

Führen ‚unangenehme Patienten‘ zu mehr Fehlern?



Dipl. Soz. Martin Beyer
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Ein Patient kommt immer wieder wegen Bagatellerkrankungen, nimmt seine Medikamente nicht oder die Kommunikation ist mühsam. Beeinflusst das **Verhalten von Patienten** die Diagnostik und führt zu mehr Fehlern? Zwei Studien geben darauf eine Antwort.

Die im Fall 382 aus www.jeder-fehler-zaehlt.de geschilderte Situation kennen Sie vermutlich oder fühlen sich seltsam vertraut damit. Ein Patient tritt störend, aggressiv, fordernd, emotional belastend oder hilflos auf und Sie haben im Nachhinein das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben.

Wir bleiben wie in „Der Hausarzt“ 20/2016 bei diagnostischen Fehleinschätzungen, aber mit einem anderen Blickwinkel: den *patientenbezogenen* Ursachen, die Sie bei keiner systematischen Analyse unberücksichtigt lassen sollten. Ob hier tatsächlich ein Fehler vorliegt, sei einmal dahingestellt – es kommt hier nur darauf an, dass situationsbezogene Merkmale oder Signale, die vom Patienten ausgehen, möglicherweise zu Fehlern beitragen können. Ob dies tatsächlich so ist, versuchen zwei Studien zu klären.

Patienten können Ärger oder Ihre Verärgerung auf unterschiedliche Weise und Intensität auslösen. Das beginnt mit denjenigen, die sich nicht an Praxisroutinen halten, zur unpassenden Zeit ihr Anliegen präsentieren oder in Konsumentenhaltung bedient werden möchten. Ärgerlich sind natürlich auch Patienten mit ubiquitär-multiformen Beschwerden oder erheblichen Kommunikationsbarrieren. Schließlich Patienten, die Sie in einen emotionalen Dauerclinch verwickeln, aus dem Sie sich nur mithilfe von Kollegen oder einer Balint-Gruppe befreien können. Jeweils ist die natürliche Reaktion damit verbunden, die Kommunikation zu redu-

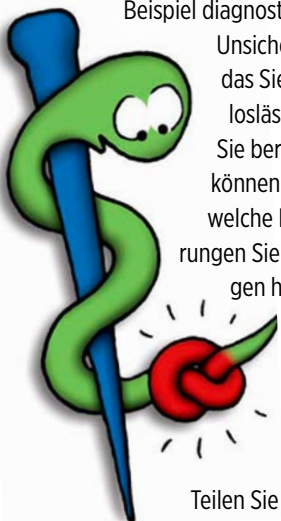
zieren und Signale möglicherweise nicht zu empfangen.

Im Fall 382 ist die Problemlage noch relativ überschaubar – Tiefenpsychologie braucht der Hausarzt hier nicht, aber einen Schuss Reflektion, den er in der Analyse auch demonstriert, im Sprechstundenalltag allerdings nicht immer.

In den beiden Studien [1], die dargestellt werden, war die Versuchsanordnung relativ einfach, aber reale Situationen kann man unter Studienbedingungen schlecht abbilden. Die Forscher aus Rotterdam arbeiteten mit Fallschilderungen (paper cases), die ein diagnostisches Problem abbildeten und sich nur in einem Satz unterschieden, der die Eingangssituation oder Patientencharakteristika darstellte. Die eine Version schilderte einen Patienten, der etwa hochregert über die zu lange Wartezeit erschien. In der anderen Version bedankte er sich sanftmütig („neutral“), noch drangekommen zu sein.

Experten schätzten dann die Diagnosen, die Ärzte in Weiterbildung gestellt hatten, als ganz richtig (=1), halbrichtig (=0,5) oder falsch/abwegig (=0) ein. Die durchschnittliche diagnostische Präzision war in der Gruppe der ‚unkomplizierten Patientenfälle‘ 0,64 - die richtige Diagnose war also nicht einfach zu finden. In der Gruppe der ‚schwierigen Patienten‘ betrug sie 0,54 - also erheblich schlechter, obwohl man nur einen einzigen stimmungsbildenden Satz ausgetauscht hatte. Der zweite Studienteil war ähnlich ange-

Gibt es aus Ihrer Erfahrung ein Beispiel diagnostischer Unsicherheit, das Sie nicht loslässt und Sie berichten können – und welche Folgen Sie gezogen haben?



