

Ideen des Patienten: wichtiges Puzzleteil zur Diagnose

Patienten haben meist **Vermutungen**, was ihre Beschwerden verursacht. Je nach Erkrankung liegt die Trefferquote bei 90%. Mit der richtigen Gesprächstaktik können Ärzte das für sich nutzen.



Dr. med. Beate Müller
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemein-
medizin, Goethe-
Universität Frankfurt,
E-Mail: Beate.s.
mueller@gmail.com

Bei der Diagnosestellung gibt die Patientin den entscheidenden Tipp (siehe Fehlerbericht): Eine zunächst klassisch anmutende Reisediarrhö entpuppt sich schließlich als bislang nicht bekannte Hyperthyreose. Der berichtende Arzt sieht sich bei zukünftigen Patienten selbst in der Pflicht, typische Erstdiagnosen öfter infrage zu stellen. Dies ist ein nahe liegender Umgang mit einem solchen Ereignis; der Bericht lässt aber gleichzeitig Spielraum, um weitere Maßnahmen anzuregen. Das Umdenken

im diagnostischen Prozess wurde letztlich durch die Patientin angestoßen, so dass eine weitere Maßnahme lauten könnte, ab jetzt bei allen neuen Symptomen auch die Meinung der Patienten bezüglich der Genese der Beschwerden zu erfragen.

Wie dieser Bericht und auch die langjährige Erfahrung eines jeden Arztes zeigen, sind die Herangehensweisen an einen hausärztlichen Fall vielfältig. Die allgemeinmedizinische Forschung hat sich in diversen Ansätzen dem Thema der medizinischen Entscheidungsfindung gewidmet und aufgezeigt, welch bunter Strauß an Möglichkeiten einem Hausarzt bewusst oder unbewusst zur Verfügung steht. Um nur einige Konzepte zu nennen: Leitlinien und Entscheidungsregeln wie der „CHA₂DS₂-VASc

Fehlerbericht #319

*Patientin gibt Durchfall an nach Auslandsaufenthalt, Tochter habe ebenfalls Durchfall gehabt. Labor (BB, Infektserologie, Stuhlkultur) o.B., klinisch keine wesentlichen Auffälligkeiten. Bei anhaltenden Durchfällen nach einer Woche trotz negativer Stuhlkultur Versuch Ciprofloxacin 2 x 500mg über zehn Tage: Beschwerdefreiheit!
Jetzt Angabe von Tachykardien/Palpitationen. Ruhe-EKG: SR, 80/min. LZ-EKG: Tachykardieneigung tagsüber bis 160/*

*min. Echobefund kürzlich o.B. Beginn Metoprolol 25mg unter der Annahme vegetativ bedingter Tachykardie.
Nach weiteren sieben Tagen Angabe von Gewichtsverlust, erneuten Durchfällen und Frage seitens der Patientin, ob es nicht auch eine Hyperthyreose sein könnte.
Laborwerte bestätigen Diagnose einer manifesten Hyperthyreose, Beginn Carbimazol-Therapie. SD-Sonographie o.B., SD-Szintigraphie wird durchgeführt.*

Was war das Ergebnis?

Verzögerte Diagnosestellung und Therapie.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Durch offensichtlich „typische“ Situation (Durchfall nach Reise-rückkehr) auf die falsche Fährte gelockt worden, so dass die klassische Differentialdiagnose „Hyperthyreose“ als Ursache anhaltender Diarrhö nicht in Betracht gezogen wurde; Ansprechen auf antibiotische Therapie bestätigte die Anfangsvermutung.

Die Tachykardie (die allerdings erst verzögert angegeben wurde) hätte nachdenklich machen müssen!

Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses getroffen oder planen Sie zu ergreifen?

Erstdiagnosen öfter infrage stellen, auch wenn sie zunächst „typisch“ erscheinen.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zum Fehler bei?

Kommunikation.

Score“ werden zu Rate gezogen oder es wird dichotomisiert (somatisches Problem/kein somatisches Problem). Krankheiten werden über Muster erkannt („pattern recognition“: v.a. Appendizitis, wenn der Schmerz vom Oberbauch in den rechten Unterbauch wandert) [1] oder über Wahrscheinlichkeiten nach Bayes [2].

