

**Fachgebiet:** Innere Medizin  
**Diagnose:** Koronare 2-Gefäßerkrankung mit akutem Hinterwandhebungsinfarkt  
**Titel:** Differenzialdiagnose bei Thoraxschmerz und Dyspnoe  
**Autor:** Dr. med. Heinz J. Löffler, Worms  
**Verfahren:** 085/13 - Stand der Veröffentlichung: 20.03.2014

## Der Fall

Am 4.2.2013 suchte ein Mann in Begleitung seiner Ehefrau die Praxis seines Hausarztes auf und klagte (nach seinen Angaben) über seit 2-3 Wochen bestehende Schmerzen im Rücken und Brustbereich sowie Luftnot bereits nach geringer Belastung (ca. 50-100 m Gehstrecke). Der Hausarzt hat in seiner Karte lediglich Dyspnoe als Beschwerde festgehalten. In der Praxis wurden einige anamnestische Fragen gestellt, eine physikalische Untersuchung von Herz und Lunge durchgeführt, ein EKG und eine Spirometrie angefertigt und wegen eines hohen Blutdrucks ein Langzeit-RR-Termin für den 6.4. vereinbart sowie ein Hochdruckmedikament verordnet. Es wurden Überweisungen zum Kardiologen und Pulmologen ausgestellt.

Um 6:00 Uhr des Folgetages wurde der Patient notfallmäßig ins Krankenhaus eingeliefert. Es waren ein thorakaler Vernichtungsschmerz mit Dyspnoe und Missempfindung der linken Hand aufgetreten.

Es lag ein akuter Hinterwandhebungsinfarkt bei koronarer Zweigefäßkrankheit vor. Der Patient konnte erfolgreich rekanalisiert und mit einem Drug-eluting-Stent versorgt werden. Zurück blieb eine eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (EF ca. 45%), an Risikofaktoren wurden eine arterielle Hypertonie, Adipositas und Nikotin festgestellt.

## Die Einwände des Patienten

Der Herzinfarkt sei übersehen worden, obwohl er über Schmerz im Thoraxbereich und Atemnot geklagt habe. Es sei keine Blutentnahme erfolgt, es sei nicht empfohlen worden ein Krankenhaus aufzusuchen und das Risiko des hohen Blutdrucks sei nicht angemessen bewertet worden.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

## Die Begutachtung

In diesem Fall war die Begutachtung durch die unterschiedliche Darstellung des Gesprächsverlaufs am 4.2.2013 erschwert. Bei der Begutachtung wurde deshalb zunächst von der schwereren klinischen Situation ausgegangen.

Bei einem Patienten mit Thoraxschmerzen und Dyspnoe müssen beide Symptome als Leitsymptome angesehen werden. Neben kardiovaskulären umfasst die Differenzialdiagnose des Thoraxschmerzes auch pulmonale, gastroenterologische und skelettäre Erkrankungen sowie weitere Krankheitsbilder (z.B. Tumorerkrankungen, Herpes zoster) (siehe Tab. 1).

Die typischen Beschwerden einer AP sind Enge- oder Druckgefühl oder das Gefühl einer schweren Last. Schwere Anfälle können Todesangst auslösen. Die Beschwerden halten nur kurz (2-5 Minuten) an, haben einen Crescendo/Decrescendo Charakter und werden durch körperliche Belastung, Kälte und seltener durch psychischen Stress ausgelöst. Sie kön-

nen - bevorzugt linksseitig – in Schultern und Arme, insbesondere auf die Kleinfingerseite von Unterarmen und Händen ausstrahlen.

Löst die gleiche Belastung immer das gleiche Ausmaß an Beschwerden aus, ist die AP stabil. Sie ist instabil, wenn Beschwerden bereits in Ruhe oder unter geringster körperlicher Belastung auftreten, länger als o.a. anhalten, häufiger und immer heftiger werden oder extrem schwere Symptome neu auftreten. Auch hier erfolgt eine Besserung durch Ruhe oder Nitrogabe.

Schmerzen nicht kardialer Genese sind durch Ruhe oder Nitrokörper nicht zu beeinflussen. Schmerzen gastrointestinaler Herkunft treten perakut auf, strahlen häufig in den Rücken aus und sind der Regel weniger scharf begrenzt. Auch die Schmerzen einer Lungenembolie sind häufig unscharf; entwickelt sich eine Pleuritis, so ist der Schmerz scharf, unter Umständen atemabhängig, durch die Körperposition beeinflusst und wird durch Husten verstärkt.

Schmerzen bei Lungenverletzungen oder Entzündungen sind lokalisierter, ebenso wie vom thorakalen Skelettsystem ausgehende Schmerzen.

Das Symptom Luftnot kann in akute und chronische Atemnot unterteilt werden. Bei akuter Atemnot muss eine mögliche Lebensbedrohung unmittelbar ausgeschlossen werden (Ursachen siehe Tab. 2).

