

# Ein Tag Notfalldienst

H. Klauser

8 Uhr: Der Radiowecker schaltet an einem wolkenverhangenen Sonntag im Mai ein. Ich habe heute Notfalldienst für den Kanton Nidwalden, aufgrund von Jahreszeit und Wetter erwarte ich einen ruhigen Dienst. Im Einzugsgebiet wohnen etwa 35 000 Personen, Touristen sind heute wohl wenige unterwegs. Wenn ich nicht gerade auf eine Alp hinauf muss, so beansprucht der längste Weg maximal 30 Minuten. Das Kantonsspital Stans liegt zentral und bietet eine sehr gute Grundversorgung an. Ich bin Arzt für Allgemeine Medizin FHM mit Fertigkeitenschein in Manueller Medizin und habe seit 12 Jahren eine typische Allgemeinpraxis mit Labor, EKG, Röntgen und Selbstdispensation.

Zuerst kontrolliere ich telefonisch, ob die Polizei die Notfallarzt Nummer tatsächlich zu mir umgeschaltet hat. Dann kann ich in aller Ruhe mit der Familie das Frühstück einnehmen.

Um 9 Uhr wünscht eine Frau telefonisch eine Auskunft: Sie leidet an einer Entzündung im Halsbereich mit Lymphknotenschwellung, seit gestern nimmt sie das verschriebene Augmentin ein. Es gehe etwas besser, aber sie möchte wissen, ob sie trotz der Antibiotika ein Aspirin oder Ponstan gegen die Schmerzen einnehmen dürfe. Selbstverständlich ja.

Um 10 Uhr gehe ich zu Fuss in die Praxis, welche 200 m entfernt liegt; das Geschäftsauto steht in der Praxisgarage. Meine MPA-Schülerin ist soeben eingetroffen, sie ist im 2. Lehrjahr und wird bis 15 Uhr arbeiten. Dann erfolgt der Wechsel mit der diplomierten MPA, welche bis 20 Uhr arbeitet. Falls ich in der übrigen Zeit Hilfe brauche, so springt meine Frau ein, sie ist Krankenschwester mit einer MPA-Zusatzausbildung.

Die erste Patientin, 20jährig, leidet seit gestern an Husten, Hals-, Ohren- und Gliederschmerzen, dazu Schüttelfrost und Fieber bis 37,5 °C. Klinisch ein viraler Infekt mit Pharyngitis und Bronchitis. Keine Zusatzuntersuchungen. Therapie mit Lysopain-Lutschtabletten, Acetylcystein-Pulver 200 mg 3×1 und Ibuprofen 600 2×1. Da sie im Service arbeitet, braucht sie sofort ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Ich stelle es für 3 Tage aus; falls es dann noch nicht geht, soll sie sich bei Hausarzt melden.

Ein 18jähriger Bursche hat seit 4 Tagen Ohrendruck rechts, dazu Schwellungsgefühl und eine Hörverminderung. Keine stechenden Schmerzen, kein Schnupfen, afebril. Das rechte

Trommelfell ist eingezogen und leicht gerötet. Somit besteht eine leichte Otitis media rechts. Das sollte eigentlich ohne Antibiotika gehen. Therapie mit Triofan-Nasenspray und Ibuprofen 600 3×1.

Bei einer 60jährigen Frau wurde vor 10 Tagen eine laparoskopische Hernienoperation inguinal rechts durchgeführt. Seit 2 Tagen hat sie kalt, dazu etwas Husten, kein Fieber. Die Patientin erklärt, sie habe Angst vor einer Lungenzündung. Vor 2 Jahren war sie wegen einer Depression hospitalisiert und nimmt in letzter Zeit 1–2× täglich Lexotanil 1,5 mg. Bei der Untersuchung sind das Wundgebiet und das Abdomen unauffällig. Es bestehen keine Hinweise auf eine Thrombose, die Lungenauskultation ist unauffällig. Das CRP beträgt 10. Ich führe mit der Patientin ein kurzes beruhigendes Gespräch. Bei Abschied meint sie, ich solle dem Hausarzt ja nichts von ihrer Notfallkonsultation berichten, was ich selbstverständlich respektiere.

