

zieren. Gleichzeitig wurde bei meiner Frau ein bösartiger Tumor entdeckt und ich war in ein juristisches Verfahren wegen einer «Fehldiagnose» verwickelt. Ich wusste beinahe nicht mehr, ob und wie ich weiter praktizieren sollte. Es entstand eine enorme Spannung, ja manchmal war es mir, als müsste ich durch die Hölle gehen.

Aber mit der Zeit, die ja unheimlich viele Wunden zu heilen vermag, gelang mir dann wieder der Durchbruch und ich konnte meine Praxis weiterführen. Allerdings mit reduziertem Pensum.

Viele Kollegen machen jetzt keine Hausbesuche mehr, wahrscheinlich aus zeitlichen Gründen; aber wenn ein Patient darum bittet, gehört es meines Erachtens trotz des oft mühsamen Anreisewegs zu den prioritären Dienstleistungen einer guten Praxis, obwohl der Aufwand manchmal gross ist, vor allem, wenn man bedenkt, dass daneben noch eine reguläre Praxisarbeit mit 30 bis 40 Konsultationen pro Tag zu verrichten ist.

Natürlich trage ich auch die Hoffnung in mir, dass Laien, die diesen Text lesen, zur Achtsamkeit gegenüber ihrem Leben angeregt werden. Das wäre mir eine grosse Freude.

War die Praxisarbeit zu Beginn eher mühsam, manchmal sogar langweilig, wurde sie mit den Jahren immer spannender und abwechslungsreicher. Möglicherweise hängt dieses Phänomen mit einem Wissenszuwachs zusammen, sodass ich mit der Zeit ein Auge für seltene Diagnosen hatte. Ich stelle mir das so vor, dass es im Gehirn beim Lernen, sei es aus Lehrmitteln oder in der Praxis, zur Formation von Schablonen kommt, die gespeichert werden (zum Beispiel in meinem fotografischen Gedächtnis); und wenn das Krankheitsbild, das diagnostiziert werden soll, mit einer dieser Schablonen übereinstimmt, dann leuchtet ein grünes Licht. Wenn keine Schablone gefunden wird, muss man sich eine solche

durch Selbststudium und Erfahrung aneignen – und diese gut abspeichern. Es ist die Zeit des aktiven Lernens auf eine Art, die neue Schablonen produziert.

Die Agenden aus all den Jahren habe ich aufbewahrt. Agenda 1995, ein Tag im Januar: acht bis zehn Patienten, Agenda 2015: auch ein Tag im Januar: 38–42 Patienten: ein zirka dreifacher Zuwachs von Konsultationen. Ich habe in meinen Bericht gelegentlich auch Freizeit- oder Ferienerlebnisse eingeflochten, da sie zur damaligen Stimmung wesentlich beigetragen haben. Sie gehören zu meinem Leben, sie brachten mir Abwechslung und Lebensenergie.

### *Ein gewöhnlicher Praxisalltag*

Ein gewöhnlicher Arbeitstag im Februar 2000 sah in Stichworten so aus:

Wie ich in der Agenda sah, waren Patienten ab 7 Uhr eingeschrieben.

- 7 Uhr: Herr N. G.: Besprechung des MRI von der LWS. Patient hatte eine akute Lumboischialgie L5/S1. Es gehe etwas besser, soll Antirheumatika und Tramadol weiternehmen und sich nun, da er aufstehen könne, bei der Physiotherapie anmelden. Das MRI zeigte eine Diskushernie L5/S1, jedoch ohne Nervenwurzelkompression.
- 7.35 Uhr: Frau T. M., zirka 70-jährig: Eine adipöse Bäuerin mit Diabetes mellitus Typ 2, es gehe gut, das Blutzucker-Büchlein zeigte Werte um 7 bis 8 mmol/l. Nächstes Mal wäre wieder ein HbA1c fällig, da das letzte nicht so gut war. Blutzuckermedikamente weiterhin nehmen, jetzt vielleicht aber das Glucophage

