

# Ein Tag Notfalldienst

H. Koch

Als niedergelassene Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in einer Stadt der Zentralschweiz bin ich verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Dies bedeutet je nach Anzahl der teilnehmenden Kollegen und je nach Praxispensum aktuell ein- bis dreimal pro Halbjahr jeweils einen Block von vier Tagen während der Woche bzw. drei Tagen über das Wochenende. Dieser Pikettendienst läuft parallel zur Praxistätigkeit, die die meisten meiner Fachkollegen allein, ohne Sekretariat, ausüben. Eine Ausrückverpflichtung besteht tagsüber nur in einigen definierten Fällen, doch sind diese relativ häufig, z.B. werden wir oft von der Polizei aufgeboten. Was mache ich also, wenn ich gerade in einem therapeutischen Gespräch bin und kurzfristig die Praxis verlassen muss? Da die Einsätze doch recht zeitaufwendig sind, muss ich einerseits mein Patientengespräch unterbrechen und vielleicht gar versuchen, dem nächsten bestellten Patienten telefonisch abzusagen. Ansonsten steht er vielleicht vor verschlossener Praxistür. Manchem Kollegen sind diese Situationen ein zu grosser Stressfaktor, und so bestellt er für die Zeit seines Notfalldienstes keine Patienten, sondern erledigt beispielsweise Schreibarbeiten.

Und so sah beispielsweise ein Wochenenddienst aus: Freitagmorgens ist Übergabe, was bedeutet, dass ich bei meinem Vorgänger ein Natel, einen Pager und einen sehr stabilen und gewichtigen Lederkoffer abhole, der gefüllt ist mit allem, was man möglicherweise im Einsatz brauchen kann. Die Meinungen darüber gehen allerdings auch im Kollegenkreis auseinander. So lehnen es manche aus verschiedenen Gründen ab, in psychiatrischen Notfallsituationen Medikamente parenteral zu verabreichen, sei es wegen der nicht gesicherten Überwachung nach einer Injektion, sei es mangels Übung im praktischen Umgang. Man denke auch an nur wenig kooperative oder gar tobende Patienten! Bei der Kürze des Weges von jedem Ort im Einsatzgebiet in das nächstgelegene Spital, der raschen Verfügbarkeit der Ambulanz und dem Wunsch vieler Kollegen im Spital, den Psychostatus unverfälscht durch Medikation beurteilen zu können, bin ich selbst auch der Meinung, in der Regel ohne Injektionen auszukommen.

Nach der Übergabe am Freitagmorgen war es verdächtig still. Nichts störte die Arbeit in der Praxis, ausser der stets vorhandenen, mehr oder

weniger ausgeprägten inneren Anspannung, die sich selbst bei älteren, erfahrenen Kollegen immer noch während der Zeit des Dienstes einstellt. So langsam ging es dann tatsächlich Richtung Wochenende, es wurde Freitagabend. Es ist immer ein spannender Moment, wenn man am späten Abend beschliesst, ins Bett zu gehen und das Licht zu löschen. Ob nicht gerade eine Minute später das Natel läutet? Ob man es später, im Tiefschlaf, überhaupt hören würde?

Die Nacht blieb ruhig, und zur Sicherheit bestätigte ein Blick auf das Natel, dass ich keinen eingegangenen Ruf überhört hatte. Wunderbarer Samstag, traumhaftes Wetter, so richtig zum Wandern! Das war an diesem Wochenende natürlich gestrichen, ebenso wie ein längerer Spaziergang in die Umgebung, war ich doch verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und mich in Kürze an den «Tatort» zu begeben. Aber beim gemütlichen Grillieren im Garten verging der Nachmittag wie im Fluge, und ich vergass schon beinahe, dass ich im Dienst war. Da kam plötzlich ein Anruf, gegen 19.30 Uhr, von einem Kollegen aus der neu eingerichteten, rund um die Uhr geöffneten Notfallambulanz: Der Bruder eines jungen Mannes habe sich gemeldet: dieser habe einen Nervenzusammenbruch und es bestehe massive Suizidalität. Ich solle mich bitte um diesen Fall kümmern. – Anmerkung: Die Notfallambulanz ist nicht für psychiatrische Notfälle zuständig, aber da inzwischen viele Hausärzte ihren Notfalldienst an die Notfallambulanz abgegeben haben, melden sich natürlich Patienten mit all ihren Nöten, auch in seelischen Krisensituationen.

