

Donner-Banzhoff N. Der Pseudo-Fehler in der Medizin – paradoxe Gefährdungen für Patienten. Z Allg Med 2014; 90: 200–206

Leserbrief von Dr. Stefan Sachtleben

Norbert Donner-Banzhoff schreibt, dass es in der hausärztlichen Praxis zu Ereignissen kommt, die wie Fehler erscheinen, aber tatsächlich keine sind. Er zeigt, dass diese Ereignisse **systematisch** bedingt sind und zwingend auftreten müssen. Systematisch bedingt, weil kein diagnostischer Test, kein diagnostisches „System Arzt“ eine Sensitivität und Spezifität von 100 % erreichen. Hier trifft Donner-Banzhoff schmerzlich einen Punkt, der für unser hausärztliches Leistungs-Selbstverständnis wesentlich ist. Denn ganz selbstverständlich sind wir der Meinung, dass eine gute Hausärztin, ein guter Hausarzt „abwendbar gefährliche Verläufe“ rechtzeitig erkennt und richtig reagiert und auch reagieren muss. Sollte dies nicht der Fall sein, dann stellt sich sofort die

Frage, ob hier ein ärztlicher Fehler vorliegt, wie es Donner-Banzhoff sehr anschaulich darlegt.

Aber tatsächlich ist der erwähnte Pseudofehler nichts anderes als der „**unabwendbar** gefährliche Verlauf“. Denn er ist nicht Zeichen ärztlichen Versagens, sondern systematisch unvermeidbar! Er tritt immer dann auf, wenn eine uneindeutige klinische Symptomatik vorliegt und mit Untersuchungen angegangen wird, deren Sensitivität und Spezifität kleiner 100 % sind – also oft! Denn dies ist bei allen technischen Untersuchungen – so wie es Donner-Banzhoff zeigt –, aber eben auch beim „System Arzt“ der Fall. Auch wir haben unsere eigene Sensitivität und Spezifität – und auch diese liegen deutlich unter 100 %. Die so notgedrungen entstehenden „Pseudofehler“ sind – zumindest konzeptionell – von echten Fehlern zu trennen, die z.B. durch Unkenntnis, Unachtsamkeit, Zeitdruck,

Organisationsmängel oder gar Arroganz, Habgier etc. entstehen.

Ich finde den Hinweis auf den „Pseudofehler“ deswegen einen Fortschritt, weil er uns von einem unrealistischen 100%-Leistungsverständnis erlöst: Wir können nicht immer alle Diagnosen und Verläufe richtig einschätzen – aus systematischen Gründen.

Donner-Banzhoff stellt indirekt eine spannende Frage: Wie gut kann eine gute Hausärztin, ein guter Hausarzt bestenfalls sein?

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Sachtleben
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Universität des Saarlandes
Kirrberger Straße
66424 Homburg/Saar
Stefan.sachtleben@t-online.de

Leserbrief von Dr. Dorothea Sperling

Herzlichen Dank an Herrn Professor Donner-Banzhoff für seinen so gut durchdachten und logisch strukturierten Artikel, der mich als frisch niedergelassene Ärztin besonders angesprochen hat.

Drei Punkte möchte ich hervorheben:

- Erstens die Frage, deren Reflexion vorgeschlagen wird, um im Rückblick einen Pseudofehler von einem echten

Fehler abzugrenzen: Ich habe sie mir abgeschrieben und werde sie mir zukünftig vor Augen halten, wenn mich entsprechende Sorgen plagen. Sie hilft, unnötige Selbstvorwürfe von notwendiger Weiterentwicklung zu unterscheiden.