- verdoppeln. Kontrolle in zwei Monaten. Den Blutdruck noch schnell gemessen.
- 8 Uhr: Herr K. R., 40-jährig: Wahrscheinlich grippaler Infekt, CRP 30, also nicht so hoch. Hat 37,8 Grad Temperatur, Lungen sauber, Hals leicht gerötet. Bettruhe, Dafalgan und Tee trinken. Kontrolle in einer Woche.
  - 8.15 Uhr: Herr B. A., 39-jährig: Laborresultate vom letzten Check-up seien nicht ganz alle normal, einige Leberwerte seien über der Norm. Wie viel Alkohol trinke er? Könne er mal eine Pause von drei bis vier Wochen machen und sich dann noch einmal zur Nachkontrolle melden? Oder die MPA gibt ihm gerade einen Termin mit.
  - 8.30 Uhr: Frau R. A., 50-jährig: Gehe ihr tiptopp, nehme Medikamente gegen hohen Blutdruck sehr regelmässig, 138 zu 92, habe beidseits einen trockenen Reizhusten. Hypertonie aktuell gut eingestellt. Sie möge sich noch einmal auf die Untersuchungsliege legen, ich möchte gerne noch einmal das Abdomen auf Gefässgeräusche untersuchen. Ich höre nichts. Den Husten betreffend wäre es angezeigt, diesen im Verlauf der Woche noch einmal zu kontrollieren, eventuell komme er von einem der Blutdruckmedikamente (ACE-Hemmer).
  - 8.45 Uhr: Herr M. B., 30-jährig: Habe seit heute Nacht Brennen in der Blasengegend. Häufiges Wasserlassen. Ob er ein Brennen beim Wasserlassen verspüre? MPA bringt gerade den Laborzettel, der einen Harnwegsinfekt ausweist. «Die MPA wird Ihnen ein Antibiotikum geben. Trinken Sie etwas mehr! In drei Tagen haben wir das Antibiogramm, wir sehen uns dann.»
  - 9 Uhr: Herr W., 46-jährig: Fieber bis 39 Grad, starkes Krankheitsgefühl, Husten seit einer Woche; beim Abhören der Lunge höre ich feine Thorax-Rasselgeräusche links basal, «wir machen ein Röntgenbild vom Thorax, warten Sie, bis Sie die MPA ruft».

- 9.45 Uhr: Frau S. T., 58-jährig, mit Status nach Lungenembolie - Antikoagulation mit Marcumar, Quickwerte o.k., Kontrolle in vier Wochen.
- 10 Uhr: Herr K. M., 64-jährig: Besprechung des Resultats vom Kardiologenkonsilium: Keine fassbare KHK, also KHK-Risikofaktorkontrolle intensivieren; rauchen Sie noch? Simvastatin abends erhöhen, da Lipide nicht optimal.
- 10.10 Uhr: Das vorhin gemachte Thoraxröntgenbild von Hr. K. W. ist mittlerweile zur Beurteilung aufgehängt. Flächige Verschattung im rechten Lungenunterlappen. Hole den Patienten ins Sprechzimmer und erkläre ihm das Bild. Befund spricht für eine Pneumonie rechts basal, da ausserhalb des Spitals erworben, gebe ich ihm ein Erythromycin-Antibiotikum. Soll mich morgen anrufen, wie es ihm gehe. «Mit allergischem Asthma, ausgebaute Therapie mit Cortisontabletten. Man kann jetzt, da es Ihnen besser geht, mit dem Cortisonpräparat ausschleichen. Antibiotika noch zirka für drei Tage, Inhalationen mit Sprays weiter.»
- 10.30 Uhr: 20-jähriger Mann mit Erkältungssymptomen. Lungen sauber, CRP nur leicht erhöht, also so weiter, Arbeitsunfähigkeitszeugnis bis Ende der Woche ausgestellt.
- 10.45 Uhr: Eine 60-jährige Frau kommt zur Vitamin-B12-Spritze, die sie monatlich erhalten muss. Es gehe ihr gut: «Ich denke, dass wir bald eine obere Kontrollgastroskopie machen lassen müssen, da Sie mit einer atrophischen Gastritis ein erhöhtes Magenkarzinomrisiko haben», sagte ich. «Soll ich Sie bei Dr. B. anmelden? Rufen Sie mich nach der Endoskopie an!»
- 11 Uhr: Frau B., 35-jährig, kommt zur Kniegelenkspunktion, da sie immer wieder über Schmerzen und Schwellungen in diesem Gelenk klagt. Es könnte eine Lyme-Borreliose sein (Zecken), die Blutbefunde sind nicht eindeutig, zum Teil positive Antikörper auf Borrelien.