Ich meldete mich telefonisch unter der genannten Nummer und erfuhr vom Bruder des betreffenden Mannes, dass dieser einen Nervenzusammenbruch habe und sehr stark suizidgefährdet, zusätzlich aber auch stark alkoholisiert sei. Einmal sei eine kurzfristige und freiwillige Hospitalisierung in eine psychiatrische Klinik erfolgt. Mein Nachfragen zur Abschätzung der Gesamtsituation und der Suizidalität war wenig ergiebig. Eigentlich sollte ich nur kommen und eine Beruhigungsspritze geben. Als ich erklärte, dass ich dies bei einer starken Alkoholisierung keinesfalls tun würde und zur weiteren Klärung einen Hausbesuch anbot, erfuhr ich, dass der Betroffene selbst keine Hilfe und auch nicht mit mir reden wolle. Daraufhin erklärte ich dem

Korrespondenz:  
Dr. med. Heidi Koch  
Luzernerstrasse 62  
CH-6030 Ebikon

Anrufer, dass es die Möglichkeit einer Zwangseinweisung gebe, wenn jemand eindeutig suizidal sei, aber jede Hilfe ablehne. Ich müsse dies aber in jedem Fall vor Ort beurteilen. Nun, das sei nicht so leicht, seinen eigenen Bruder in die Psychiatrie einweisen zu lassen, er wolle sich das noch einmal überlegen, er brauche Bedenkzeit, ich solle mich dann wieder melden.

Somit kam auch ich zu Bedenkzeit. Zum Nachdenken. Und mir fiel auf, dass die Situation im psychiatrischen Notfalldienst sich oft sehr unterscheidet von der im allgemeinen Notfalldienst: Fast immer werden wir von Drittpersonen, von Polizei, Angehörigen, Nachbarn usw. beigezogen. Der Betroffene selbst ist im besten Fall einigermassen kooperativ, meist aber lehnt er uns und unser Hilfsangebot ab, teilweise unter körperlicher Gewaltanwendung. Da meist kein, und wenn auch nur auf die Notfallsituation bezogenes Arbeitsbündnis zustande kommt, muss ich mich meist auf die Angaben von Dritten verlassen und zusammen mit der Situation vor Ort schwerwiegende Entscheidungen treffen: beispielsweise, ob oder ob nicht Einweisung in das Spital, meist in die ohnehin noch mit einem Vorurteil belastete psychiatrische Klinik, meist gegen den Willen des Betroffenen, oft genug unter Gewaltanwendung oder -drohung. Aber auch dann, wenn ich wieder gehe, ohne einen ärztlichen «Eingriff» mit Ausnahme des explorativen Gespräches durchgeführt zu haben, bleibt manchmal ein unsicheres Gefühl, ob dies die richtige Entscheidung gewesen war, oder ob es nicht in Kürze zu einer erneuten Eskalation der Krise kommt.

Da riss mich ein Klingeln aus meinen Gedanken: Ja, ich solle kommen. Da mir bei Hausbesuchen nicht wohl ist, insbesondere in der Nacht und bei möglicherweise über meinen Besuch nicht sehr erfreuten Menschen, bin ich sehr froh um die Begleitung meines Mannes, der mir auch hilft, mich im Gewirr der Strassen und Hausnummern zurechtzufinden. Der Bruder des Patienten empfing uns an der Haustür, wir fuhren zusammen ein paar Stockwerke in einem Lift nach oben. Ich wurde zum Patienten begleitet, der stark betrunken und kaum bekleidet in der Toilette auf dem Boden lag. Er schämte sich so, sagte er bei meiner Begrüssung. Erste Hilfe bedeutete in diesem Moment dann auch, die Blösse mit einem Handtuch zu bedecken. Ringsum in der Wohnung standen Umzugskisten, in den meisten Zimmern war noch keine funktionierende Lampe, auf einem Tisch brannten mehrere Kerzen. Ausser dem Bruder waren noch die Mutter und eine Bekannte anwesend. Die Situation war eigentlich klar, oder? Der Patient gab zu, sehr