- Zweitens der Aufruf zu einem anderen interkollegialen Umgang mit Ärzten, denen ein (Pseudo)-Fehler unterlaufen ist.
- Drittens der wichtige Hinweis auf die Gefahr, in eine Defensivmedizin zu verfallen, die der Autor schonungslos

als ein „böses Spiel“ aufdeckt. Im Alltag wird man beständig zu einer solchen Arbeitsweise hingezogen – es tut gut, sich einmal bewusst zu machen, dass man damit kein besserer Arzt wird.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dorothea Sperling
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Kollwitzstraße 73, 10435 Berlin
dorothea.sperling@gmx.de

Leserbrief von Dr. Andrea Schottdorf

Ich schätze sehr den Scharfsinn, der in den Beiträgen von Norbert Donner-Banzhoff zum Ausdruck kommt. Zum Artikel in der ZFA vom Mai 2014 möchte ich gerne einen Aspekt ergänzen.

In seinem 1996 erschienenen Buch berichtet jener Bernard Lown, dem wir

die Lown-Klassifikation der ventrikulären Extrasystolen zu verdanken haben, über einen ähnlich gelagerten Fall – mit dem Unterschied allerdings, dass es gut ausging.

Bernard Lown, dem man sicherlich nicht fehlende wissenschaftliche Kompetenz unterstellen kann, schildert in seinem Buch mit großer Ausführlichkeit den Fall eines ihm schon länger bekannten,

bekanntermaßen herzkranken Patienten, der in den Routinekontrollen keine Auffälligkeiten gezeigt hatte. Lown sei jedoch stutzig geworden, weil ihm etwas in der Kommunikation zwischen dem immer zusammen zur Kontrolle kommenden Ehepaar aufgefallen war. Die auf der Grundlage dieser „Soft Skills“ veranlassenden weiteren Untersuchungen zeigten, dass die KHK sich verschlechtert hatte.

Im Fallbeispiel von Donner-Banzhoff hätte – jenseits der evidenzgesicherten Diagnostikpfade – vielleicht auffallen können, dass sich dieser Patient überhaupt beim Arzt vorstellte. Auch wenn er subjektiv keine Einschränkungen verspürte, ja sogar überaus sportlich aktiv war, so muss man doch annehmen, dass irgendetwas diesen Patienten Unsicherheit verspüren ließ; wieso sonst hätte er sich gerade zu diesem Zeitpunkt in der Praxis vorgestellt?

Ja, es ist eben so, dass es jenseits der evidenzbasierten Medizin etwas gibt, das unabdingbar dazugehört zum Arzt-Sein und das, zusammen mit der kritischen Würdigung vorhandener Daten aus Studien ärztliche Professionalität beschreibt. Sicher, solche Art von Wissen ist nicht oder nur schwer systematisch zu vermitteln. Dass es dennoch Wege der Vermittlung gibt, die man freilich ausbauen statt an andere Professionen delegieren könnte, ist bekannt. Einer Re-

duktion des Arzt-Seins auf Diagnostik- und Behandlungspfade oder Operationen- und Prozedurenschlüssel muss definitiv eine Absage erteilt werden.

Jenseits der Leitlinien gibt es keinen Pseudo-Fehler, sondern die Kontinuität des Lernens, mit Skepsis gegenüber „Erfolg“ als auch mit kritischer Betrachtung eines „Misserfolges“. Ich möchte als Ärztin nicht den Blickwinkel eines Juristen oder Kassenadvokaten einnehmen und nicht über den Kopf des Patienten hinweg definieren, was dieser – Komplexität der Medizin und externe Manipulation hin oder her – zu denken oder zu fühlen hat, wenn er krank ist oder um seine Gesundheit fürchtet.

Ich finde die Leitlinienarbeit der DEGAM extrem wichtig, weil sie die einzige Fachgesellschaft ist, die u.a. das „Intention to treat“-Prinzip in den Mittelpunkt stellt und die reale Morbiditätssituation einbezieht. Aber gerade die langjährige Begleitung eines Patienten

vermittelt Wissen um den Einzelnen – manchmal mit der Folge, dass das Wissen nützt, manchmal auch, dass es schadet. Das so erworbene Wissen auszublenzen, halte ich jedoch für letztlich unärztlich. Wer kommuniziert, nimmt ja ohnehin, geradezu zwangsläufig wahr; zur Reaktionsbildung kommt es also immer ...