Bei einem 12jährigen, adipösen Knaben bestand vor einem Monat der Verdacht auf eine Inguinalhernie, welcher sich aber nicht bestätigte. Seit gestern hat er dumpfe Bauchschmerzen im linken Mittelbauch, er ist deswegen auch nachts erwacht. Stuhl und Miktion sind unauffällig, kein Erbrechen, afebril. Das Abdomen ist weich mit einer leichten Druckdolenz im linken Mittelbauch, keine Défense, normale Darmgeräusche, rektal unauffällig. Lunge und ORL sind reizlos. Urin unauffällig, CRP 10. Ich erkläre dem Patienten und seiner Mutter, dass die Ursache der Beschwerden nicht ganz klar ist. Sicher besteht nichts Gefährliches, wahrscheinlich eine virusbedingte Darmreizung. Er soll sich sofort melden, falls die Schmerzen akuter werden und falls sie innert 2–3 Tagen nicht verschwinden, so soll er sich zur weiteren Abklärung an den Hausarzt wenden.

Ein 7jähriges Mädchen hat das Kinn angeschlagen und sich eine 3 cm lange, klaffende Rissquetschwunde zugezogen. Es sträubt sich bereits bei der Inspektion der Wunde, schreit und schlägt aus. Ein «steri-strip» hält am Kinn sowieso nicht, also bleibt nur das Nähen, falls eine unschöne Narbe vermieden werden soll. Die Mutter möchte natürlich keine unschöne Narbe bei dem Mädchen. Ich erkläre, dass wir ohne weiteres nähen können, das Kind aber festgehalten werden muss. Die Eltern entscheiden sich fürs

Korrespondenz:  
Dr. med. Heinz Klauser  
Seestrasse 6  
CH-6375 Beckenried

Nähen. Ich habe selten ein Kind gehabt, dass sich derart gewehrt hat. Jedenfalls sind die Eltern danach schweissgebadet. Das Kind ist plötzlich ruhig. Was geht in ihm vor? Schämt es sich? Oder haben wir seine Integrität verletzt? Wie weit sollen wir gehen mit dem Festhalten um einer schönen Narbe willen? Die letzte Tetanusimpfung ist auch ein paar Monate älter als 5 Jahre, aber in Anbetracht der Situation akzeptiere ich das.

Das 16jährige Mädchen gehört zu meinen Stammpatienten. Es hatte schon mehrmals schwere Anginen, letztmals im März dieses Jahres eine Strepto-A-Angina. Jetzt hat es seit gestern Schluckschmerzen, kein Fieber. Ich finde eine massive Angina lacunais mit Lymphknotenschwellungen am Hals, das Mädchen hat Mühe, den Mund zu öffnen. Kein Exanthem. Der Rachenabstrich auf Strepto A (Schnelltest) ist negativ. Weil die vergangenen Episoden jeweils schwer und der jetzige Befund massiv ist, entscheide ich mich trotzdem für eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin 3×500 mg. Dazu Lutschtabletten und Paracetamol-Brausetabletten.

Um 12.30 Uhr gehe ich nach Hause und weiss das ungestörte Mittagessen zu schätzen. Dann gönne ich mir eine kurze Siesta, man weiss ja nie, was noch kommt.

Um 15 Uhr wird ein Hausbesuch verlangt, diese Telefonate nehme ich wenn irgendwie möglich persönlich entgegen. (Vielleicht kann der Patient doch in die Praxis kommen. Wo wohnt er genau? Muss ich etwas besonderes mitnehmen?) Immer im Auto habe ich den Reanimationskoffer und 2 Plastikboxen. In der ersten sind die wichtigsten Notfallmedikamente (etwa 45), wobei die Zäpfchen zum Schutz vor der Sommerhitze in einer kleinen Styroporschachtel liegen. In der zweiten Box sind grössere Mengen Verbandsmaterialien, ein Wundversorgungsset (vor allem zum Nähen in Altersheimen), ein Katheterset, eine «sam-split»-Schiene, eine aufblasbare Beinschiene und ein Set «stiff-neck»-Halskragen. Dazu nehme ich meinen Besuchskoffer mit, das tragbare EKG-Gerät füge ich bei Bedarf hinzu.

Die 84jährige Frau hat heute nachmittag vor den Augen der Tochter innert weniger Minuten ein Lidhämatom links entwickelt. Patientin und Tochter verneinen ein Trauma. Nachdem ich 3× gefragt habe, ob sie nicht doch angeschlagen habe, reagieren beide etwas missmutig. Die Patientin leidet an einer Herzinsuffizienz, Hypertonie und Osteoporose. Unter anderem muss sie Aspirin cardio 100 und wegen eines Harnwegsinfektes Maxaquin einnehmen. Vor 3 Tagen erhielt sie eine Infusion wegen der Osteoporose.

