

Patientenwohl in der hausärztlichen Praxis

Philosophicum für Mediziner
Universitätsklinikum Würzburg 21.12.2017

1

Gernot Rüter Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin,
Hausarzt seit 1980

Endpunkte sind eine Frage der Blickwinkel

- ▶ Zeitpunkt 0
 - ▶ Einschluss des Patienten in ein RCT zur Frage ASS 100 bei mittlerem kardiovaskulärem Risiko: **Alter, Hypertonus, Mann, Hypercholesterinämie**
- ▶ + 4 Jahre und 8 Studienvisiten:
 - ▶ Akute Appendizitis, hausärztliche Einweisung, Operation am selben Abend
- ▶ +4,5 Jahre und 9 Studienvisiten:
 - ▶ **Akuter Hinterwandinfarkt** mit Kammertachykardie, 2x Kardioversion, Stentimplantation, 1-Gefäßerkrankung; ASS und Ticagrelor in offener Medikation
- ▶ **STUDIENENDPUNKT**, follow up, Disease management Programm, koronare Herzkrankheit
- ▶ + 6.5 Jahre
 - ▶ **epileptischer Anfall**, Diagnose eines **Glioblastoms**, inoperabel; primär palliative Situation, 2 Rippen gebrochen. ASS abgesetzt, Ticagrelor kurz vorher
- ▶ Palliative Bestrahlung des Gehirns und palliative Chemotherapie (Temozolamid), Dexamethason, ASS wieder verordnet, Antiepileptica
 - ▶ Wunschverordnung Sildenafil [z. B. Viagra]
- ▶ + 7 Jahre
 - ▶ Hausärztlich/palliatives Gespräch über Suizidwünsche („Schweiz“); Widerstand aus der Familie
 - ▶ Bettlägerigkeit, Inkontinenz, Katheter; Versorgung nur noch durch Hausbesuche (9 km) auch Neurologin kommt zum Hausbesuch)
- ▶ + weitere 2 Monate, Verlauf mit Höhen und Tiefen, immer wieder Krampfanfälle
 - ▶ Einschaltung der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**; **parenterale Opiattherapie**
- ▶ + 8 Jahre
 - ▶ Zu Hause **im eigenen Bett verstorben**: Leichenschau und Totenschein durch Hausarzt

Der Fall -2016

3

- ▶ Die 50 jährige Sozialpädagogin kommt im Herbst 2016 in meine Behandlung
 - ▶ Sie war im Sommer an einem malignen Lymphom mit ossärem Befall des Kopfes und des rechten Armes erkrankt
 - ▶ Chemotherapie derzeit abgeschlossen, Radiotherapie geplant
 - ▶ Blutkontrollen, Stagingkontrollen, Koordination; Krankmeldungen
- ▶ Lebenspartner (Staatsanwalt, mehrere Kinder) kündigte ihr die Beziehung [er habe schon die erste Frau an Krebs verloren; könne das nicht nochmal mitmachen] sie muss die gemeinsame Wohnung verlassen; kommt bei Freunden unter; für sie selbst ist es die zweite tiefe Beziehung, die erste Ehe wurde schnell geschieden, ein gut 20-jähriger Sohn
- ▶ Erkrankung tritt zwischen zwei Arbeitsstellen auf, die eine ist gekündigt, die neue Stelle kann sie wegen Erkrankung nicht antreten; bisher in der Onkologie gearbeitet
- ▶ Schwieriges Verhältnis zur Herkunftsfamilie; Übergriffigkeiten, späterer Bericht über Missbrauch durch einen älteren Bruder (davon erfahre ich erst später)

