

60. Erfahrungsaustausch

Der 60. Erfahrungsaustausch bot wieder eine bunte Palette an belastenden, aufregenden, ungewöhnlichen und vor allem lehrreichen Kasuistiken

Die Problematik rund um die Pflege sowohl betagter Menschen, als auch sozial und psychisch schwieriger Patienten, mit ihrer eigenen Vorstellungswelt, zeigt leider die Grenzen für eine hausärztliche Einflussnahme auf. Der oft unbedankte Einsatz kann enorm sein. Nur gelegentlich wird man auch „belohnt“ für sein Bemühen.

Fall 1) Eine mobile 90-jährige, allein lebende Patientin lässt nur eine Hilfe zu, die ihr ein wenig zusammenräumt. Der Wahn, dass sie bestohlen wird, nimmt immer unerträglichere Ausmaße an, wie die Kollegin bei ihren monatlichen Hausbesuchen feststellt. Nicht nur, dass die Frau mit ihrem Gewand, in dem sie Geldbörse und Sparbücher aufbewahrt, ins Bett geht, nun sagt sie auch, dass sie nichts mehr zu essen habe, weil man ihr auch ihre Einkäufe stehle. Und tatsächlich wird sie immer magerer. Wie haftbar ist man als „zuschauende“ Hausärztin?

Fall 2) Ein 63-jähriger Mann lebt mit seiner jüngeren Schwester in einem entlegenen und ziemlich desolaten, kleinen Bauernhaus. Er gilt im Ort als etwas eigentümlich. Der Gemeindearzt besucht ihn u.a. wegen einer möglichen Zwangsevakuation infolge Lawinengefahr. Die beiden Leute hausen in ärmlichen, unzumutbaren Verhältnissen. Bei dem Mann besteht eine schwerste Hüftarthrose beidseits, die ihn nur mühsam vom Bett in die Küche und zum „Plumps-Clo“ in den Hof hinken lässt. Den Vorschlag, sich deshalb doch einmal bei einem Facharzt anschauen zu lassen, lehnt er kategorisch ab. Nun hatte er aber auch gerade eine Augenentzündung. Diesbezüglich konnte ihn der Kollege motivieren, sich mit der Rettung zum Augenarzt bringen zu lassen. Und er organisierte gleich für den Patienten einen Weitertransport in die chirurgisch-orthopädische Ambulanz. Diese gutgemeinte Aktion nimmt ihm der Patient noch immer übel.

Fall 3) Der 46-jährige, bei den Eltern lebende Mann zeigte schon einmal eine suizidale Tendenz, als er bewusst mit dem Auto gegen das eigene Hoftor raste. Körperlich war ihm nichts passiert, für eine psychische Betreuung war er aber nicht zu gewinnen. Als er wieder tagelang komplett antriebs- und lustlos im Bett blieb, erreichte der Hausarzt aufgrund eines gewissen Vertrauensverhältnisses, dass ihn der Vater in die Aufnahmestation des nächstgelegenen Spitals führen durfte. Von dort aus konnte er nach einigen stimmungsaufhellenden Infusionen auf einer psychiatrischen Abteilung vorgestellt werden.

Fall 4) Eine 92-jährige, schwerhörige Frau wird zunehmend dement. Eine Axura®-Therapie ist eingeleitet. Innerhalb von paar Tagen wird die Patientin somnolent. Im Spital stellt man eine Hy-

perkalzämie unklarer Ursache festgestellt und schickt die Patientin „zum Sterben“ bald wieder heim. Der langjährige Hausarzt gibt sich damit nicht zufrieden und leitet selbst eine Therapie mit Cortison und forcierter Diurese ein und die Patientin klart auf und wird wieder mobil.

In der Kasuographie¹⁾, der Beschreibung der regelmäßig häufigen Beratungsergebnisse in der Allgemeinpraxis, wird dem Verlauf eine nicht unwesentliche Bedeutung in der Handhabung von Beschwerden zugemessen. Heilt etwas nicht wie „gewohnt“ ab, bedeutet es: „red flag“, d.h. es muss intensiv nach abwendbar gefährlichen Verläufen (Braun) gefahndet werden.

