

# 77. Erfahrungsaustausch

**K**urz vor dem jüngsten Treffen erschien im Lancet eine Buchrezension zu: *What's in a Story? Lessons from Reflections in General Practice*<sup>1)</sup>. Wie der Titel sagt, handelt es sich um Geschichten, Erlebnisse in der Praxis, die Allgemeinpraktiker lehrreich in Erinnerung blieben. Die Rezensentin lobte zwar die Idee und meint, „Stories are the treasured currency in medicine“, aber sie stößt sich daran, dass jeder Fall-Autor gezwungen wurde, in 1-2 Sätzen seine „reflections“ zu formulieren<sup>2)</sup>. Die im Buch geschilderten Fälle aus Großbritannien könnten durchaus beim Erfahrungsaustausch erzählt werden. Es ist anzunehmen, dass solche Erlebnisse beim Erzähler oder bei der Erzählerin ohnehin viel Nachdenken ausgelöst haben. Aber auch bei unseren Treffen kommt mitunter die Frage: Was hast Du für Dich, daraus gelernt, was würdest Du nächstes Mal anders machen? Meist entsteht gleich eine lebhaftige Diskussion. Andere bringen weitere Aspekte ein, an die man vielleicht nicht gedacht hatte. Robert N Brauns Intention bei der Organisation dieser Treffen war aber auch, dass die Teilnehmenden erfahren, wo es berufstheoretisch schon Erkenntnisse gibt, die Neulinge in der Praxis vor solch unangenehmen Erlebnissen bewahren könnten.

Da sind die Fälle, bei denen man lieber einmal öfter einweist...

Ein 23-jähriger Installateur kommt am Montag früh in die Ordination und die Sprechstundenhilfe nimmt ihn gleich vor: „Dem ist so schlecht!“ Er hatte erbrochen, der Bauch ist

weich, eher rechts oben druckempfindlich. Die Wahrscheinlichkeit spricht für einen „verdorbenen Magen“ bzw. Gastroenteritis. Aber etwas im Aspekt veranlasst den Hausarzt zu sagen: „Ich schreib Dich nicht krank, fahr gleich ins Spital!“ Die akut entzündete Appendix wurde umgehend entfernt. Bei einer Vertretung in der Allgemeinpraxis kommt eine 63-Jährige freitags als letzte Patientin wegen Schwellung des Unterschenkels seit drei Tagen, aber heute nach dem Tennisspiel fühle es sich ärger an. Die Patientin möchte sicher gehen, dass es nicht wieder eine Thrombose ist. Es besteht eine Wadenumfang-Differenz von 1 cm, aber kein Druckschmerz und auch sonst gibt es keine klinischen Anzeichen einer Beinvenenthrombose. Die Patientin erhält zur Sicherheit eine Zuweisung zur Duplexsonographie, welche aber erst am Montag möglich sein würde. Möglicherweise hat ihr dann ein Arzt im Bekanntenkreis geraten, doch gleich die Spital-Notaufnahme aufzusuchen: D-Dimer und CRP leicht erhöht, Bildgebung: 3-Etagen-Thrombose.

Erwähnenswert ist, dass es für derartige Fälle von Braun ein Diagnostisches Programm/Checkliste Nr 76 gibt, das zum Erfassen vieler Risikofaktoren und zur Dokumentation empfohlen werden kann<sup>3)</sup>.

Viel wird gerätselt, warum der Beruf des Allgemeinarztes so unattraktiv für Absolventen des Medizinstudiums ist. Vielleicht ist ein Grund, dass diese den Eindruck gewinnen, man habe es - wegen der Häufigkeit - nur mit unspektakulären, gutartig verlaufenden Gesundheitsstörungen zu tun, mit „Banalitäten“. Bei der Prüfung in Brauns Seminar war aber eine wichtige, richtige Antwort: „Banalität ist eine Feststellung a posteriori“ und „Die Existenzberechtigung des Allgemeinarztes liegt im frühzeitigen Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe“<sup>4)</sup>.