Sonst keine Hämatome, Blutdruck 160/80. Hat sie eine medikamentöse Thrombozytopenie? Sie lebt allein in der Wohnung, und das Hämatom vergrössert sich zunehmend. Deshalb entscheide ich mich für eine Hospitalisation.

Während ich beim ersten Besuch beschäftigt bin, ruft mich die Praxisassistentin an, ich muss auf dem Rückweg bei einem Todesfall vorbei. Draussen regnet es in Strömen. Die Angehörigen erzählten mir die Geschichte: Bei dem 81jährige Mann wurde vor 2 Jahren ein Hirntumor operiert, Nachbestrahlung wegen eines Rezidives. In den letzten Wochen ging es zunehmend schlechter, seit 4 Tagen war er nicht mehr ansprechbar. Mit Hilfe der Spitex wurde er von den Angehörigen bis zuletzt zu Hause gepflegt, zahlreiche Familienangehörige waren beim Tod anwesend. Eine Tochter kenne ich gut. Die Angehörigen fragen, wie lange sie den Verstorbenen im Hause behalten können und wann sie das Bestattungsinstitut anrufen sollen. Ich helfe bei der Lagerung. Im Altersheim habe ich gelernt, anstelle des Hochbindens des Kinns einen Mundspatel unter das Kinn zu klemmen, dies hinterlässt weniger Spuren.

Um 16.30 Uhr bin ich zurück in der Praxis. Ein 2jähriger Knabe hat den Kopf an der Türfalle angeschlagen, keine Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen. Er hat eine 4 cm lange Rissquetschwunde an der Stirn links. Das Nähen verläuft deutlich ruhiger als am Vormittag. Kürzlich wurde in einem Artikel empfohlen, bei Kindern die Lokalanästhesie von der Wunde aus zu spritzen und nicht durch die intakte Haut. Ich habe auch den Eindruck, dass dies weniger Schmerzen verursacht.

Den nächsten Patienten kenne ich bereits gut. Der 33jährige Mann hat nach einem Äthyl-Exzess gestern abend Bauchkrämpfe und Durchfall, wobei der Durchfall bereits vorbei ist. Ich gebe ihm Paracetamol mit. Er nutzt die Gelegenheit, um mir ein leichtes Ekzem an Brust und Unterschenkel zu zeigen, Therapie mit Linola fett Salbe.

Ich will gerade nach Hause gehen, da meldet sich eine 56jährige Frau mit Oberbauchschmerzen seit 2 Tagen. Diese sind krampfartig, in der Magengegend lokalisiert und strahlen beidseitig in den Rücken aus. Schmerzmaximum 4 Stunden nach dem Essen. Kein Erbrechen, afebril. Druckdolenz über Magen und Leber. Urin, Amylase und Gamma-GT sind normal, CRP 30. Vor 2 Jahren seien bei einem Ultraschall keine Gallensteine festgestellt worden. Meine Differentialdiagnose lautet Gastritis oder doch Gallensteine. Ich verabreiche einen Protonenpumpenblocker und Paracetamol per os. Ich nehme an, dass

keine wesentliche Cholecystitis besteht und verzichte auf Antibiotika. Morgen soll der Hausarzt eine Sonographie veranlassen.

Ein 18 Monate altes Mädchen ist von einem Stuhl gestürzt. Keine Bewusstlosigkeit. Es hat eine leichte Prellung an der Stirn und eine kleine oberflächliche, nicht mehr blutende RQW am Hinterkopf. Beruhigung der Eltern und Instruktion für die Überwachung.

Ein 18jähriger Bursche ist mit dem Motorroller gestürzt und dabei mit dem rechten Arm auf den Lenker geprallt. Das Röntgenbild zeigt eine Fissur im Radiuschaft. Therapie mit Oberarm-Kunststoffgipsschiene, Armtragschlinge und Mefenaminsäure. Röntgenkontrolle in 3 Tagen.

Die MPA geht nach Hause, die Notizen sind vervollständigt, die Leistungsblätter ausgefüllt und es ist unterdessen 20.15 Uhr. Ich gehe nach Hause und plaudere beim Nachtessen mit meiner Ehefrau. Ich überlege, ob ich vielleicht einen Bericht «Ein Tag Notfalldienst» schreiben soll.