Fall 5) Der 76-jährige Landwirt kam im Lauf der Betreuung anfangs nur wegen Verletzungen, später gesellte sich eine Hypertonie hinzu und nun wurde sogar eine, lediglich der Observanz bedürftige, chronisch myeloische Leukämie diagnostiziert. Nach Erstversorgung im Krankenhaus wegen infizierter Stichverletzung durch ein Blechstück. Er erhält ein Antibiotikum. Als ihm aber 14 Tage später die Wundregion am Unterarm noch immer schmerzt, wird auch ein Röntgen veranlasst: Abnützungszeichen. Durch die Kratzer seiner Katze entzündet es sich wieder mehr. Monate später sieht die Kollegin ihren Patienten mit einer Schiene am Unterarm: Ein Arzt in der Verwandtschaft hatte einen Termin in der orthopädischen Spezialambulanz Speising organisiert. Dort war eine Osteomyelitis diagnostiziert und operativ interveniert worden.

Fall 6) Ein Kollege schickte eine Patientin mit einer nicht heilenden Wunde am Fußrücken sogar ins AKH Wien, wo ebenfalls eine Osteomyelitis festgestellt wurde, aber konservativ ausgeheilt werden konnte.

Fall 7) Nachts weckte der an sich gar nicht wehleidige 79-jährige Nachbar den Hausarzt wegen einer arg schmerzenden, einige Tage alten Wunde am Unterschenkel. Nach Entfernung der Kruste und Wunddesinfektion bestellte er ihn anderntags wieder und jetzt konnte er schon eine Heilungstendenz erkennen. Allerdings erfuhr der Kollege nach seinem Urlaub, dass dem Patienten in der Zwischenzeit ein 3cm langer Holzspan entfernt worden war.

Auch das oder besonders das ist ein Charakteristikum in der Primärversorgung: Aus banalen oder ungefährlich anmutenden Gesundheitsstörungen können sich selten doch lebensbedrohliche Situationen entwickeln.

1) Braun RN (†) (2010, 3. Auflage, neu hrsg. u. bearb. von Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D) Braun Kasuographie: (K)ein Fall wie der andere ... Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung. Verlag Berger, Horn



Fall 8) Der 58-jährige Bekannte aus der Schulzeit kommt nach seinem Nachtdienst im Postverteilerzentrum, weil er dort ausgerutscht ist. Man sieht die Prellmarken am linken Brustkorb. Das sofort veranlasste Röntgen auf der Unfallambulanz zeigt keine Fraktur. Aber es tut ihm „höllisch“ weh. Weil er ein guter Freund ist, bekommt er täglich in der Ordination eine spezielle Schmerzbehandlung. Doch die Beschwerden werden nicht besser. Eine C/P-Röntgenkontrolle und auch eine Abdomensonographie in der Röntgenpraxis verlaufen negativ. Der Röntgenologe empfiehlt im telefonischen Konsilium noch ein MRT machen zu lassen. Als der Patient den Befund abholt hat sich der AZ dramatisch verschlechtert: Der Patient wirkt matt, fahl und blass. Das Ergebnis der MRT wird telefonisch erfragt: beidseitige Lungenentzündung mit linksseitigem Pleuraerguss. Trotz sofortiger Spitalsbehandlung zieht sich der Heilungsverlauf über Monate. Ob bei dem Nichtraucher wirklich allein die Minderbelüftung diese schwere Pneumonie verursachen hatte können?

Fall 9) Ein 49-Jähriger kommt einerseits wegen Venenbeschwerden; es wird ihm ein Chirurg empfohlen, auch klagt er über Schmerzen substernal, eher im Epigastrium, also wird auch ein Termin beim Internisten zur Gastroskopie vereinbart. Der Kollege erfährt, dass die eine Woche später durchgeführte Gastroskopie ohne Sedierung ungewöhnlich lange gedauert haben soll, der Patient aber gleich daraufhin in die Arbeit nach Wien fuhr. Am Weg kollabierte er, musste reanimiert werden. In schlechtem Zustand lag er einige Wochen auf der Intensivstation und verstarb schließlich an den Folgen des massiven Myokardinfarktes.