- Nach einem Telefonat mit einem Patienten verlangt eine ältere Frau einen Hausbesuch wegen rechtsseitigen Oberbauchschmerzen mit Fieber und Erbrechen. Also. Nachdem ich noch schnell die Post angeschaut hatte, erledigte ich noch den notfallmässigen Hausbesuch. Die Frau hatte eindeutig eine febrile Oberbauchperitonitis rechts, also ich vermutete eine akute Cholecystitis bei einem bekannten Konkrement in der Gallenblase. Ich brachte diese alleinstehende Patientin direkt in die Notfallaufnahme des Spitals, anschliessend fuhr ich in die Praxis und ging zu Fuss in die vis-à-vis unserer Praxis gelegene Bäckerei, ich bin also zirka um 13.15 Uhr wieder zur Sprechstunde bereit.
- 13.15 Uhr: Frau H. E. mit Patella-Nail-Syndrom hat Schwierigkeiten beim Stuhlgang, anale Schmerzen sind bedingt durch eine grössere Fissur, wir probieren es mit Stuhlregulation und lokaler Salbe sowie Suppositorien, mit Diabetes mellitus Typ 1. Geht gut, Kontrolle in zwei Monaten.
- 13.45 Uhr: 23-jährige Frau mit juvenilem Diabetes mellitus, die Blutzuckerwerte sind in Ordnung, HbA1c optimal.
- 14 Uhr: 22-jährige Frau mit erhöhtem BMI, jetzt schon Diätprogramm ohne den leisesten Erfolg. Melde ein Konsilium für Magen-Bypass an.
- 14.15 Uhr: Frau K.W: erhöhter Blutdruck, Kontrolle und Blutabnahme; Ergebnisse das nächste Mal.
- 14.30 Uhr: Herr R.: Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS), Überweisung in die Physiotherapie;
- 14.45 Uhr: Frau H. B.: Grippeimpfung;
- 15.00 Uhr: Herr W. R.: Routine-Blutdruckkontrolle
- 15.15 Uhr: Frau L. Di M.: Blutsenkung/Blutzucker, akuter Harnwegsinfekt, verschreibe ihr ein Antibiotikum für drei Tage.
- 15.30 Uhr: Frau B.: Quick-Kontrolle, Nachbehandlung: Zustand nach Lungenembolie;

- 15.45 Uhr: Herr M. A.: Abklärung Magenschmerzen, Überweisung zur oberen Endoskopie; Behandlung mit einem Säureblocker;
- 16.00 Uhr: Herr T.: CRP geplant, Patient nicht erschienen. Ich mache Feierabend.

Im Folgenden schildere ich Fälle, die schwer zu diagnostizieren waren, die mich als Mediziner sehr herausgefordert haben. Einerseits waren es die Highlights in meiner Praxistätigkeit, andererseits haben sie tiefe Spuren bei mir hinterlassen und mich stark beschäftigt.

### *Panikattacke?*

Ein Fall, der mich sehr beschäftigte, war die 35-jährige Frau mit diesen angeblich heftigen Panikattacken, die ich einmal im Notfalldienst kennengelernt hatte. Jedenfalls behauptete sie, dass sie den Arzt, der sie in der Psychiatrie behandelt hatte, immer nur von Panikattacken reden hören hatte. Meines Wissens nach sind Panikattacken anfallsartig auftretende Angstzustände, bei denen die Symptome immer unerwartet auftraten und nicht nur durch äussere Auslöser erklärt werden können. Es kommt zu heftigem Herzklopfen, zur Hyperventilation mit Abatmung von CO<sub>2</sub> im Blutkreislauf, was dann ein Leeregefühl im Kopf bewirken kann. Durch das Atmen in einen kleinen Plastiksack, welcher dicht über Mund und Nase gehalten wird, und in den der Patient ein- und ausatmet, verschwinden die Symptome meist. Ob es dann wirklich Panikattacken gewesen sind?