Um 21.30 Uhr muss ich nochmals in die Praxis. Eine 40jährige Frau leidet an einem Brechdurchfall, vor allem das Erbrechen ist anhaltend, sie hat Durst und kann nichts Flüssiges behalten. Afebril, kein Blut im Stuhl. Das Abdomen ist weich mit sehr lebhaften Darmgeräuschen, es besteht eine leichte Druckdolenz im rechten Unterbauch. Zunge trocken, Kreislauf stabil. Therapie mit 1 Amp Torecan i.m., dazu gebe ich Itinerol B6-Supp als Reserve mit. Instruktion über schluckweises Trinken, am besten Tee oder Bouillon oder worauf sie Lust hat, aber keine Kohlensäure. Salzersatz mit Normolyt oral sobald sich der Magen beruhigt hat.

Um 22.30 Uhr bin ich wieder zu Hause und gehe ins Bett. Hoffentlich ist die Nacht gnädig mit mir. Kurz vor Mitternacht ruft eine Frau an. Sie habe Kopfschmerzen (wie schon oft) und Paracetamol nütze nichts. Sie ist Diabetikerin und antikoaguliert. Ob sie ein Ponstan nehmen dürfe? Ausnahmsweise natürlich ja. Danach dauert es eine halbe Stunde, bis ich wieder eingeschlafen bin.

Um 6 Uhr ruft ein Mann mit südländischem Akzent an. Seine Frau sei beim Aufstehen kollabiert. Sie ist jetzt wieder ansprechbar, hat keine Schmerzen und kann laufen. Wahrscheinlich ein Orthostaseproblem. Als ich dem Mann den Weg in meine Praxis beschreibe, erklärt er, das sei ihm zu weit (12 km), er komme nicht, er werde um 8 Uhr beim Hausarzt im Dorf anrufen. Einverstanden.

Um 8 Uhr rufe ich den Hausarzt des Verstorbenen an (die übrigen Berichte an die Kollegen versende ich per Fax). Der Patient hatte keinen Hirntumor, sondern ein Tonsillenkarcinom mit Hirnmetastasen. Am folgenden Tag erkundige ich mich im Spital nach der Patientin mit dem einseitigen Lidhämatom. Sie hat eine Schädelbasisfraktur, benötigt aber keine spezielle Therapie. Offenbar hat sie den Kopf also doch angeschlagen.

## Rückblick

Insgesamt war es ein ruhiger Dienstonntag mit 14 Patienten (davon 2 Besuche) und ein paar telefonischen Anfragen. Über einen strengen Dienstonntag hätte ich wohl keinen Bericht geschrieben. Der Tag brachte eine typische bunte Mischung: alt und jung, Unfälle und Internistisches, Einfaches und Unklares. Entscheidend ist die Unterscheidung zwischen harmlosem Unklarem und gefährlichem Unklarem. Oft heikel sind telefonische Auskünfte, insbesondere nachts. Da lasse ich mich nicht auf die Äste hinaus und betone, dass halt telefonisch nur eine beschränkte Beurteilung möglich ist.

Was ärgert mich im Notfalldienst? Ein Patient meldet sich und erscheint dann doch nicht in der Praxis! Ich werde nachts wegen einer Bagatelle aus dem Schlaf gerissen! Es wird ein Besuch verlangt, und der Patient läuft zu Hause in der Wohnung herum, hätte also ohne weiteres in die Praxis kommen können! Bei der Zahlungskontrolle stelle ich fest, dass mehrere Notfallpatienten die Rechnung nicht bezahlt haben!

Was tun gegen diesen Ärger? Ich tröste mich mit den positiven Seiten des Notfalldienstes. Ich schätze die Abwechslung, das Überraschende, ich sehe neue Personen mit verschiedensten Charakterzügen. Der Notfalldienst ist für mich eine wichtige Form der Weiterbildung. Welche Gewohnheiten haben Kollegen bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder. Bei besonders interessanten Fällen erkundige ich mich über den Verlauf, vom Spital erhalte ich ein Feedback in Form des Austrittsberichtes. Besonders freut es mich natürlich, wenn ich spüre, dass die Patienten meinen sonntäglichen oder nächtlichen Einsatz nicht als selbstverständlich hinnehmen, sondern ihn zu schätzen wissen. Das gibt's nämlich auch noch.