schon wieder diese teuren Enzyme bestimmen?
  - 22.00: Die Notfalltagesärztin geht nach Hause. Sie hat die tagsüber angefallene administrative Arbeit auf die Abendstunden aufgeschoben und musste noch Berichte schreiben.  
**Fragen:** Wie ausführlich muss die ärztliche (Notfall-)Handlung schriftlich dokumentiert werden? Soll der Notfallassistentarzt dies selber zu später Stunde tun oder die Berichte diktieren können?
  - 22.30: 33j. m. Kommt mit Eltern. Seit einem Tag Fieber bis 40 Grad und Husten. Gestern Beurteilung durch den Hausarzt. Heute Konsultation des Hausarztes der Mutter und Diagnose einer Bronchitis. Beginn mit Amoxicillin/Clavulansäure. Schon vorher dreimaliges Erbrechen ohne Durchfall.  
**Objektiv:** Normale Lungenauskultation, CRP 33 mg/l, Lc 7 G/l. Im Urin mässig dysmorphe Ec.  
**Beurteilung:** V.a. grippalen Infekt.  
**Prozedere:** Stoppen der Antibiotika. Antiemetikum. Kontrolle beim Hausarzt in einigen Tagen. Kontrolle des Urins.  
**Fragen:** Wer bekommt Antibiotika und mit welcher Begründung?
  - 23.00: 36j. m. Schlecht deutschsprechender türkischer Patient. Ziehen um die Brust und linksseitig atemabhängige dorsale Thoraxschmerzen nach Grippe vor zwei Wochen.  
**Objektiv:** Afebril. Normale Herzlungenauskultation. Druckdolenz unterhalb der linken Skapula. Normales EKG. Verzicht auf Labor-diagnostik.  
**Beurteilung:** Unklare thorakale Schmerzen DD Pleuritis, muskuloskeletal.  
**Prozedere:** Mefenaminsäure, Verlaufskontrolle beim Hausarzt.  
**Fragen:** Sind alle potentiell gefährlichen Diagnosen ausgeschlossen?
  - 24.00: Die Oberärztin erkundigt sich telefonisch, ob alles in Ordnung sei.
  - 01.00: 20j. m. Zuweisung eines komatösen Rekruten mit Erbrechen nach Alkoholexzess durch den Kasernenarzt. Wird mit Ambulanz gebracht.  
**Objektiv:** GCS 9. Keine fokalneurologischen Ausfälle. Als Antwort auf Schmerzreiz kommt zackig die Antwort: «Hier». Der Urin für ein Drogenscreening geht in die Hosen.  
**Beurteilung:** Akute Ethylintoxikation.  
**Prozedere:** Überwachung. Am nächsten Morgen Abtreten in nüchternem Zustand. Das weitere Prozedere überlassen wir den zuständigen Stellen ...

- 03.45: 55j. m. Zuweisung durch den externen Notfallarzt. Um 02.30 Uhr akute rechtsseitige atemabhängige Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Skapula. Thrombophlebitis links seit fünf Tagen.  
**Objektiv:** Afebril. Massive Varikosis der V. saphena magna beidseits, Thrombophlebitis links. Pleurareiben in der Lungenauskultation rechts. CRP 15 mg/l, Lc 13,5 G/l, d-Dimere nicht erhöht. Im Thoraxbild Infiltrat rechts anterobasal.  
**Beurteilung:** V.a. Lungenembolie mit Infarktpneumonie rechts.  
**Prozedere:** Fragmin in therapeutischer Dosierung. Aufnahme und CT-Thorax am Morgen zum Ausschluss einer Lungenembolie trotz negativer d-Dimere. (Das CT zeigte schliesslich keine Lungenembolien.)
  
- 04.00: 74j. m. Selbstzuweisung mit Ambulanz nach 30 Minuten dauernden retrosternalen Schmerzen. Leichte Besserung nach Gabe von Nitrospray, Morphium und Aspegic vor Ort. Bereits vor 14 Tagen analoge Schmerzen. Seit drei Wochen mehr Mühe bei Belastung. Bekannte kardiovaskuläre Risikofaktoren: Myokardinfarkt bei Brüdern, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie. Ergometrie und Echokardiographie waren in zehn Tagen geplant. Medikamente: Lopresor und Tiatral.  
**Objektiv:** Kardiopulmonal kompensierter Patient. BD 115/65 mmHg, Herzfrequenz 56/Min. Das EKG zeigt Q in den inferioren Ableitungen, keine ST-Streckenveränderungen. Cholesterin 5,1. Initial normale Herzenzymwerte.  
**Beurteilung:** Akutes Koronarsyndrom.  
**Prozedere:** Da kein IPS-Platz verfügbar ist, Monitorisierung auf der Notfallstation. Sauerstoff, Bettruhe, Heparin-Bolus, Aspirin, Fragmin in therapeutischer Dosierung, Selipran. Das Troponin war nach 6 Std. auf 6,6 micrg erhöht (no <0,4). Ergometrie respektive Koronarangiographie im Verlauf.
  