Der notfallmässige Anruf von damals im November um fünf Uhr früh riss mich aus dem Schlaf, er war aber berechtigt. Die Stimme

am anderen Ende der Leitung klang sehr weinerlich und verzweifelt. Eine Frau klagte über Herzrasen, Atemnot, Kopf- und Brustschmerzen; und nachdem sie mir ihre Personalien angegeben hatte, setzte ich mich ohne weitere Fragerei ins Auto und fuhr ins Nachbardorf. Es war ein nasser, trüber Sonntagmorgen. Unterwegs begegnete ich nur einem leeren Linienbus. Während der Fahrt begann es zu regnen, der Himmel war tief behangen mit grauen Regenwolken, welche der Wind von Ost nach West trieb. Nachdem ich das Mehrfamilienhaus auf der Stadtkarte hatte lokalisieren können, stellte ich mein Auto auf dem Besucherparkplatz ab, entnahm dem Kofferraum die Ärztetasche und bemerkte, dass das Haus keinen Lift hatte. Die Patientin wohnte im dritten Stock. Im Treppenhaus roch es nach Zigarettenrauch, man hörte leise Musik aus irgendeiner Wohnung und den Lärm von Geschirr, das wahrscheinlich abgewaschen wurde.

Die Wohnungstüre von Frau A. wurde geöffnet, bevor ich überhaupt läuten konnte. Sie hatte mein Kommen vermutlich durchs Fenster beobachtet. Da stand die junge Frau mit einem verweinten Gesicht in einem rosaroten Morgenmantel barfuss vor mir und schaute mich traurig an, dann gab sie mir die Hand und bat mich hereinzukommen. Sie setzte sich im Wohnzimmer auf ein Sofa, dann fragte ich sie nach ihrem Namen und Geburtsdatum. Und ob sie mir die Problematik der vergangenen Nacht noch einmal schildern könne. Während sie in aller Ausführlichkeit erzählte, wanderten meine Gedanken hin und her. War es etwas Gravierendes oder war das nur etwas Vorübergehendes?

Seit zirka einem Jahr habe sie Anfälle, die mit schlagartigem Herzklopfen beginnen würden, wie wenn jemand einen Lichtschalter betätigen würde. Das Herz schlage dann sehr schnell und ziemlich regelmässig. Wenn es länger dauere, beginne es unter dem Brustbein zu drücken oder zu stechen, manchmal habe sie etwas Atemnot und oft richtig starke Kopfschmerzen, sagte sie, während sie

sich mit einem Papiertaschentuch schnäuzte. Sie erzählte mir auch, dass sie bis vor ungefähr einem halben Jahr wegen Depressionen in der Psychiatrie hospitalisiert gewesen sei. Die dortigen Ärzte hätten die Herzbeschwerden als harmlos beurteilt, ein Belastungs-EKG und eine 24-Stunden-Blutdruckmessung seien vorangehend normal ausgefallen.

Meine Untersuchung der Patientin, die ich anschliessend durchführte, zeigte einen vor allem diastolisch erhöhten Blutdruck, welcher aber nicht sehr ausgeprägt war und den ich im Zusammenhang stehend mit der jetzigen Situation sah. Die übrigen Untersuchungsbefunde waren alle im Normalbereich, der auf 120 erhöhte Puls war möglicherweise ebenfalls der Aufregung geschuldet. In diesem Sinne besprach ich die Befunde mit der Patientin, erwähnte aber auch, dass ich für eine definitive Beurteilung einige Zusatzuntersuche durchführen müsse, die man nicht jetzt und hier vornehmen könne. Die Patientin bekundete, dass es ihr ein Anliegen sei, weiterhin zu mir in die Sprechstunde kommen zu können. Nachdem wir noch einige Worte über die vergangene Nacht gewechselt hatten, verabschiedete ich mich von ihr. Für alle Fälle liess ich ein beruhigendes Notfallmedikament dort, das sie bei Bedarf ausnahmsweise einnehmen konnte. Beim Gang vom Haus bis zum Auto spürte ich, dass ich leichte Kopfschmerzen hatte ... Eine bleierne Müdigkeit befiel mich. Ein kühler Wind liess mich einen Moment erschauern, ich hätte doch besser die dickere Jacke angezogen. Einige Windböen liessen die dünnen Blätter in einer Ecke der Gartenmauer einen wilden Tanz aufführen, einen verrückten Tanz, so wie es manchmal in einer Praxis zu- und hergeht.