viel Alkohol getrunken zu haben und beteuerte immer wieder, er wolle nicht mehr leben. Hilfe brauche er nicht, in die Klinik wolle er schon gar nicht. Er konnte kaum gehen und schlief dann auch im weiteren Verlauf des Abends auf einer Couch ein. Über den sozialen Hintergrund war von den durch die Situation deutlich belasteten Angehörigen nicht viel zu erfahren. In erster Linie ging es wohl um eine Trennung von der Freundin. Als ich mich an die Organisation der Klinikeinweisung machte und das Formular für die Zwangseinweisung unter dem spärlichen Licht einer Stehlampe ausfüllte, fragte mich die Mutter des Patienten, ob das nun wirklich nötig sei. Keiner der Anwesenden wollte jedoch die Verantwortung übernehmen, die Nacht über dazubleiben und nach Ausnüchterung die Situation nochmals abklären zu lassen.

Die eigentlich aufgrund der Gebieteinteilung zuständige Klinik meldete Überbelegung und Aufnahmestopp, so dass ich ein Bett in der entfernter liegenden Klinik organisieren musste. Gegen 22 Uhr traf die Ambulanz ein – mit Verspätung, da sie sich zuerst noch um einen schweren Verkehrsunfall hatten kümmern müssen. Obwohl zwei kräftige Sanitäter eintrafen, liess sich der Patient nicht davon beeindruckt und weigerte sich mitzukommen. Er stand wieder auf, torkelte in den Hausflur, dann wieder in die Küche und begann, am Gasherd zu hantieren. Spätestens in diesem Moment war das Hinzuziehen der Polizei nicht mehr zu vermeiden. Auch diese Entscheidung traf bei den Angehörigen auf keine Zustimmung. Immer wieder versuchte der Bruder, den Patienten im Gespräch für einen freiwilligen Eintritt zu motivieren. Mittlerweile waren beide Männer auf den Balkon gegangen und diskutierten dort heftig. Mir standen die Haare zu Berge: ein suizidaler, zumindest jedoch deutlich alkoholisierte Mann, der jederzeit seine Impulskontrolle verlieren konnte. Ich bat den Angehörigen, ins Zimmer zurückzutreten, doch er lehnte dies ab, er wolle die Verantwortung für diese Situation übernehmen. Endlich kamen zwei Polizeibeamte, und glücklicherweise gelang es uns, den Patienten zwar mit viel Geschrei und Um-sich-Schlagen, jedoch ohne dass er sich Schaden zufügte, in die Ambulanz zu bringen und in die Klinik fahren zu lassen.

Gegen 22.30 Uhr war ich zu Hause. Nach einer kurzen Verschnaufpause eine halbe Stunde später der nächste Anruf, wiederum von der gleichen Notfallambulanz: ein Sohn habe sich gemeldet wegen seiner Mutter: sie drehe durch, stosse Drohungen aus, sei in einer Lebenskrise und vor etwa einem Monat nach kurzem stationärem Aufenthalt wegen einer depressiven Phase