Der Fall -2017

- Februar. Chemo- und Radiotherapie sind abgeschlossen; Antreten einer onkologischen Rehabilitation
- Nach 5 Tagen dort depressive Dekompensation mit psychotischen Symptomen; latente Suizidalität: Verlegung in eine psychiatrische Klinik; dort allmähliche Erholung, keine psychotischen Symptome mehr; Entlassdiagnosen: Delir ohne Demenz F05.0, Posttraumatische Belastungsstörung F43.1
- Danach Wiedervorstellung bei mir. Erschütterung über die Dekompensation und die Psychiatrie-Notwendigkeit; weiter arbeitsunfähig; $\frac{1}{4}$ des Kopfes haarlos, sonst wachsen die Haare wieder
- Sie muss bei den Freunden ausziehen. Ich bin an der Vermittlung beteiligt, dass sie bei anderen Freunden einziehen kann. Nach der ersten Nacht dort erneute Dekompensation; verlässt nachts die Wohnung, verunfallt mit dem Auto, landet erneut in der Psychiatrie. Dort besuche ich sie.
- Führerschein vorerst sichergestellt, erhält sie später zurück, keine Anklage wegen des Unfalls. Aussteuerung bei der Kasse und Versicherungsverlust drohen, beides kann abgewendet werden.
- Erfolgreicher Antrag auf psychosomatische Rehabilitation und heftiges Kümmern um das Zustandekommen
- Herbst 2017. Reha erfolgreich abgeschlossen. Findet neue Arbeitsstelle, die sie nun antritt

Haltung und Interventionen (Matrix)

(Arzt/Ärztin, MFA-Team, Praxisumgebung)

<p>Körperliche Untersuchung, Labor, Stagings, Koordination, Überweisungen</p>	<p>Soziale Sicherung, Wohnung, Umfeld, Krankmeldung, Arbeitsagentur, Krankenkasse, Rentenversicherung</p>	<p>Emotionale Sicherung, Wertschätzung, Achtsamkeit, Selbstabwertung verhindern; Gespräche!!!</p>
<p>Medikation? Diagnostische Zuordnung? Kodierung? Abrechnung?</p>	<p>Patientin</p>	<p>Telefonat mit sozialer Umgebung, rechtliche Absicherung</p>
<p>Salutogene und soziale Perspektiven aufrecht erhalten; wie soll das Leben weitgehen?</p>	<p>Suizidsicherung: Erreichbarkeit durch Telefon, SMS</p>	<p>Psychosomatische Grundversorgung: „Ich fühle mich von der Familie behandelt als sei „ich ein eitriges Sozialgeschwür“; „Ich komme mit mir nicht mehr in Kontakt“</p>

