

79. Erfahrungsaustausch

Bei Fortbildungsveranstaltungen unterstreichen Fallschilderungen die Praxisrelevanz. Angenommen es wird ein Patient mit Belastungsdyspnoe und Schwindel vorgestellt: Eine breite Palette von möglichen zugrunde liegenden Störungen kommt zur Sprache und das spezialistische Vorgehen wird schlüssig präsentiert.

Robert N Braun, der Begründer des Erfahrungsaustauschs, schreibt in seiner 1982 publizierten Analyse „Standort und Stellenwert der Allgemeinmedizin“ Folgendes: *Für das Niveau der Heilkunde eines Landes ist nicht entscheidend, was an einigen prominenten Spezialkliniken vor sich geht, sondern was der „Durchschnittsarzt“ beim „Durchschnittspatienten“ in der Praxis tut.*

Konkret und Bezug nehmend auf die oben genannten Beschwerden ist nun entscheidend,

- a) hat man all die Differentialdiagnosen auch an einem hektischen Praxistag präsent und
- b) nimmt man die Klagen wichtig genug, wenn sie nicht dramatisch vorgebracht werden, beispielsweise von einer bekannt multimorbiden Patientin?

Die 82-Jährige ist in regelmäßiger Kontrolle (auch beim Internisten) wegen einer lange zurückliegenden tumorbedingten Nephrektomie und Hochdruck. An einem Freitag in der Ordination erwähnt sie Luftbeschwerden und Schwindel. Der Kollege versucht die Direkte Diagnostik (Braun), indem er den Kreislauf checkt und Blutdruck misst. Dabei fällt ihm sofort die deutliche Bradykardie auf. Das daraufhin durchgeführte EKG zeigt einen AV-Block (Mobitz II) mit einer Kammerfrequenz von zirka 30/min.

Oft jedoch führt die Diagnostik nicht so geradlinig zu einer Diagnose. Hier sei an die achtzig Diagnostischen Programme von Braun erinnert, unter denen es sowohl eines für Schwindel als auch für Dyspnoe gibt. Dieser und auch der nächste Fall betonen die Wichtigkeit des Hausarztes und damit den niederschweligen Zugang zu einer ärztlichen Beratung, denn auf einen Termin beim Spezialisten zu warten, kann lebensbedrohlich sein.

Wiederum freitags, in Vertretung des Nachbarkollegen, kommt eine 30-jährige Frau wegen Unterbauchschmerzen seit gut einer Woche. Sie war bereits beim Gynäkologen; da sei alles in Ordnung gewesen. Appendizitis oder Adnexitis erscheinen unwahrscheinlich, da keine erhöhten Entzündungswerte im Schnelltest nachweisbar sind. Die Erfahrung hat den Kollegen gelehrt, sich nicht einfach auf stattgehabte Facharzt-/ Spitalsuntersuchungen zu verlassen: ein

Schwangerschaftstest ist positiv. Die prompte Einweisung bestätigt den Verdacht der Extrauterin gravidität.

„Ihr/ihm geht's nicht gut!“

Eine Zustandsbeschreibung mit eigentlich Null Informationsgehalt; und doch alarmiert sie erfahrene AllgemeinmedizinerInnen.

Während der Ordination ruft die Gattin des Hochbetagten an: „Meinem Mann geht es schlecht!“ Was als ein „Abschieben“ ins Spital empfunden werden könnte, erweist sich als ganz richtig: Der Kollege organisiert von der Praxis aus sofort einen Rettungstransport ins Krankenhaus. Es handelte sich um eine schwere Elektrolytentgleisung in Sinne eines Schwartz-Bartter-Syndroms oder Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH).

Ein pensioniertes Lehrer-Ehepaar hat „die Grippe erwischt“. Der Herr ist schon am Weg der Besserung, aber er bittet um einen Hausbesuch für die 67-jährige Gattin; „ihr geht es nicht gut“. Es ist freitagnachmittags. Die Patientin wirkt matt, ist subfebril. Vielleicht ist es eine Pneumonie? Weitere Diagnostik und Therapie im Krankenhaus erscheinen dem Hausarzt höchst angezeigt. Weil jedoch die Patientin nicht einwilligt, lässt er nur den Einweisungsschein dort. Amdertags wird sie stationär aufgenommen, verstirbt aber zwei Tage später an einer Myokarditis.

Eine 80-jährige Frau wünscht Ende Jänner dringend einen Hausbesuch, weil es „ihr nicht gut geht“. Sie fühle sich so kraftlos. Auffallend ist lediglich der ungewöhnlich niedrige Blutdruck von 100/ systolisch. Sie wird in die Notaufnahme geschickt, von wo sie nach einer Blutuntersuchung mit der Klassifizierung „resp. Infekt unklarer Fokus“ und einem Antibiotikum wieder nach Hause gebracht wird. Der Hausarzt möge sich um die Abklärung der erhöhten Leberwerte kümmern. Die ambulante Diagnostik zieht sich in der Folge einige Wochen bis die Patientin schließlich wegen Verdachts auf Lebermetastasen an einer onkologischen Abteilung landet. Die Chemotherapie des urothelial differenzierten Karzinoms überlebt die Patientin nicht.