Die Mutter, selbst im medizinischen Bereich tätig, möchte ihren 4 Monate alten Säugling abhören lassen. Bei der Untersuchung fällt weiters nichts auf. Es wird „Husten“ klassifiziert. Zwei Wochen später kommt ein Entlassungsbrief von der Kinderabteilung: Bronchiolitis, RSV-Schnelltest pos., einige Tage O<sup>2</sup> Therapie.

Wie wichtig ist es da, den Eltern zu kommunizieren, dass im Moment alles für einen harmlosen „Infekt“ spricht, aber ...! Natürlich ist es mitunter eine Gratwanderung, einerseits eine Beruhigung zu vermitteln, andererseits mit der Aufforderung, bei einer möglichen Verschlechterung erneut den Arzt zu konsultieren, die diagnostisch offene Situation - ohne Panik zu erzeugen - zu signalisieren.

## WAHLARZTBERATUNG

**3. Oktober 2018, 13.30 Uhr**

Ärztchamber für NÖ, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

- Wichtige Überlegungen zur Niederlassung als Wahlarzt
- Vorsorgeuntersuchung NEU
- Die Bedeutung des Wohlfahrtsfonds für den Wahlarzt
- Betriebswirtschaftliche Aspekte
- Aus der Sicht des Steuerberaters
- Versicherungen

### Info & Anmeldung:

Ärztchamber für NÖ, Wahlarztreferat:

Fr. Graner, Fr. Eisenbarth, Tel. 01/53751-246 bzw. 225

Fax: 01/53751-279, E-Mail: wahlarzt@arztnoe.at

**Für die Veranstaltung besteht Anmeldepflicht.**

**Teilnahmegebühr: 20 Euro**

**Anrechenbar für das DFP im Ausmaß von 6 sonstigen Fortbildungspunkten**

Myalgiforme Beschwerden gehören zu den Spitzenreitern in der Fällverteilung in der Allgemeinpraxis. Schnell ist man mit anti-rheumatischer Therapie zur Stelle und oft verlangt schon der Patient „Ich brauche eine Spritze“. Der übliche Verlauf ist meist günstig und so zerbricht man sich diagnostisch nicht den Kopf.

Ein 51-jähriger Patient, übergewichtig, Raucher, COPD, der regelmäßig die Praxis aufsucht, kommt wegen lumboschialgiformer Beschwerden links. Die örtliche Routine (-untersuchung) ergibt nur Sensibilitätsstörungen wie bei einer Meralgia parästhetica; eine MRT Untersuchung der Wirbelsäule wird veranlasst. Zwischenzeitlich ereignet sich aber eine akuter A.iliaca Verschluss rechts; dabei wird auch links eine Stenose aufgedeckt, möglicherweise die Ursache für die oben beschriebene Symptomatik.

Spontan fällt einem anderen Kollegen die 65-jährige Flüchtlingsfrau ein, die über Schmerzen im Oberschenkel klagte. Hätte er sie nicht zwei Tage zuvor in anderer Sache gesehen, er wäre versucht gewesen, die theatralische Schmerzschilderung bei vermeintlich nur banaler Myalgie ihrer fremden Kultur und auch der Sprachbarriere zuzuschreiben. So wurde sie umgehend eingewiesen, wo eine Thrombektomie der A.femoralis erfolgte.

Für den langjährigen Hausarzt – so schreibt Braun in seinem Lehrbuch 1970 – „... verlieren die klassischen schweren Leiden der Vorlesungen mehr und mehr von ihrer Attraktivität: der wahrscheinlich an Leukämie erkrankte einfallreiche Handwerker ist einem ans Herz gewachsen. Man wünscht ihm nichts mehr als eine Leukozytose harmloser Natur. Der Praktiker freut sich aufrichtig, wenn der nach einer Probelaaparotomie ‚aufgebene‘ alte Gastwirt sich wieder gesund vorstellt...“<sup>5)</sup>

Ein 79-Jähriger wird zur präoperativen Untersuchung vor einer Katarakt-OP auch zum Lungenröntgen geschickt. Dort wird eine Hilusverbreiterung durch einen möglichen neoplastischen Prozess beschrieben und ein CT-Thorax empfohlen. Diese Untersuchung ergibt nur eine unbedenkliche prominente Pulmonalarterie, die projektionsbedingt das Röntgenbild verdächtig erscheinen ließ.