- 05.00: 82j. m. Ein polymorbider Patient von der Bettenstation klagt über retrosternale Schmerzen bei bekannter Angina pectoris. Besserung nach einer Sorbidilatkapsel.  
**Objektiv:** Das EKG zeigt einen alten inferioren Infarkt.  
**Beurteilung:** Angina pectoris bei bekannter KHK bei einem betagten Patienten.  
**Prozedere:** Keines.
  
- 06.00: 58j. w. Hobbyschwimmer mit Ohrenschmerzen rechts seit einem Tag.  
**Beurteilung:** Otitis externa rechts und Exostosen.  
**Prozedere:** Panotile Ohrentropfen.
  
- 08.00: Röntgen- und Übergaberapport
  
- 10.00: Zuhause, ein kurzer Blick in die Ärztezeitung: «Ein Tag Notfalldienst ... Greifen Sie zur Feder ...» Der Tag eines Spitalnachtarztes mit Notfalldienst: Schlafen, unterbrochen vom Geknatter eines Presslufthammers auf dem Asphalt. Südländisch klingende Zwischenrufe. Die Erinnerung, dass man einige administrative Verpflichtungen vergessen hat. Um 17 Uhr eine kurze Dusche vor dem nächsten Einsatz.

### Diskussion

Sobald die umliegenden Arztpraxen schliessen, wird die Notfallstation des Spitals zur vielbesuchten Anlaufstelle. Viele fremdländische Personen wohnen in der Gegend unseres Spitals – und sie suchen häufiger als einheimische Patienten das Spital auf. Nicht selten hatten Patienten gleichentags bereits einen Arzttermin oder verabschieden sich mit den Worten, sie gingen morgen ohnehin zu ihrem Hausarzt. Kommt es eventuell auch mangels sozialer Integration zur häufigen Arztkonsultation?

Es stellt sich die Frage wie Doppelspurigkeit und unnötige Kosten im Rahmen der Notfallbetreuung vermieden werden können. Wo kann ich es mir erlauben, den Patienten kurz zu untersuchen, um ihn dann an seinen Hausarzt zu verweisen? Ist eine Notfallstation der richtige Ort für eine Zweitmeinung? Wie weit muss ich als Spitalarzt mögliche Diagnosen mit teuren Zusatzuntersuchungen ausschliessen?

Oft sprechen unsere Nachtpatienten kein Deutsch. Sie sind aus der Türkei, Albanien, Kroatien ... Wie schliesse ich eine gefährliche Krankheit aus, wenn mir der Patient sein Leiden nicht schildern kann und ich ihn nicht kenne? Intuition? Kann ich mich als junger Arzt auf meine klinischen Fertigkeiten verlassen? Bei welchen Patienten muss ich z.B. die teuren kardialen Enzyme bestimmen und die MTRA aufwecken, damit sie ein Thoraxbild anfertigt?

Der Umgang des Assistenzarztes mit unklaren diagnostischen Situationen einerseits und die zur klinischen Diagnose zur Verfügung stehende Zeit andererseits haben unmittelbare Konsequenzen auf die Qualität und die Kosten der Patientenbetreuung. Der allzu Unsichere neigt dazu seine klinische Diagnostik durch teure zusätzliche Untersuchungen zu ergänzen (auch dort, wo dies nicht nötig wäre). Der allzu Sichere verpasst allenfalls die Diagnose einer Erkrankung, die sich erst in einer Zusatzuntersuchung zeigen würde. Auch muss jeder selbst entscheiden, zu welchem Zeitpunkt er die Unterstützung durch seine Vorgesetzten anfordern

will. Ein ausgewogener Umgang mit Unsicherheiten in Diagnostik und Therapie ist ein wichtiges Ausbildungsziel des jungen Notfallarztes. Mit zunehmender Erfahrung und ständiger Weiterbildung kann man dem Ziel einer umfassenden und gleichzeitig kosteneffizienten Patientenbetreuung schrittweise näherkommen.

### **Danksagung**

Ich danke Herrn Dr. J. Mathys, Assistenzarzt, Medizinische Klinik, Limmattalspital, für die Durchsicht des Manuskriptes.