mit Suizidalität aus einer psychiatrischen Klinik entlassen worden. Ich rufe den Sohn an, der sich anscheinend grosse Sorgen um seine Mutter macht und einen Arzt wünscht. Als erstes höre ich von ihm: «Muss ich das alles noch mal erzählen?» Dann beginnt er zu berichten: «Seine Mutter habe durchgedreht, weil der Vater ausgezogen sei, habe sich dann mit Tabletten umbringen wollen, sei dann in die Klinik eingewiesen worden.» Und gibt mir dann noch einige Informationen. Bei der Ankunft vor der Wohnung erhalte ich von ihm weitere «Instruktionen»: Auf keinen Fall dürfe ich sagen, dass er mich gerufen habe, und auch in diesem Fall solle ich nur eine Spritze geben, etwas zum Beruhigen. Aus den obenerwähnten Gründen lehne ich dies auch diesmal ab. Wie ich später aus dem Austrittsbericht erfahre, ist die Frau seit einer Hirnembolie antikoaguliert, worauf mich vor Ort niemand hinwies. Ich fand die Frau in Begleitung ihrer Nachbarin, mit einem Glas Weisswein, vor laufendem TV. Sie war trotz meines unerwarteten Besuches gegen Mitternacht erstaunlich ruhig: es gehe ihr gut, sie brauche keine Hilfe, und an Selbstmord denke sie sicher nicht. Als ich daher keinen Anlass für eine Zwangseinweisung sah und wieder gehen wollte, wurde ich von Sohn und Nachbarn aufgehalten: ich müsse jetzt unbedingt etwas unternehmen, ansonsten mache ich mich unterlassener Hilfeleistung strafbar. Als ich noch versuchte, die begrenzten Möglichkeiten im Notfalldienst zu erläutern, jedoch über Hilfsangebote informierte, die sie in Anspruch nehmen könnten, hörte ich es auf einmal aus der Wohnung laut lärmern. Nun fand er also doch noch statt, der sogenannte psychische Ausnahmezustand. Und keine Möglichkeit für ein normales Gespräch mehr, lediglich ein nicht zu durchbrechendes Schreien! Wieder mussten Ambulanz und Polizei angefordert werden, wieder ging es nur mit Zwang in die Klinik. Endlich, gegen 1 Uhr, wollten wir uns auf den Heimweg machen, als ich von einem Polizeibeamten erfuhr, mich nochmals in der Zentrale zu melden. Dort sei ein junger Mann, den man wegen Schwarzfahrens festgenommen habe. Dieser habe u. a. erzählt, er sei schon einmal in der psychiatrischen Klinik gewesen, wolle nun nicht nach Hause und habe mit dem Leben abgeschlossen. Als ich auf dem Polizeirevier eintraf, meinte der Beamte, es sei wohl «ein Grenzfall». So war auch mein Eindruck nach dem Gespräch mit diesem recht differenzierten Mann, der schon vor etwa drei Jahren zunächst in stationärer, anschliessend kurze Zeit in ambulanter Therapie gewesen war, sich nun zunehmend sozial isolierte und meinte, er könne einfach nicht

ja zum Leben sagen. Er werde sich sicher eines Tages umbringen, suche noch nach der geeigneten Methode. Hilfe brauche er nicht, und er werde sich auch sicher diese Nacht nichts antun, sondern zu Fuss nach Hause gehen. Dies durfte er dann auch, nachdem ich meine ärztliche Beurteilung abgegeben hatte. Handelte es sich um eine schleichend verlaufende Psychose, eine Persönlichkeitsstörung? Wie auch immer – akuter Handlungsbedarf bestand nicht, und Hilfsangebote kannte der Mann bereits und lehnte sie ab.

Nichts wie nach Hause, ins Bett. Trotz des sicher erhöhten Stresshormonspiegels kam der Schlaf rasch. Dann plötzlich fuhr ich hoch, gegen 4.30 Uhr. Erneut ging das Natel, erneut wurde ich auf das Polizeirevier gebeten. Völlig schlaftrunken fuhr ich durch die Stadt. Man habe eine betrunkene Frau aus einem Lokal geholt, wo sie sich renitent aufgeführt habe, auf die Polizisten losgegangen sei und einen der beiden gegen das Schienbein getreten habe. Laut Unterlagen der Polizei sei die Frau schon wiederholt in der psychiatrischen Klinik gewesen, zuletzt vor etwa zwei Wochen von einem Kollegen wegen der gleichen Situation zwangseingewiesen worden. Ich fand eine in Handschellen gelegte, auf einer Bank liegende Frau vor, die unaufhörlich schrie, mich anfuhr, dass ich sie in Ruhe lassen solle, immer wieder auch philosophisch getönte Fragen stellte wie «wer bin ich?» oder weinte. Es gelang mir nicht, mit der Frau ins Gespräch zu kommen, geschweige denn eine wenigstens grobe psychiatrische Exploration durchzuführen. Auch hier entschied ich mich, angesichts der mir vorliegenden Angaben, zur Zwangseinweisung. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen handelt es sich bei der ärztlichen Einweisung um eine Verfügung, und ich bin als Ärztin verpflichtet, der Patientin das ausgefüllte Formular sofort auszuhändigen und sie auf ihre Rechte hinzuweisen. Als ich dies auch in diesem Fall versuchte, gelang es der gefesselten Frau immerhin, mir noch einen Fusstritt zu verpassen.