Es war in der Zeit, als man den Tod bei sehr kranken Menschen hinnahm, ohne zu reanimieren, auch wenn er unvermutet eintrat.

Die seit Jahren herzkrank, nun auch herzinsuffiziente 68-jährige Frau kommt in Begleitung ihres Gatten in die Ordination, verfällt zusehends, kann aber noch in ein Ordinationsnebenzimmer gebracht werden, hat dort Schnappatmung, wird zyanotisch. Der Doktor geht sofort hinaus und teilt dem Gatten das Ableben der Frau mit, was dieser gefasst erträgt. Als der Hausarzt zurück zur „Verstorbenen“ kommt, packt es ihn und er beginnt mit einem präkordialen Faustschlag die Reanimation und die Patientin schlägt die Augen auf. Sie sollte ihren Gatten noch einige Jahre überleben.

Das Bestreben eines frühzeitigen Erkennens gefährlicher Krankheitsverläufe mag heutzutage mitunter dicht neben einer Überdiagnostik zu liegen kommen.

Eine Mitfünfzigerin berichtet von ihrer 25-jährigen Tochter, bei der nach Schwindel- und Übelkeitattacken ein Aneurysma der A.cerebri media aufgedeckt und erfolgreich operiert wurde. Selbst soll sie sich nun auch untersuchen lassen. Und es wird tatsächlich in der MR-Angiographie der Hirnarterien ein winziges Aneurysma der distalen A.vertebralis gefunden. Die Spezialisten sehen aber (noch) keine Interventionsnotwendigkeit.

Mit der rhetorischen Frage: Was macht man mit 40.000 Krankheiten in fünf Minuten am Patienten? charakterisierte Braun die Arbeit in der Praxis. Durch den enormen Zuwachs an Wissen über Krankheiten und an verfeinerten diagnostischen Möglichkeiten wird die Lage für die allgemeinmedizinisch, aber auch für die spezialistisch angewandten Medizin keineswegs leichter, sondern im Gegenteil, diese Frage wird immer drängender.

**MR DR. WALTRAUD FINK**  
**MR DR. GUSTAV KAMENSKI**

Wenn auch Sie sich anhand von Praxiserlebnissen austauschen wollen, kommen Sie doch zum **78. Erfahrungsaustausch** am Samstag, **13. Oktober 2018**, 9.00 s.t. bis ca. 12.30 Uhr, in der Ärztekammer für NÖ, 1010 Wien, Wipplingerstraße 2. Details finden Sie ab Ende August auf [www.arztnoe.at/fb](http://www.arztnoe.at/fb) → Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

1) David Orlans, Rodger Charlton, Samuel Finnikin (Eds.) What's in a Story? Lessons from Reflections in General Practice, Hampton-in-Arden Publishing. 2017 Forewords by Roger Neighbour, Iona Heath, Martin Wilkinson. £10. [whatsinastory.co.uk](http://whatsinastory.co.uk), ISBN: 9780954560447

2) Margaret McCartney: The power of medical storytelling. The Lancet 2018;Volume391, Issue 10125 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30555-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30555-5)

3) Braun RN, Mader FH. Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. 5.Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York 2005. [http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz\\_id=505&anker\\_nr=419](http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=505&anker_nr=419)

4) Braun RN, Fink W, Kamenski G. Lehrbuch der Allgemeinmedizin - Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn 2007

5) Braun RN. Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban&Schwarzenberg, München Berlin Wien 1970 (S 389)