

## Leichtes Bauchweh, kein Brustschmerz - das war ein Herzinfarkt

EKG wurde auf Wunsch des Patienten angefertigt / Typische Infarktsymptome fehlten



Eine Arzthelferin klebt EKG-Elektroden auf die Brust eines Patienten. Foto: Klaro

**Ein Kollege berichtet von einem Patienten:**

### Was ist passiert?

Freundlicher 79jähriger Patient kommt mit Bauchschmerzen (Mittelbauch, nicht Oberbauch. Schmerzen in der Brust? Nein. RR ist normal, HA rhythmisch, Abdomen weich, Peristaltik lebhaft.) Wunsch des Patienten nach EKG, ich fühle mich genervt. EKG wird angefertigt.

### Was war das Ergebnis?

Akuter Vorderwandinfarkt im EKG! Auf dezidiertes Nachfragen beschreibt der Patient Druckgefühl in der Brust, Schmerzen habe er nun einmal nicht. Versorgung mit Aspirin® und Heparin, Einweisung mit NAW in die Klinik. Dort PTCA u. Stenteinlage.

### Mögliche Gründe?

Standardisierte (oder oberflächliche), nicht patientenorientierte Abfrage. Was man nicht erfragt, erfährt man eben häufig nicht.

### Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Patientenorientierte, d. h. nicht nur intellekt- sondern auch altersabhängige Befragung. "Formulierungsauswahlangebote".

### Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation, Patient.

### Was Kollegen vorschlagen

**Kollegen haben unter [www.jeder-fehler-zaeht.de](http://www.jeder-fehler-zaeht.de) kommentiert:**

#### Kaum Symptome bei alter Patientin

KV-Notdienst Samstagabend vor 15 Jahren, ich 28 Jahre. Freundliche über 90jährige Patientin in nur leicht reduziertem AZ, wohnt bei Tochter. Leichte Oberbauchschmerzen mit leichter Übelkeit seit 2 Tagen, Hausarzt hatte Antazidum verabreicht. Herz arrhythmisch, RR leicht erhöht, Pulmo o.p.B.



Arzt nur gerufen, weil Tochter wegen eines Trauerfalls Sonntagmorgen verreisen mußte und unsicher war, ob die Pat. in der Obhut der 19jährigen Urenkelin bleiben konnte. Ich hatte noch MCP und Ranitidin verordnet.

4 Tage später erreichte mich der freundliche Anruf der Tochter, daß die Pat. wenige Stunden später wegen plötzlich aufgetretener Luftnot mittels NAW in die Klinik gebracht wurde und dort kurz darauf an den Folgen eines Herzinfarktes verstorben ist.

Die Tochter sagte mir spontan auf meine Stammelrei, daß ich mir keine Sorgen machen müsse, sie mir auch nichts vorwerfe, jeder müsse ja mal sterben, und ihre Mutter habe keinen schweren Tod gehabt. Sie wünschte mir alles Gute für meinen weiteren beruflichen Weg.

*Anonymus*



**Eine Kollegin klopft den Bauch einer Patientin ab, die Bauchschmerzen hat.** Foto: Klaro

### **Lieber zehnmal umsonst einweisen!**

Oberbauchschmerzen mit schlechtem AZ, gerade im Notdienst, falls keine weitere Diagnostik verfügbar, immer an Hinterwandinfarkt denken und einweisen. Lieber zehnmal umsonst einweisen statt einmal zögern und das Leben des Patienten zu riskieren.

*Anonymus*

### **Bei Bauchweh bin ich jetzt hellhörig**

KV Dienst am Wochenende. Kurz vor Beginn der Zeit (etwa 9:45 Uhr), in der ich eine Notsprechstunde angesetzt hatte, Anruf über Leitstelle: OB- Schmerzen bei männlichem Pat. ca. 55 J. - in der von der Praxis am weitest entfernten Stelle des Notdienstbezirkes! Habe Schmerzen hinter der Brust in OB und bd. Arme ausstrahlend seit ca. 2 Uhr in der Nacht. Keine Beeinflussung durch Bewegung oder Lage. Insgesamt eher guter AZ. RR niedrig normal, etwas bradykard. Im EKG mit cardiac-pen: Sinusbradykardie, sonst unauffällig. Ex-Raucher. VD Ösophagitis: Th: Antazida, Nexium® 2 x 40 mg. Nachmittags wieder Anruf, sei nicht besser. Auf Drängen EW KH, Transport mit Privat-Pkw. Später Info: HWI mit nachfolgendem langem KH-Aufenthalt / AU/ Berentung. Seitdem bin ich bei Bauchschmerzen extrem hellhörig.

*Anonymus*

### **Auch bei jungen Patienten an Infarkt denken!**

Ich wurde nachts zu einem 40jährigen Patienten gerufen wegen heftigster Magenschmerzen. Da der Patient jung, ohne Anamnese und ohne spezifische Klinik war, habe ich nicht im Traum an einen Herzinfarkt gedacht. Kreislaufmäßig war er stabil, das Epigastrium war druckschmerzhaft. Ich spritzte Novalgin® i.v. Erst als er am nächsten Morgen mit unverändert starken Schmerzen in der Praxis erschien, dachte ich ans Herz und ließ ein EKG schreiben. Auch hier ein dicker Infarkt, zum Glück mit gutem Ausgang.

*Anonymus*

### **Sowas hab ich auch schon erlebt!**

Meine Patientin (80 Jahre) hatte Übelkeit, einmal erbrochen und keine Schmerzen. Nach genauer Befragung kam noch eine Belastungsdyspnoe (erstmalig) heraus. So schwenkte meine anfängliche Diagnose GE auf Herz-Kreislauf um. Im EKG war dann ein Vorhofflimmern zu sehen, ohne Hinweise auf AMI. EW mit Rettungswagen ins KH. Dort wurde erst durch die Herzenzyme die Diagnose schwerer Herzinfarkt, sogar mit Rupturgefahr, gestellt.

*Anonymus*

### **Ego etiam!**

Ego etiam! Ein mir ganz lieber Patient gab Oberbauchbeschwerden, auch auf kritisches Hinterfragen, an. Noch dazu Besserung auf Sucralfat (wahrscheinlich durch die Nebendroge Arzt). Es war dann doch ein Hinterwandinfarkt. Mit dieser Einweisungs-/Verdachtsdiagnose ging es anschließend mit NAW ins Spital.

*Anonymus*

### **Gemeiner Fallstrick**

Einer der gemeinsten und fatalsten Fallstricke in der hausärztlichen Medizin, der AMI mit atypisch abdominal, zervikal oder interskapulär ausgerichteten Schmerzen. Habe selbst MI mit atypisch interskapulären Schmerzen erlitten.

Nachdem in Drittweltland keine Troponintests verfügbar waren und konventionelle Labormarker (CK, CK-MB) negativ blieben, glaubte selbst ich als Betroffener an vertebrierte Schmerzen, bis mich eine Kreislaufsynkope den Ernst der Lage erkennen ließ.

Anonymus

Weiter Berichte über Fehler und Beinahe-Fehler findet man im Internet unter  
**[www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)**

---

Copyright © 1997-2006 by Ärzte Zeitung

---