Ich fuhr nun in die Praxis, wo mich zu meinem Glück die MPA mit einem Kaffee erwartete. Es war erlösend, mit einem anderen Menschen über die Probleme sprechen zu können. Wir sprachen über die Patientin A., die ich von nun an zu betreuen hätte. Zudem war es sehr hilfreich, im Notfalldienst nebst Labor auch mal ein

Röntgenbild oder EKG machen zu können. Das war für gewisse Notfälle ein Segen.

An diesem Notfalldienstsonntag war nicht besonders viel los, so dass ich, nachdem ich meine Krankengeschichtseinträge gemacht hatte, genügend Zeit fand, in den medizinischen Zeitschriften, die sich in den letzten paar Wochen angesammelt hatten, zu blättern. Von allen Zeitschriften schätzte ich das NEJM am meisten, eine amerikanische Zeitschrift, die wöchentlich im Briefkasten lag. Sie war voller guter Artikel über neue Therapien, voller kritischer Studien über spezielle Therapiemassnahmen, Medikamente, voller Fallberichte und zusammenfassender Artikel über eine bestimmte Krankheit.

Mittlerweile war es Abend geworden. Die MPA verabschiedete sich und auch ich hängte meinen Kittel in den Schrank. Beim Rundgang durch die Praxis sah ich, dass das externe Laborauftragsformular für die Patientin mit den Panikattacken schon für morgen Montag bereitlag. Dann fuhr ich den PC herunter, löschte das Licht und schloss die Praxis, nahm den Lift in die Tiefgarage und fuhr nach Hause.

Tags darauf, am Montag, kam die Frau mit den vermeintlichen Panikattacken dann zu mir in die Sprechstunde, es war zirka 13 Uhr. In meinem Sprechzimmer hatte ich ein grösseres abstraktes Bild an der mir gegenüberliegenden Wand aufgehängt, es war dem Rücken der Patienten zugewandt, also konnte sie es nicht direkt sehen, wenn wir miteinander redeten. Der Farben- und Formenreichtum dieses Bildes war für mich eine Wohltat, wenn ich es in mühsamen Gesprächen immer wieder betrachtete. Dann lenkte ich meinen Blick auf einen Bereich des Bildes und ich verweilte eine gewisse Zeit dort, was mir etwas Ruhe und Entspannung brachte – somit konnte ich mich dann besser auf den Patienten einlassen.

Nachdem sie vor mir Platz genommen hatte, war ich erstaunt, wie sich ihr Aussehen gegenüber gestern Abend verändert hatte: Sie war sportlich gekleidet, war dezent geschminkt. Nichts an ihr erinnerte mich an die gestrige Geschichte. Jetzt musste ich ihr eine Therapie anbieten. Ich beschloss deshalb, sie einfach einmal erzählen zu lassen. Zwischendurch stellte ich Fragen, vermied aber jede Deutung und gab noch keine Verhaltensratschläge.

Dabei fiel mir auf, dass sie immer wieder begann, über diese Attacken zu sprechen, die ihr sehr Eindruck zu machen schienen. Nach ungefähr einer Stunde notierte ich anschliessend in meine Krankengeschichte: Depression mit Panikattacken, funktionelle Herzbeschwerden, eine Art Hypertonie, Kopfschmerzen vasomotorisch, neu war ein Diabetes Typ 2 (Diabetes, nicht insulinabhängig).

Ich erklärte der Patientin, dass meiner Meinung nach das Herz eben ein sehr sensibles Organ sei und bei gewissen Menschen sehr empfindlich auf minimale Reize reagiere!

Es war gegen Ende der nachmittäglichen Sprechstunde, als wir einen Anruf von einer Freundin der Patientin erhielten. Die Anruferin war derart nervös, dass man sie kaum verstehen konnte. Unwohlsein trat bei mir auf. Als mich die MPA ans Telefon bat, konnte ich keine gezielten Fragen stellen, sie war so erregt, dass ich sofort alles liegen liess und zu der Patientin fuhr. Dabei realisierte ich wieder einmal mehr, dass ich selber sehr nervös wurde, da ich alle paar hundert Meter an einer Verkehrsampel warten musste. Es war Feierabendverkehr, die Strassen der Stadt waren alle blockiert. Als ich endlich vor Ort war, war ich völlig durchgeschwitzt.