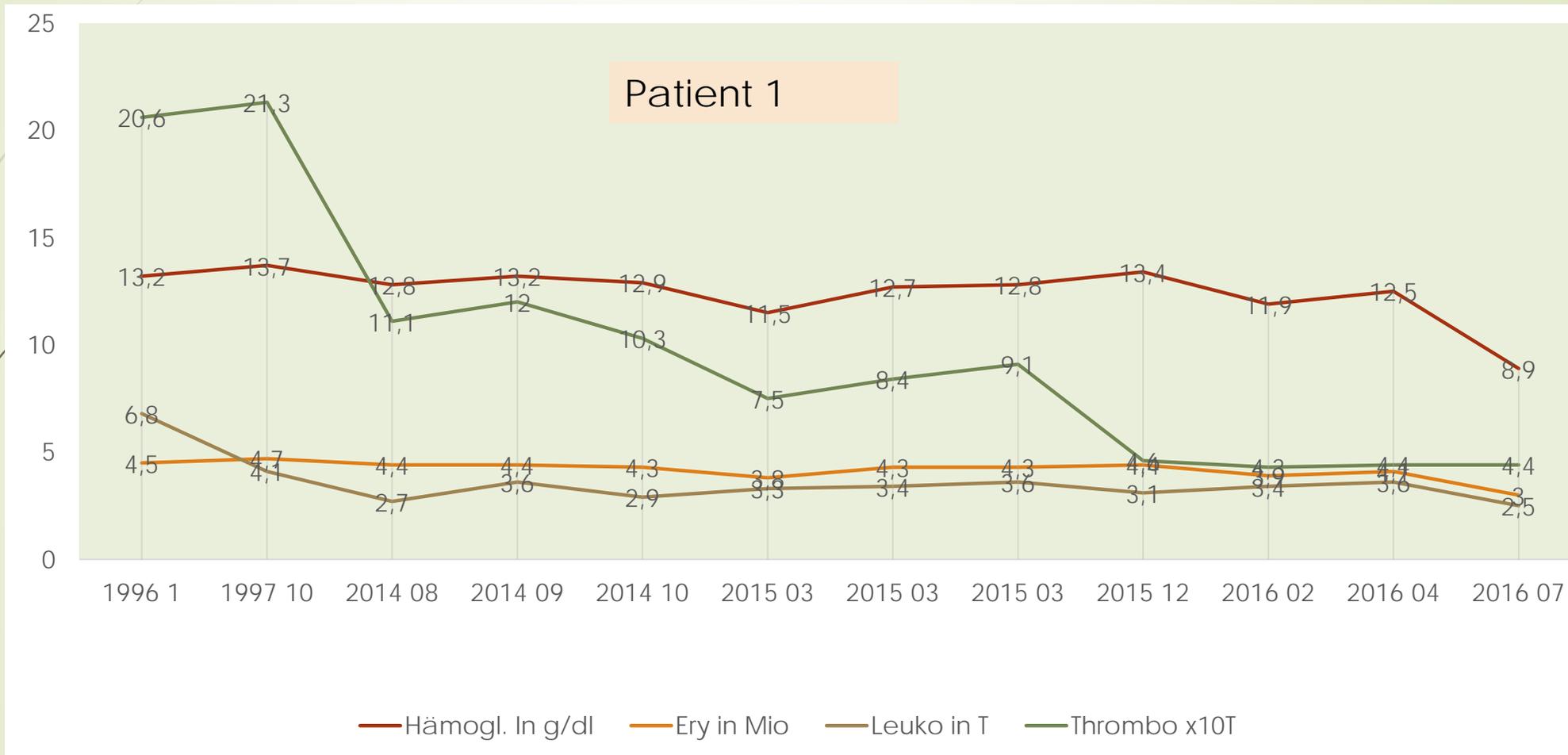
Drei Patienten mit Panzytopenie

Eine somato-psychische Übersicht aus der Hausarztpraxis

Der Augenblick des Eintretens des Plötzlichen in das „Dahinwähren“ ist der, dass etwas anders (geworden) ist, dass etwas „der Fall ist“