Daher: Lassen wir uns die Lanze der evidenzbasierten Medizin nicht aus der Hand nehmen – aber stoßen wir sie nicht ins Herz dessen, was ärztliche Professionalität ausmacht!

Korrespondenzadresse

Dr. med. Andrea Schottdorf
Ärztin für Allgemeinmedizin
Hauptstraße 55
53797 Lohmar
schottdorf@hausarzt-lohmar.de

Antwort von Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff

Ich danke Frau Dr. Schottdorf für ihren interessanten Kommentar zu meinem Artikel über den Pseudofehler. Der von ihr erwähnte Fall (Quelle: B. Lown) ist hausärztlich sicher sehr relevant. Mit ihr bin ich der Ansicht, dass das Aufgreifen von Unstimmigkeiten oder Diskrepanzen ein wichtiger Anlass zu diagnostischen Überlegungen und Entscheidungen ist. Eigentlich ist die von Lown geschilderte Situation sogar eine typisch hausärztliche, weil hier durch die Vertrautheit mit dem Patienten und seiner Ehefrau ein Referenzrahmen besteht, mit dem das aktuelle veränderte Verhalten des Paares verglichen werden kann. Ohne diesen Referenzrahmen wäre das Urteil „Heute ist etwas anders!“ gar nicht möglich gewesen.

Unter der Bezeichnung „Gut Feelings“ gibt es zu diesem Thema eine sehr lebendige internationale Diskussion, vor allem unter Allgemeinärzten: wie oft sie vorkommen und wie tauglich sie in Bezug auf die Diagnose sind. Beides würde ich nicht grundsätzlich leugnen, möchte aber auf die Grenzen hinweisen. Einzelnen herausgepickt sehen diese Fälle immer sehr eindrucksvoll aus: Das Gefühl

„hier stimmt doch etwas nicht“ hat den sensiblen Kliniker auf die richtige Spur gebracht, sodass Schaden vom Patienten abgewendet werden konnte. Aus meiner Praxis erinnere ich mich durchaus an solche Eindrücke; darunter sind aber viele gewesen, vielleicht sogar die Mehrheit, die sich im Nachhinein als falsche Spur erwiesen haben. Allerdings erwähnt man diese falschen Spuren meist nicht in Büchern oder Artikeln. Die einzige mir bekannte prospektive Studie hat gezeigt, dass solche „Gut Feelings“ zwar einen diagnostischen Wert haben, der aber nicht zu verabsolutieren ist. Zudem helfen „Gut Feelings“ nur in sehr seltenen Fällen diagnostisch weiter [1].

In den Niederlanden haben Schiedsstellen, die über mögliche Behandlungsfehler befinden müssen, tatsächlich bereits auf „Gut Feelings“ Bezug genommen. Dort wurde in mehreren Fällen Ärzten vorgehalten, auf ein „Alarmgefühl“ nicht reagiert bzw. dieses nicht entwickelt zu haben [2]. Ich persönlich scheue jedoch davor zurück, Ärzten in einem juristisch relevanten Sinn „Gut Feelings“ zuzurechnen.

Der subjektive Eindruck, das Alarmgefühl, die schwer beschreibbare Unstimmigkeit sind also nicht absolut zu setzen; sie müssen vielmehr reflektiert

werden und sind mit unseren „üblichen“ diagnostischen Instrumenten zu ergänzen. Sie können, müssen aber nicht hinweisend auf eine ernste Erkrankung sein.

Für den von mir geschilderten Fall schlägt Frau Schottdorf vor, dass der Besuch des Patienten in der Praxis bereits ein solches Alarmsignal darstellen würde. Tatsächlich ist die Befürchtung des Patienten, dass ein Brustschmerz eine ernste, kardiale Ursache haben könnte, von diagnostischem Wert; deshalb ist dieses Kriterium Teil des Marburger Herz-Scores. Es ist jedoch nicht absolut zu setzen, seine Assoziation mit der Zielerkrankung ist – wie bei allen anderen auch – zwar vorhanden, aber nicht überwältigend.