Fall 10) In der Urlaubsvertretung wird der Kollege von der Lebensgefährtin eines 76-jährigen Patienten angerufen. Es gehe ihm heute nicht gut, er sei schwindelig und es ist ihm übel, auch sei er wieder in seiner bekannt depressiven Phase. Für Nachmittag wird eine Visite vereinbart. Und da sieht der Kollege ein Großaufgebot von Rettung, Notarztteam und Polizei vorm Haus. Was war geschehen: Die Frau war die Treppe hinunter aufs WC gegangen und sah den Patienten auf der Stiege unten reglos liegen. Die Notärztin fand ihn mit einem Küchenmesser im Bauch in einer Blutlache. War der Kollege also zu spät gekommen, hätte er den Suizid verhindern können? War es ein Suizid? Später erfuhr der Kollege von einer Mitteilung des Sohnes, dass die gerichtliche Obduktion einen Genickbruch als Todesursache ergeben hätte, die Verletzung durch das Messer minimal.

Fall 11) Eine 50-jährige, lang bekannte Verkäuferin leidet seit Jahren unter linksseitiger Migräne, es besteht auch ein Zervikalsyndrom, das CT bestätigte vor Jahren eine Diskopathie im HWS Bereich. Die Anfälle quälen sie alle paar Monate. Um Weihnachten sind jedoch die Beschwerden wieder so arg, dass der Hausarzt auf Visite gerufen wird, auch weil sie unbedingt am nächsten

Tag für die Arbeit fit sein müsse. Die Kopfschmerzen werden im Nacken und im Hinterhaupt beschrieben, der Blutdruck ist, wie schon öfter, leicht erhöht; im Bereich der Halsmuskulatur ist mäßiger Hartspann zu palpieren. Also bekommt sie eine NSAR-Injektion. Doch am nächsten Tag erfolgt eine neuerliche Berufung. Die Frau befindet sich in einem deutlich schlechteren Zustand. Nach der Einweisung ins nächstgelegene Spital wird sie von dort, wegen neurologischer Symptomatik, sofort ins spezialisierte Klinikum transferiert. Bei der Aufnahme an der Neurochirurgie erleidet sie eine Massenblutung aus einem Aneurysma und kann - Gott und der modernen Medizin sei Dank - lebensrettend operiert werden. Danach ist sie einige Wochen unter sehr ernster Prognose im Tiefschlaf. Trotzdem erlangt sie im Laufe von Monaten schrittweise wieder ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten.

Ein offenes „Ohr“, besser offene Sinne für alle präsentierten Beschwerden und die unbewusst dahinterliegenden Anliegen und Ängste im Balintschen Sinn zu haben, wird gerade vom Allgemeinarzt erwartet. Im fordernden Praxisalltag kann diese Fähigkeit manchmal zu kurz kommen.

Fall 12) Die Allgemeinärztin mit PSY-Ausbildung hat gerade einen Lehrpraktikanten bei sich, als sie eine ihr gut bekannte 70-jährige Patientin wegen Unterbauchschmerzen konsultiert. Eigenartig, dass die Patientin in letzter Zeit so selten ihre Medikamente (Inderal® gegen essentiellen Tremor) geholt hatte. Es stellt sich heraus, sie kaufte sich dieses billige Präparat einfach in der Apotheke. Wegen der jetzigen Beschwerden hatte ihr der Frauenarzt schon Parkemed® empfohlen. Da der Harn nicht ganz in Ordnung ist, bekommt sie ein Antibiotikum und wird zur Kontrolle bestellt. Während der ganzen Konsultation benimmt sie sich so fahrig und unkonzentriert, dass die Kollegin sie auch noch eigens bestellt, zu einer erweiterten Diagnostik bezüglich beginnender Demenz. Bei dieser Beratung ist die Kollegin dann allein mit ihr und erst jetzt wird klar, dass hinter dem eigenartigen Verhalten massive familiäre Probleme stecken, die die Patientin vor dem Lehrpraktikanten keinesfalls ausbreiten wollte. Die schwierige Partnerschaft kann die Kollegin zwar nicht beeinflussen, aber ein Orientierung gebendes Gespräch sollte der Patientin helfen.

Im Fortbildungsprogrammheft der NÖ Ärztekammer finden Sie nähere Informationen zum nächsten Erfahrungsaustausch am Samstag, 10. April 2010 um 9 Uhr. Ob Sie schon lange oder erst kurz praktisch ärztlich tätig, Sie sind herzlich eingeladen!

DR. WALTRAUD FINK