6

Jeweils: Laborwerte der letzten Jahre

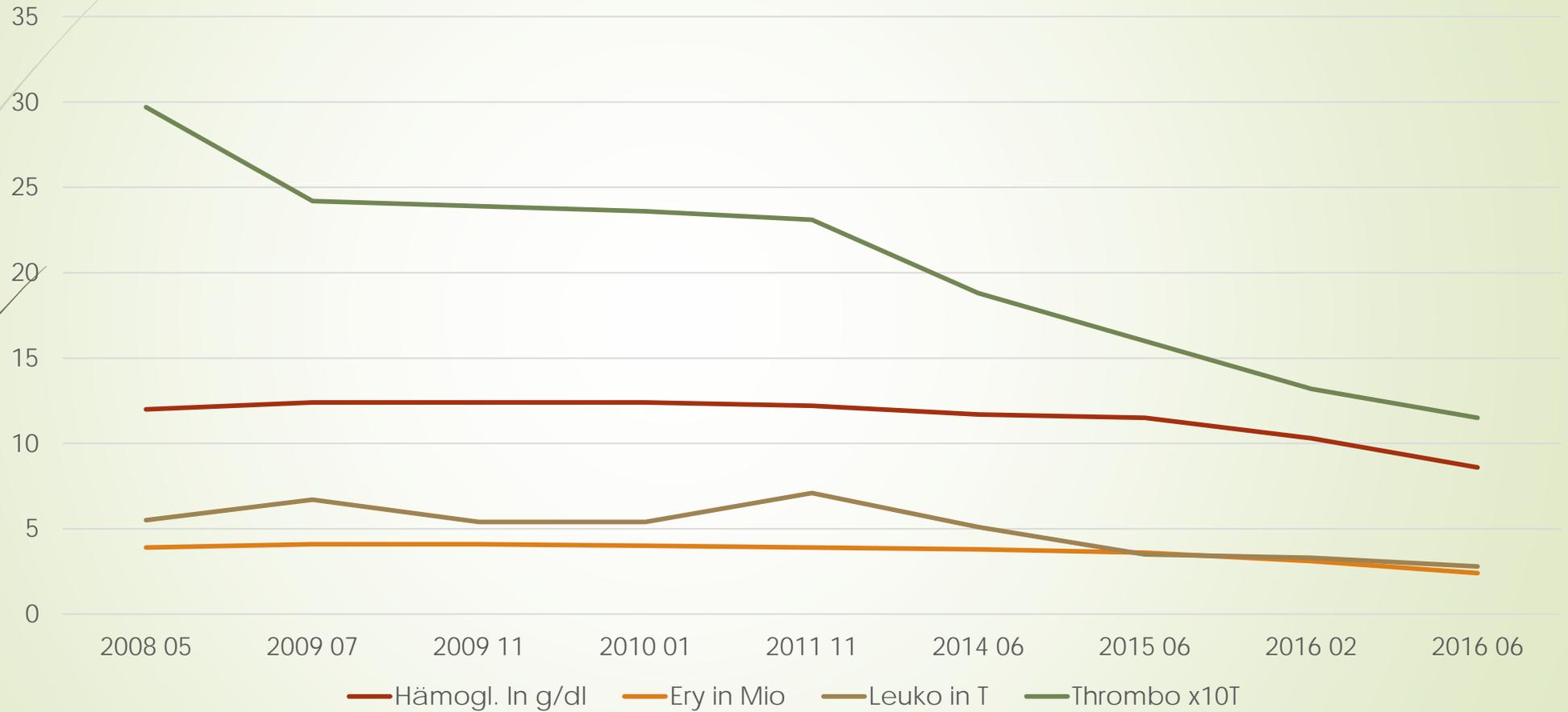


Patient DS, in 2016 58J, weibl.

⁸Zeitlicher Verlauf; Evidenz für Vorgehen erst 07-2016

- 08-2014 niedrige Thrombozytenwerte fallen auf, Augenmerk auf niedrigen Leukos und Erys: Kontrolle in 4 Wochen, Deutung: reaktive Knochenmarksdepression
- 9-2014 erneut Kontrolle in 4 Wochen, keine grundsätzliche Änderung
- 10-2014, Werte besser, aber nicht gut; hermeneutische Schwebel, abwartendes Offenlassen, „dealing with uncertainty“
- 03-2015 Rat zu einem onkologischen Konsil
- 04-2015 07-2015 11-2015
 - jeweils klinisch-onkologische Berichte: V. a. Autoimmunthrombozytopenie Werlhof; Abstraten von Knochenmarksbiopsie
- 12-2015 1-2016 4-2016
 - Berichte niedergelassener Onkologe, weiter V. a. M. Werlhof, Antikörper nie nachgewiesen, keine Erklärung für Leukopenie, Erythrozytopenie und Hb-Abfall
- 6-2016 Thrombozyten in versch. Zählverfahren niedrig
- 07-2016 Knochenmarksbiopsie: **Haarzellen-Leukämie**: Beginn Chemotherapie

Patient 2, GH, in 2016 77J, weiblich



Patient GH, in 2016 77J, weiblich

Z. n. Subarachnoidalblutung, Aneurysma, Z. n. Hüft-TEP, L.E. discoides

Evidenz-gestützte Beratung und Begleitung der vorliegenden Erkrankungen, z. B. MRT-diagnostik bei den Kindern der Pat. bzgl. Aneurysmata