Patienten liegen häufig richtig

Je nach Erkrankung kann die Trefferquote der Selbstdeutung von Patienten (z.B. beim Harnwegsinfekt) bei mehr als 90 % liegen [3]. Daher sollte die Meinung des Patienten fester Bestandteil der Anamnese sein, so wie etwa beim Marburger Herz-Score (Abb.1). Dieser fragt systematisch ab, ob der Patient eine Herzkrankheit als Ursache seiner Beschwerden vermutet [4]. Dieser Score findet sich auch in der DEGAM-Leitlinie „Brustschmerz“ wieder [5].

Auch in der patientenzentrierten Konsultation nach dem PRACTICAL-Konzept (Abb.2) werden systematisch Ängste des Patienten, seine Erwartungen und Vorstellungen erfragt: „Was ist denn Ihre Idee, wo Ihre Beschwerden herkommen?“ [6] Natürlich kann es sein, dass der Patient den Ball zurückwirft: „Keine Ahnung, Sie sind doch der Experte!“ Aber gerade bei neuen Patienten, deren Familienanamnese weitgehend unbekannt ist, lohnt sich die Frage. Das Internet kann dabei Wohl und Wehe zugleich sein – der eine Hausarzt fürchtet die belesebenen Laien; der andere nutzt die Recherche, um den Patienten in den diagnostischen Prozess zu integrieren oder seine eigene Diagnose zu hinterfragen[7]. Unterm Strich führt die systematische Einbeziehung der Vermutungen des Patienten letztlich zu einer akkurateren und umfassenderen Diagnosestellung [8].

Berichten Sie über Ihre Erfahrungen!

Probieren Sie es aus – helfen die Vorstellungen Ihrer Patienten Ihnen weiter oder gibt es dadurch Unstimmigkeiten im Gespräch? Berichten Sie gerne auf www.jeder-fehler-zaehlt.de über Ihre kritischen Ereignisse und Erfahrungen, wie man es besser machen kann!



1. Elstein AS et al: *BMJ (Clinical research ed.)* 2002; 324(7339):729-32
2. Gill CJ et al: *BMJ (Clinical research ed.)* 2005; 330(7499):1080-3
3. Wong ES et al: *Annals of internal medicine* 1985; 102(3):302-7
4. Gencer B et al: *BMC medicine* 2010; 8:9
5. Hasenritter J et al: *Brustschmerz: (Leitlinie Langfassung)*. Stand Januar 2011. Düsseldorf: Omikron Publ; 2011. (DEGAM-Leitlinie Nr. 15)
6. Larsen JH et al: *P-R-A-C-T-I-C-A-L: Family Practice* 1997; 14(4):295-301
7. McMullan M.: *Patient education and counseling* 2006; 63(1-2):24-8
8. Frankel RM: *URL:10.1515/text.1.21.1-2.83*

Abb. 2: Das PRACTICAL-Konzept der patientenzentrierten Konsultation

PATIENTENFOKUSSIERTER GESPRÄCHSABSCHNITT

- P** Prior to consultation / the patient's story (Hintergründe des Patienten)
- R** Relationship (Begrüßung)
- A** Anxieties / Ideas / Concerns of patient (Ängste, Ideen, Vorstellungen des Patienten)
- C** Common language / Summarize (Zusammenfassung in verständlicher Sprache)

ÄRZTLICHER GESPRÄCHSABSCHNITT

- T** Translating from lifeworld to world of medicine (Anamnese, körperliche Untersuchung)

GEMEINSAMER GESPRÄCHSABSCHNITT

- I** Interaction (weiteres Vorgehen prinzipiell besprechen)
- C** Converting insight into action (realistischen Behandlungsplan aufstellen)
- A** Agreement check / Safety netting (Einvernehmen überprüfen)
- L** Leave from consultation (Verabschiedung, Nachbereitung)

Abb. 1: Marburger Herz-Score – Kriterien und Bewertung

KRITERIUM (JEWEILS 1 PUNKT)

- Geschlecht / Alter (Männer ≥ 55 J. und Frauen ≥ 65 J.)
- Bekannte vaskuläre Erkrankung
- Beschwerden sind belastungsabhängig
- Schmerzen sind durch Palpation nicht reproduzierbar
- Patient vermutet Herzkrankheit als Ursache

Für den Score werden die Punkte summiert

PUNKTE	WAHRSCHEINLICHKEIT KHK	
0-1 Punkte	< 1 %	Sehr gering
2 Punkte	5 %	Gering
3 Punkte	25 %	Mittel
4-5 Punkte	65 %	Hoch