Bei der Heimfahrt gegen 5.30 Uhr zeigte ein zarter Rosaschimmer über dem See den beginnenden Sonnenaufgang an. Um 6 Uhr lag ich dann tatsächlich im Bett, konnte jedoch keinen Schlaf mehr finden, obwohl ich mich den ganzen Sonntag zerschlagen fühlte.

Erstaunlicherweise blieb das Natel bis am Montagmorgen zur Dienstübergabe still.

Wenn ich Glück habe, wird ein Teil der von mir ausgestellten Rechnungen für die Notfalleinsätze bezahlt, wenn auch nach ein bis zwei Mahnungen. Eigentlich verständlich, dass es Mühe macht, eine Rechnung auch nur anteilmässig zu begleichen für die Tatsache, dass man

oft gegen seinen Willen unter widrigen Umständen in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wurde. Die Zeit meines Pikettdienstes, in der ich mich für einen Einsatz bereit halten muss, wird nicht vergütet. Da hat es mein Mann beispielsweise als angestellter Mitarbeiter schon besser: er

erhält Fr. 100.– pro Tag Bereitschaft, auch wenn er überhaupt nicht angefordert wird. Übrigens wurden zwei der Patienten am folgenden Tag nach Ausnüchterung und Distanzierung von einer Suizidabsicht wieder entlassen, ein dritter nach etwa einer Woche.

## Drei Tage Notfalldienst an einem regionalen Reitturnier

A. Diethelm, M. Diethelm-Knoepfel

Wir führen seit bald sechs Jahren eine inter-nistisch-kinderpsychiatrische Doppelpraxis in Uzwil, einem Ort mit etwa 12 000 Einwohnern im Nordwesten des Kantons St. Gallen. Als Mitglieder des örtlichen Reitvereins übernehmen wir jeweils den Sanitätsdienst beim alle zwei Jahre stattfindenden regionalen Reitturnier des RC Uzwil. Während der dreitägigen Dauer der Veranstaltung ist vom ersten Start bis zur letzten Siegerehrung immer ein Mitglied unseres Praxisteams vor Ort, entweder einer von uns beiden oder eine erfahrene MPA, die uns jederzeit zu Hilfe holen kann (der Reitplatz liegt weniger als zehn Autominuten von der Praxis entfernt).

Der diesjährige Sanitätsdienst beginnt am Freitag, 23. August, um neun Uhr morgens ganz gemütlich. Die MPA, die den Morgendienst übernommen hat, hat ausser dem Ausladen unseres Materials gar nichts zu tun. Sie kann unseren Sanitätsposten beim Turniersekretariat einrichten. Dies hat den Vorteil, dass wir das Material über Nacht dort lassen können, da das Sekretariat sowieso abgeschlossen werden muss, damit PC, Drucker usw. nicht abhanden kommen. Auch der Nachmittag verläuft ruhig. Wir werden nur einmal von einem Mann mit einem Kind auf dem Arm um Hilfe gebeten. Er erklärt uns, es habe ihm «eins in Rügge ghau». Auf Nachfrage wird klar, dass er weder einen Hufschlag erhalten hat noch gestürzt ist, sondern schon längere Zeit immer wieder Rückenschmerzen verspürt, die nun beim Springen wieder aufgetreten sind. Der Mann nimmt sonst Ibuprofen gegen seine Beschwerden, hat es aber nicht dabei. Er möchte gerne ein starkes Schmerzmittel, da er sich beim

Reiten gestört fühlt. Wir bieten ihm Mefenaminsäure an, womit er zufrieden ist. Die ebenfalls anwesende MPA-Lehrtochter im zweiten Lehrjahr interessiert sich dafür, warum Mefenaminsäure sowohl bei Sportverletzungen als auch bei Dysmenorrhoe angewendet werden kann.

Diese Episode gibt uns Anlass, wieder einmal zu überlegen, ob wir noch mehr Material auf den Reitplatz mitnehmen sollten. Wir entscheiden uns dafür, unsere Medikamentenauswahl mit Diclofenac in einer schnell wirksamen Form zu ergänzen. Wir haben seit den ersten Anfängen als Platzärzte unser Arsenal immer wieder erweitert. Zurzeit nehmen wir jeweils eine grosse Plastikkiste mit, die mit Verbandstoff, Halskragen in drei Grössen, diversen Schienen und Medikamenten gefüllt ist. Dazu kommen unser grosser Notfallkoffer mit Sauerstoffbombe und Defibrillator, der Koffer für Hausbesuche und eine Mappe mit Schreibmaterial.