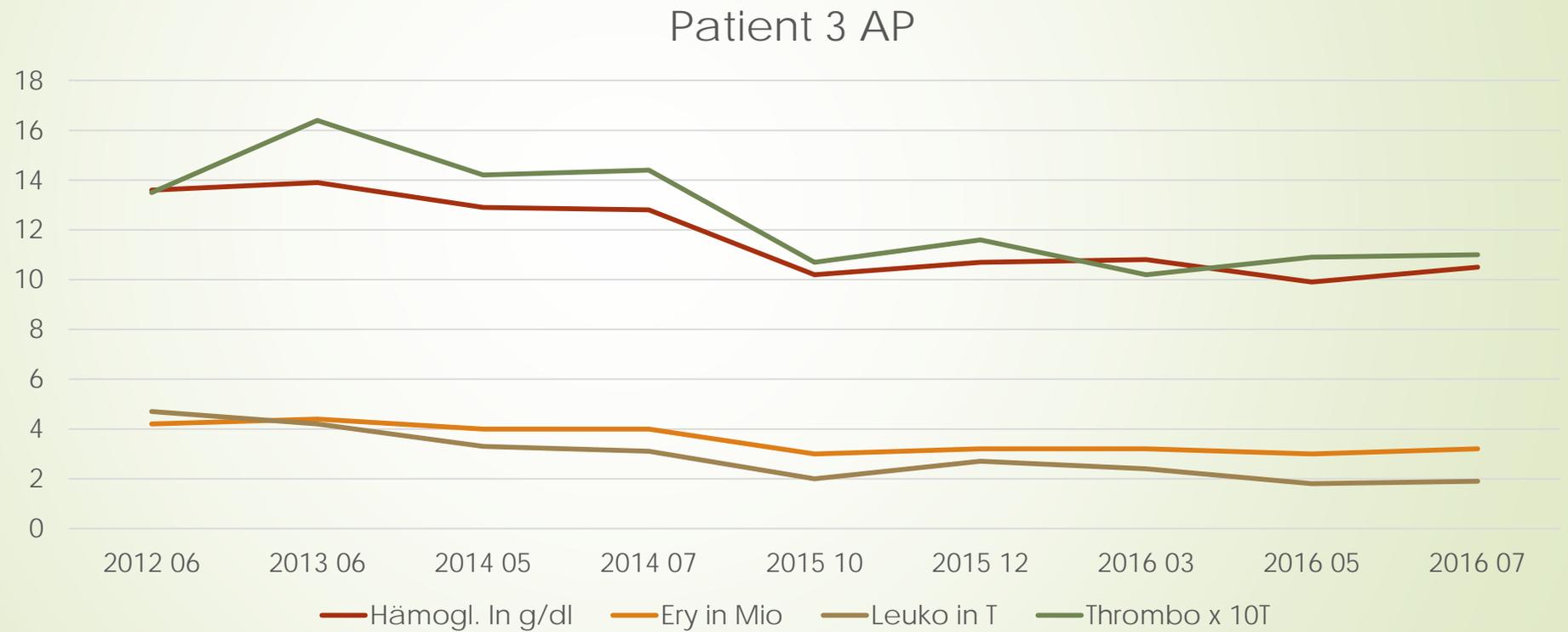
- ▶ Hausärztliche Begleitung der anderen genannten Erkrankungen. Die Blutbildveränderungen fallen erst im Juni 2016 auf und werden als solche „explizit“.
- ▶ 06.06.2016 erste onkologische Überweisung mit V. a. Panzytopenie
 - ▶ 13.06.2016 Beratung beim Hausarzt, dass Beckenkammbiopsie unbedingt nötig, wie Onkologe vorschlug
- ▶ 07.07.16 erneute Überweisung zum Onkologen: Resultat besprechen: Myelodysplastisches Syndrom
- ▶ April 2017 Übergang des myelodysplastischen Syndroms in eine akute myeloische Leukämie mit multilinearer Dysplasie (Thrombozytopenie führend)
- ▶ 2017 zunehmende demenzielle Entwicklung vom Alzheimer-Typ

Zusammenfassung und Beurteilung:

Korrelat der Panzytopenie ist ein myelodysplastisches Syndrom, speziell MDS-EB-1 (früher: Refraktäre Anämie mit Blastenexzess 1). Es liegt eine "intermediate risk" bzw. "intermediate risk 1"-Situation vor, bei der keine Indikation für eine spezifische Therapie besteht, allerdings eine symptomorientierte Therapie erfolgen sollte. Ich werde die Krankheit weiter überwachen.