Teilen Sie es mit Ihren Kollegen unter: <https://jeder-fehler-zaehlt.de>



Fallbericht #382

legt, versuchte aber (u.a. durch Messung der Zeit bis zur Entscheidung und die nachträgliche Befragung nach den klinischen Details), den Mechanismus der ‚Störung‘ zu ermitteln. Die Hypothesen über den kognitiven Prozess sind interessant: Demnach können ‚störende Patienten‘

- den diagnostischen Prozess vorzeitig abbrechen lassen (wie im Fallbericht: ‚hat eh immer dasselbe‘ / ‚premature closure‘).
- durch emotionale Beeinflussung wichtige Alternativdiagnosen ausschließen (‚intrusion‘).
- durch kognitiv-emotionale Überlastung nicht genug Zeit für die diagnostische Überlegung lassen.

Die Autoren meinen, Belege für die dritte Hypothese gefunden zu haben. Wir glauben aber, dass alle drei Fehlerquellen bekannt sein sollten.

Beide Studien stehen auf einem methodisch recht schmalen Fundament – sie können aber zeigen, dass patientenseitige Faktoren offenbar die Diagnostik beeinflussen und geben Raum für praktisch relevante Überlegungen. Selbstverständlich gibt es auch komplexere emotionale Beeinflussungen und Gegenbeeinflussungen (Übertragung und Gegenübertragung), die in diesem Modell nicht vorkommen. Hausärzte müssen gerade nicht ‚post-

Was ist passiert?

Eine Patientin Mitte 70 hat Beschwerden am Bewegungsapparat. Sie braucht einen Gelenkersatz. Seit Monaten rede ich mit ihr darüber. Sie kommt fast täglich in die Praxis. Die Gesprächsinhalte wiederholen sich schier endlos. Sie ist schwerhörig, das Sprechen mit ihr anstrengend. Das ganze Praxisteam ist mittlerweile genervt. Ich habe eine Woche Urlaub und beginne die Arbeit mit einem Notdienst. Meine Motivation hält sich in Grenzen, der Urlaub war eigentlich zu kurz. Die Patientin erscheint in Begleitung des Schwagers in der Notfallsprechstunde. Es gehe ihr seit Tagen schlecht, daher habe man erstmal die Medikamente (Antihypertonika, Analgetika) nicht mehr eingenommen. Sie habe starke Kopf- und Gelenkschmerzen. Ich untersuche die Patientin und finde einen mäßig erhöhten Blutdruck (180/110); keine neurologischen Auffälligkeiten. Ich sage, dass sie erstmal ihre Medikamente einnehmen und sich ggf. später noch einmal melden soll.

faktisch, sondern kontra-faktisch ihr Gespür einsetzen, wann eine Patientenbeziehung nicht wie erwünscht läuft, und dies als mögliche Fehlerquelle kennen. Das dürfte ein wesentliches Stück des ‚Bauchgefühls‘ ausmachen. Dann hilft ihnen diese Einschätzung, die gerade genannten Fehlerquellen vorzeitige Schließung, unbewusste Beeinflussung durch den Patienten oder Über-

Was war das Ergebnis?

Die Patientin wurde später am gleichen Tag mit dem Notarzt in die Klinik gebracht. Sie hatte eine intrazerebrale Blutung.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben könnten?

Ich war nicht gut in Form und habe mich über das Verhalten der Patientin (Medikamente nicht eingenommen) geärgert. Ich war nicht offen für die Beschwerden und habe die Patientin gedanklich in eine Schublade getan („...hat eh immer dasselbe“).

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Antennen aufstellen. Auch wer immer wieder mit Bagatellen kommt, kann eine gravierende Erkrankung haben. Auch wer ein Dutzend Mal wegen Krankheit A kommt, kann beim nächsten Mal Krankheit B haben!

lastung/Ablenkung einzuschätzen. Ungefähr das ist es, was den nachdenklichen Hausarzt, den ‚reflective practitioner‘, ausmacht.

Literatur : 1. Schmidt HG, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment BMJ Qual Saf 2017;26:19-23. doi:10.1136/bmjqs-2015-004109

und: Mamede S, et al. Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment BMJ Qual Saf 2017;26:13-18. doi:10.1136/bmjqs-2015-005065