Die Sorge des Patienten ist also im Rahmen der Abklärung zu bedenken, aber nicht zu verabsolutieren. Die Sorge des Patienten ist ja sozusagen unser täglich Brot; die meisten unserer Patienten können wir damit beruhigen, dass die Prognose ihrer Beschwerden günstig ist und kein abwendbar gefährlicher Verlauf vorliegt.

Die von mir vorgeschlagene Heuristik kann vielleicht bei der Einschätzung der Situation helfen. Wenn ich den Einwand von Frau Schottdorf sehr breit ver-

stehe, müssten wir eine hypothetische Regel folgendermaßen formulieren:

1. Ein Patient, der die hausärztliche Praxis wegen Brustschmerz aufsucht, ist grundsätzlich zur weiteren kardiologischen Abklärung über- bzw. einzuweisen.

Sicher würden wir dies nicht befürworten, da eine große Zahl von Niedrigrisiko-Patienten hier auf Weg unergebiger Diagnostik mit der Gefahr iatrogener Schädigung geschickt würde, d.h. diese Regel wäre weder plausibel noch praktikabel. Eine weitere Regel wäre:

2. Jeder Patient mit Brustschmerz, der die Befürchtung einer ernsten, kardialen Erkrankung äußert, ist grundsätzlich zur weiteren kardiologischen Abklärung über- bzw. einzuweisen. Hier würde ich dieselben Einwände sehen wie bei Regel 1). Beide Regeln würden in einem Absenken der diagnostischen Schwelle resultieren.

Beide Regeln bestehen also nicht den (Pseudo-)Fehler-Test. Der im Fallbeispiel erwähnte Kollege hat demnach unter diesem Aspekt keinen Fehler begangen, vielmehr handelt es sich um einen Pseu-

dofehler. Der Sorge des Patienten ist angemessen mit Anamnese, Untersuchung und entsprechenden diagnostischen Überlegungen begegnet worden. Hier wäre sogar zu diskutieren, ob die primäre Schmerzsymptomatik, die zur Vorstellung in der Praxis geführt hat, und der Myokardinfarkt ca. zwei Wochen später überhaupt miteinander zusammenhängen.

Mit kommt es vor allem darauf an, dass wir in der retrospektiven Sicht den Phänomenen, die wir bei unseren Patienten erfahren bzw. beobachten, nicht mehr Bedeutung zumessen, als sie verdienen. Schlüssigkeit findet sich meist nur im Rückblick und ist oft eine Manifestation von Hindsight- oder Outcome-Bias. Prospektiv kämpfen wir als Ärzte mit der Begrenztheit des medizinischen Erkennens und Wissens und dem manchmal grausamen Spiel des Zufalls.

Dass wir allerdings unsere klinischen Eindrücke jenseits des explizit Formulierbaren („Gut Feelings“) aufmerksam wahrnehmen, hier unsere Sensibilität schärfen und versuchen, diese auch wissenschaftlich untersuchen, darin bin ich mir mit Frau Schottdorf einig.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff,
M.H.Sc.
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg
Tel.: 06421 286-5120
Norbert@staff.uni-marburg.de

Literatur

1. Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. *BMJ* 2012; 345: e6144
2. Stolper E, Legemaate J, Dinant GJ. How do disciplinary tribunals evaluate the „gut feelings“ of doctors? An analysis of Dutch tribunal decisions, 2000–2008. *J Law Med* 2010; 18: 68–75



NEU: ZFA auf Smartphone und Tablet

Die Online-Ausgabe der ZFA (<https://www.online-zfa.de/>) ist nun auch auf allen mobilen Endgeräten gut lesbar. Es handelt sich um eine Browser-Version mit responsivem Webdesign. Die Darstellung passt sich an die Bildschirmauflösung des mobilen Endgeräts an.

So haben Sie immer und überall Zugriff auf alle Inhalte.