Auftreten massiver Luftnot, Atemfrequenzen oberhalb von 30-40 Zügen pro Minute, instabile Kreislaufverhältnisse mit Tachykardie und Hypotonie sowie Störung der Vigilanz sind Zeichen akuter Lebensbedrohung. Für diese Situation sind Stridor, „Brodeln“ der Lunge, grobblasige RG oder ein fehlendes Atemgeräusch (Pneumothorax) typisch. Die vom Patienten geschilderten Beschwerden ergeben keinerlei Anhaltspunkte für eine akute Atemnot.

Bei chronischer Luftnot findet sich häufig eine multifaktorielle Genese (ca. 35%). Erkrankungen der Lunge, des Herzens, des Blutes und rein psychogene Störungen kommen als Ursache in Betracht (siehe Tab. 3), COPD, Asthma bronchiale, Pneumonien, interstitielle Lungenerkrankung, Myokardinsuffizienz, KHK und psychogene Störungen sind für mehr als 85% der Fälle verantwortlich.

Bei chronischer Dyspnoe kann eine schrittweise Abklärung erfolgen, weil genügend Zeit zur Verfügung steht. Zur Abklärung gehören EKG, Rö-Thorax, Spirometrie, BGA und Echokardiographie.

Legt man die Darstellung des Patienten als zutreffend zu Grunde, lag eine stabile Situation mit belastungsabhängig auftretenden Thoraxschmerzen und belastungsinduzierter Dyspnoe vor. Ein Infarkt bestand nicht, dieser trat erst am Folgetag gegen 6:00 Uhr früh auf. Eine instabile Angina oder eine Crescendo-Symptomatik lagen ebenfalls nicht vor.

Eine stabile AP und eine chronische belastungsabhängige Dyspnoe erzwingen keine beschleunigte Abklärung.

Vom HA wurden ein EKG und eine Spirometrie und eine physikalische Untersuchung durchgeführt. Außerdem Überweisungen zum Pulmonologen (Rö-Thorax) und Kardiologen gestellt. Für die vorliegende klinische Situation ist dies ein zügiges Tempo. Für eine weitere Beschleunigung des Untersuchungsganges bestand aufgrund der oben dargelegten Umstände keine Veranlassung.

Die Betrachtung der vorliegenden Befunde und der erarbeiteten Ergebnisse zeigt, dass keine vermeidbar fehlerhafte ärztliche Tätigkeit vorgelegen hat. Da diese Feststellung für den Fall gilt, dass der Patient auch Angaben über Schmerzen gemacht hat und dies die schwerwiegendere klinische Situation ist, als wenn „nur“ über Dyspnoe geklagt wird, kann eine alterna-

**Aus der Fallsammlung des Schlichtungsausschusses  
bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

---

tive Darstellung des Sachverhalts mit der Annahme, es habe nur Dyspnoe vorgelegen, unterbleiben.

**Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses**

Der Schlichtungsausschuss hat sich dieser gutachterlichen Beurteilung angeschlossen und ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten verneint.

Tab. 1, thorakale Schmerzen

Myocardinfarkt/akutes Koronarsyndrom
Pericarditis/Myocarditis
Aortendissektion
Tako-Tsubo-Syndrom
Pleuritis
Lungenembolie/-infarkt
Pneumothorax
Thoraxtraumen/-tumoren
Ösophagusruptur
Ulcus ösophagei/ventriculi/duodeni
Akute Pankreatitis
Gallenkolik
BWS-Syndrom/Tietze-Syndrom
Herpes zoster

Tab.2, akute Dyspnoe

<b>mit Schmerzen</b>	<b>ohne Schmerzen</b>
Myocardinfarkt,ACS	Asthma
Lungenembolie	Lungenödem
Pneumonie	Atelektasen (z.B. Fremdkörper!)
Pleuritis	Glottisödem
Aortendissektion	Laryngospastik
	Akut aufgetretene Anämie
	Hyperventilation/psychogen

Tab.3, chron. Dyspnoe

<b>mit Schmerzen</b>	<b>ohne Schmerzen</b>
KHK	COPD
Peri/Myocarditis	Lungenfibrosen
Pneumonie	Pneumokoniosen
Pleuritis	Atelektasen (z.B. Tumor-bedingt)
Mesotheliome	Herzinsuffizienz
Lungentumoren	Pleuraergüsse
Sarkoidose	Pulmonale Hypertonie
	Trachea-/Larynxerkrankungen
	Anämien (chron.)

**Literaturangaben des Gutachters**

1. Gillespie DJ, Staats BA : Unexplained Dyspnea. Mayo Clinical Proc. 1994; 69; p657-63
2. Gillespie ND, Mc Neill G, Pringle T et al: Cross sectional study of contribution of clinical assessment and simple cardiac investigations to diagnosis of left ventricular systolic dysfunction in patients admitted with acute dyspnoea. Brit Med J. 1997; 314; p936-40
3. Arntz HR, Tubbe U, Schuster HP, Sauer G, Meyer J. : Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des akuten Herzinfarktes in der Prähospitalphase. Z. Kardiol. 2000; 89; p364-72
4. Karnani NG, Reisfield GM, Wilson GR: Evaluation of chronic dyspnoea. Am Fam Physician: 2005; 71; p1529-37
5. European Society of Cardiology Guideline: Management of stable angina pectoris; 2006; [www.escardio.org](http://www.escardio.org)