Laborwerte Patient 3

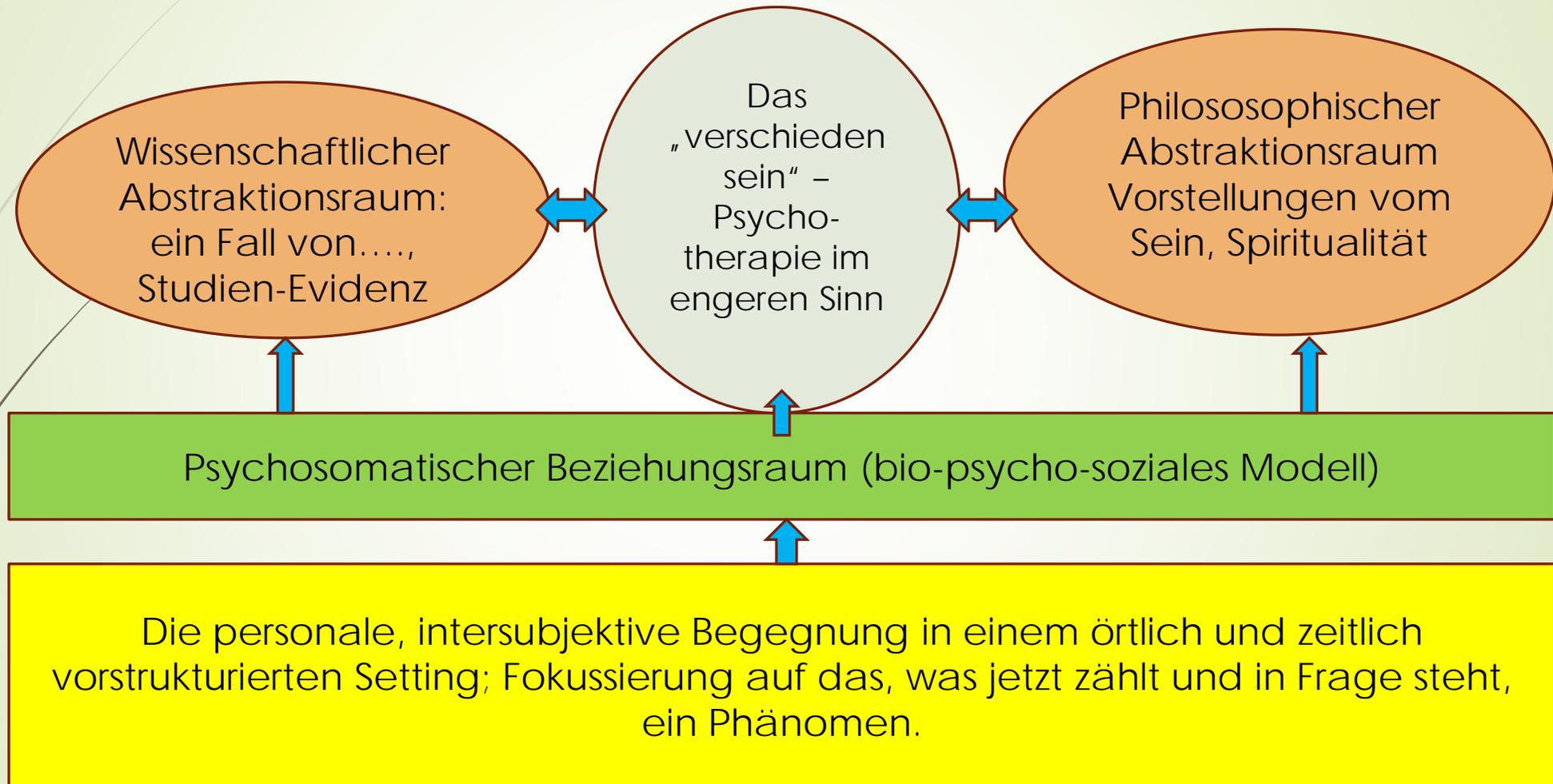


Patient 3, AP, in 2016 75J, männlich aktiver, umtriebiger Gärtner und Züchter, viele Reisen ins Ausland arterielle Hypertonie, therapiert

- ▶ 4-2014 nach Rückkehr von Reise GU mit erweitertem Blutprogramm, dabei erstmals Hinweise auf Knochenmarksdepression
- ▶ 5-2014 Bestätigung der Panzytopenie 7-2014 Kontrolle mit Elektrophorese ->typische Gammazacke, 39% Gammaglobuline
- ▶ 9-2014 Diagnose einer monoklonalen Gammopathie
- ▶ 3-2015 Knochenmarksbiopsie mit Sicherung einer Infiltration des KM durch pathologische Plasmazellen. 40% Infiltratanteil.
- ▶ 9-2015:

Darstellung der Harnblase . Geringe Prostatahypertrophie (Durchmesser 4,6 cm) . Beurteilung: Kein eindeutiger Nachweis von umschriebenen Osteolysen im Untersuchungs bereich bei erheblicher diffuser Entkalkung der Knochenstruktur und teilweise grobsträhnigen Knochenbälkchen , sodass **z.B. eine diffuse Plasmozytominfiltration nicht sicher auszuschließen** ist . Osteochondrose / Spondylose insbesondere der HWS und unteren LWS . Kein Anhalt für Organmanifestation . Gefäßsklerose.
- ▶ Indikation zur Chemotherapie wird gestellt, Hochdosis-Chemotherapie zu überlegen
- ▶ 7-2016 Klinisch-onkologische Zweitmeinung (bis 08-2016 kein schriftlicher Befund) Patient zögert bezüglich Chemotherapie und Hochdosis-Chemotherapie. **Regelmäßige Hausarztgespräche seit Diagnosestellung.**
- ▶ 5-2017 Einleitung einer Chemotherapie mit Revlimid (Lenalidomid)/Dexamethason

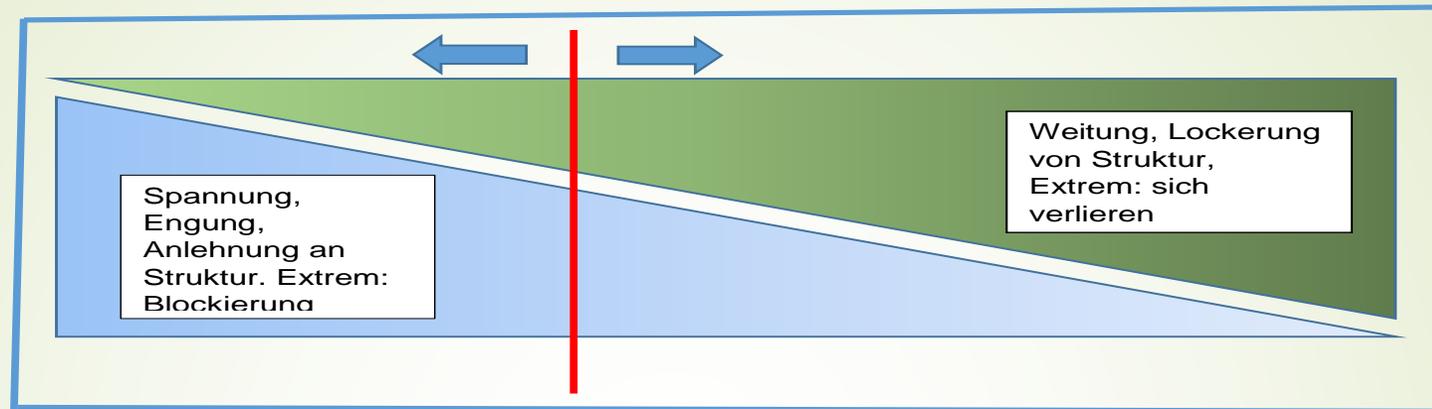
Abstraktionsebenen



Vitaler Antrieb

Fassung*

14



*Fassung ist, „was man verliert, wenn man die Fassung verliert“ (Schmitz)

Regression	personale	Emanzipation
primitive	Gegenwart	entfaltete
absolute	Identität	relative
subjektiv, verschieden		objektiv, einzeln
subjektive	Tatsachen	objektive
hier, jetzt, ich, dieses, Sein (5 Dimensionen)		ein Fall von..., Gattungen, Vergleiche möglich, Planung möglich, Furcht, Erwartung, Vorfreude möglich
leiblich, „wechselseitige Einleibung“	Kommunikation	sachlich, Evidenz basiert
Empathie		Leitlinien
Verwickelt werden, ergriffen sein		einigen, aushandeln, sich verständigen
gemeinsame Wirklichkeit suchen, konstruieren		