Um eine Diagnostik mit Hürden geht es auch im nächsten Fall: Eine 50-jährige türkisch-stämmige, massiv übergewichtige Patientin ist seit knapp zehn Jahren in der hausärztlichen Betreuung. Im November präsentiert sie sich mit einer relativ plötzlich aufgetretenen harten Schwellung beugesei-



Univ. Prof. Dr. Robert N Braun beim 31. Erfahrungsaustausch April 1995

tig am Oberschenkel, etwa doppeltfaustgroß. Wegen des erhöhten D-Dimer und Fibrinogen schickt sie der Hausarzt umgehend zur Sonographie, wo das Bild eines Hämatoms beschrieben wird. Wegen der Ausmaße wird die Patientin zu einem Konsilium auf die chirurgische Ambulanz geschickt. Die Rückbildung eines derartig großen Hämatoms würde dauern, so wird getröstet. Von einer Intervention oder Kontroll-Sonographie wird Abstand genommen. Als nach einem Monat der Lokalbefund noch immer konstant ist, veranlasst der Hausarzt eine MRT-Untersuchung, deren Ergebnis die umgehende histologische Verifizierung verlangt. Ende Jänner kommt der Befund der Gewebstanze: „Nekrotische Formationen eines hochmalignen pleomorphen Sarkoms“.

Relativ einfach war die Diagnosefindung in einem anderen Fall. Voraussetzung war allerdings, dass man bei einer Patientin mit chronischen Schmerzen - häufig als „psycho-somatisch überlagert“ stigmatisiert - auch an neu auftretende Krankheiten denkt.

Die 57-Jährige zeigt dem Kollegen eine Hautveränderung im Bereich des Dekolletés, die einer schwach ausgeprägten Acanthosis nigricans entspricht, von der man weiß, dass sie auch paraneoplastisch auftreten kann. Deshalb veranlasst der Kollege sofort eine Mammographie, die eine verdächtige, neu aufgetretene Läsion zeigt. Histologie: invasives Npl. mammae mit 7-9mm DM.

Ist ein Patient in einem onkologischen Zentrum zur Nachsorge, sollte sich der Hausarzt/die Hausärztin nicht komplett ausklinken und zumindest die Befunde, für die man ja meist die Überweisungen schreibt, mit den Patienten gemeinsam anschauen.

Bei der 66-jährigen Patientin, die sich in der Remission eines mehrmals rezidivierenden Mammakarzinoms befindet, wird beim Routine Kontroll-CT ein Kollateralkreislauf im Mediastinum und Flüssigkeit im kardio-phrenischen Winkel beschrieben. Ob es den Onkologen entgangen war? Jedenfalls schickte der Hausarzt die Patientin zur Gastroskopie und schließlich zur mehrfach nötigen, glücklicherweise erfolg-

reichen Verödung von massiven Ösophagusvarizen infolge einer Leberzirrhose. Diese mag durch die notwendigen häufigen Chemotherapien entstanden sein.

Bedenken müssen wir in der Praxis immer wieder, was Braun im Lehrbuch die „Mehrdeutigkeit der Symptomatik“ nennt. Die gleichen Symptome können auf unterschiedlich gefährliche Krankheiten hinweisen.

Seit Wochen fühlt eine 66-jährige, sehr gesundheitsbewusste Frau eine Missempfindung einseitig im Gesicht maxillär, weshalb sie bereits selbst einen Neurologen konsultiert hat. Die MR-Angiographie deckt einen Verschluss der A.carotis interna knapp nach ihrem Abgang auf. Das weitere Procedere besteht in einem konservativen Vorgehen und der Gabe eines Statins und 100 mg ASS und weiterer Beobachtung.

Bei einem 70-jährigen Patienten sind ein einseitiger Tremor und eine Gangstörung aufgefallen. Viele Krankheiten können mit solcher Symptomatik beginnen. In diesem Fall war es die mit einer Morbidität von 1-2 Menschen/Mio Einwohner ausgewiesene Creutzfeld-Jakob-Erkrankung.

Im Herbst 2019 laden wir ein, am **80. und auch letzten Erfahrungsaustausch** in dieser Form teilzunehmen:

Samstag, **9. November 2019**, 9 Uhr - zirka 12 Uhr, in der Ärztekammer für Niederösterreich, 1010 Wien, Wipplingerstraße 2 (Anmeldung über die Medizinische Fortbildungsakademie NÖ, Fr. Mag Assam, fortbildung@arztnoe.at)

Und doch hoffen wir, dass der wertvolle Erfahrungsaustausch unter Kollegen und Kolleginnen weiter gepflegt werden wird.

MR DR. WALTRAUD FINK
MR DR. GUSTAV KAMENSKI

Für alle, die sich intensiver mit den Grundlagen der Allgemeinmedizin, mit der Berufstheorie und überhaupt mit dem Werk von Robert N Braun auseinandersetzen wollen, bietet das Karl-Landsteiner Institut für Systematik in der Allgemeinmedizin einen Rahmen.

Info:

www.karl-landsteiner.at/institute-systematik_allgemeinmedizin.html

de.wikipedia.org/wiki/Robert_N._Braun