Die Türe zur Wohnung war geöffnet, ich sah, dass die Patientin auf dem Sofa lag, ganz blass, und auffallend stark schwitze.

Daneben sass die Freundin, die ihr einen kalten Wickel auf die Stirne drückte. Ohne grosses Fragen konnte ich einen Blutdruck von 210 zu 150 messen, der Puls war regelmässig um 169 Schläge pro Minute. Ich konnte mit ihr reden, sie bewegte alle Glieder auf Aufforderung normal. Die Sprache war etwas undeutlich und sie erwähnte, dass sie einen Druck auf der Brust spüre und starkes Kopfweh habe. Bevor ich die Ambulanz alarmierte, gab ich der Patientin eine Kapsel Nitroglycerin unter die Zunge und wartete einige Minuten, während welcher mir die wichtigsten Differentialdiagnosen durch den Kopf gingen. Zu meinem Erstaunen waren die Blutdruckwerte sofort fallend und der Puls war weniger schnell. Die Patientin hatte nach zirka 20 Minuten keinen Druck auf der Brust mehr. Dieser Vorfall war bis zum Beweis des Gegenteils keine Panikattacke, sondern am ehesten eine plötzlich aufgetretene hypertensive Krise. Doch was hatte diese ausgelöst?

Die Patientin sagte, dass sie sich beim Bücken mit Anlehnen des Unterbauches am Fensterrahmen – sie wollte Fenster reinigen – wehgetan habe, dann sei das Herzklopfen gekommen. Der Groschen fiel bei mir bei diesen Worten und eine Schablone in meinem Hirn gab grünes Licht.

Nachdem die Störung weiter abgeklungen war, vereinbarten wir für den nächsten Tag eine Blutentnahme und gezielte Labortests. Schon bald erhielt ich die Resultate, ich glaubte es kaum: Die Frau hatte massiv erhöhte Katecholamine, welche wir im Blut und im Urin nach dem Anfallstag nachweisen konnten. Der nüchterne Blutzucker war auch leicht erhöht. Katecholamine sind gefässaktive Hormone, das heisst, sie treiben den Blutdruck nach oben, der Puls steigt auch an. Sie sind beim Menschen wie das Benzin, das den Kreislauf und das Herz zur Funktion ankurbelt und den Blutdruck und somit den Kreislauf aufrechterhält. Die Bildung dieser Hormone geschieht hauptsächlich im Mark der Nebennieren. Bekannt sind seltene Tumore des Nebennierenmarkes, die

von sich aus ohne Stimulus den Spiegel der Katecholamine dauernd oder anfallartig – zum Beispiel bei Druck auf das Abdomen oder beim Bücken – erhöhen und somit Blutdruckkrisen auslösen können. Diese Form des Hochdruckes ist aber sehr selten, nur bei zirka 0,2% aller Hochdruckpatienten findet sich ein solcher Tumor als Ursache ihres erhöhten Blutdruckes.

Ich musste diese Frau zur weiteren Abklärung in der Uniklinik hospitalisieren, um einen möglichen Tumor lokalisieren zu können und den Blutdruck optimal einzustellen.

Schliesslich lautete die Diagnose Phäochromozytom (Nebennierentumor), keine Hinweise für lokale oder Fernmetastasen der Nebenniere. Die Patientin erhielt eine laparoskopische Entfernung des Tumors aus dem rechtsseitigen Nebennierenmark. Zum Glück war alles gut verlaufen. Ich habe seither keine Hauptdiagnosen von Kollegen übernommen, ohne mich selbst von deren Korrektheit überzeugt zu haben!

Als die Patientin zirka sechs Wochen später wieder in die Sprechstunde kam, war sie enttäuscht, dass ich den Tumor nicht schon früher entdeckt hatte. Jedenfalls waren die sehr unangenehmen Episoden mit Herzrasen vorbei, und das Schwitzen und die Kopfschmerzen ebenso. Ich erklärte der Patientin, dass ich stolz sei, die Diagnose gestellt zu haben, und nicht jeder Praktiker sehe in seiner Praxiszeit jemals einen solchen Fall. Nur bei 0,2% aller Hypertonien sei ein Phäochromozytom die Ursache des erhöhten Blutdrucks.