Am Samstag, 24. August, muss unsere MPA schon um sieben Uhr auf dem Platz sein. Der Tag ist enorm befrachtet, das letzte Springen ist erst gegen neun Uhr abends fertig. Am Morgen ereignet sich ein Sturz, bei dem der Reiter eine Knie-distorion erleidet. Da er noch gehen und das Kniegelenk bewegen kann, rät ihm die MPA, seinen Hausarzt aufzusuchen. Sie gibt ihm einen Kühlbeutel mit. Am Nachmittag kommen einige Leute zu uns, die Pflaster benötigen, weil sie sich beim Kochen in der Festwirtschaft geschnitten oder irgendwo einen Finger aufgerissen haben.

Am Sonntag, 25. August, morgens, ist als erstes wieder ein Kühlbeutel gefragt. Die Sekretärin des Reitturniers leidet an wiederkehrenden Knie-

Korrespondenz:  
Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel  
Wattstrasse 14  
CH-9240 Uzwil

beschwerden und hat sich in den letzten Tagen zu sehr angestrengt. Danach kommt ein Mann, der nach einem Sturz auf die Teerstrasse ein Pflaster für seine oberflächliche Schürfung am Arm benötigt. Er erzählt, er sei froh, dass er den Reithelm getragen habe, so dass er sich am Kopf nicht verletzt habe, als er aufs Pflaster gefallen sei. Wir raten ihm, den Reithelm zu ersetzen, da er nach dem Bodenkontakt beschädigt sein könnte.

Mit der sonntäglichen Ruhe ist es vorbei, als eine ältere Dame beim Seniorenspringen stürzt. Sie meint zuerst, es sei nichts passiert. Einem Helfer fällt zuerst auf, dass ihr Fuss im Stiefel schief steht. Es zeigt sich schon klinisch, dass die Frau eine Malleolarfraktur mit Talusluxation erlitten hat. Zum Glück gelingt es rasch, den Talus zu reponieren. Die Patientin möchte ins Kantonsspital St. Gallen gebracht werden, da sie aus der dortigen Gegend stammt. Die Ambulanz hätte für den Transport gerne eine Infusion, obwohl die Patienten nach Reposition und behelfsmässiger Fixation weitgehend schmerzfrei ist. Die ganze Behandlung dauert vom Sturz bis zur Abfahrt der Ambulanz ungefähr eine Stunde. Vom Spital erhielten wir per Handy die Auskunft, es sei eine Extension angelegt worden. Es sei geplant, die Patientin erst nach Abschwellung der Weichteile zu operieren.

Kurz vor Ende der letzten Prüfung ereignet sich nochmals ein Sturz. Es zeigt sich, dass sich die erfahrene Reiterin einen «Skidaumen» an der rechten Hand zugezogen hat, mit der sie die Gerte hielt. Sie bekommt eine Unterarmgipschiene und wird sich am nächsten Tag bei ihrem Hausarzt melden. Wegen ihres Unfalls kann sie nicht mit ihren Vereinskollegen an der Siegerehrung der abschliessenden Mannschaftsprüfung teilnehmen.

Nach Abschluss des Turniers müssen wir noch unser Material verladen und am Abend zu Hause den Spitaleinweisungsbericht und den Vertreterschein für die Patientin mit dem Skidaumen schreiben. Leider erhalten wir wie viele Notfallärzte nur selten eine Rückmeldung, wie es mit den von uns betreuten Personen weitergegangen ist.

Auch wenn die Präsenzdienste an den Reitturnieren oft ruhig verlaufen, sind sie doch wie jeder Notfalldienst mit einem recht hohen Stress verbunden. Den schlimmsten Einsatz haben wir vor ein paar Jahren erlebt, als sich eine Reiterin ein Wirbelluxation zuzog, welche zum Glück ohne neurologische Schäden ausheilte. Einmal erlitt eine schwangere Frau bei einem Sturz vom Pferd eine HWS-Distorsion, von der sie sich aber bald erholte. Ihrem Kind passierte zum Glück auch nichts. Daneben kam es einige Male vor, dass jemand sich eine Clavikulafraktur oder eine Gehirnerschütterung holte.