Die Pseudofehler-Methode

Die Herausforderung

Unser Verständnis von der Natur des Menschen ist begrenzt, Diagnosen sind unsicher und Verläufe nicht vollständig vorhersagbar. Wenn wir eine Diagnose stellen, kann es vorkommen, das sich im weiteren Verlauf eine ganz andere Erklärung ergibt. Vor allem wenn wir von einer leichten, gutartigen Erkrankung ausgehen, sich dann aber doch eine schwerwiegende Erkrankung herausstellt, ist dies sehr belastend für uns Ärzte, den Patienten und seine Angehörigen. Unweigerlich wird die Frage gestellt, ob ein diagnostischer Fehler begangen worden ist, den sich der Arzt vorwerfen lassen muss, der den Patienten ursprünglich gesehen hat.

Wenn es um die Therapie geht, ist ein Fehler viel einfacher festzumachen als bei der Diagnose. Bei einem Eingriff auf der falschen Körperseite, der Verordnung eines kontraindizierten Medikaments oder dem Verstoß gegen hygienische Regeln ist die Feststellung eines Fehlers nicht schwer. Den für diese Situationen kann ein eindeutiger Standard (Verhalten) definiert werden, und ein Verstoß dagegen ist in der Regel leicht zu erkennen.

Bei der Stellung einer Diagnose dagegen ist dieser Standard oft nicht leicht zu beschreiben. Dies gilt in besonderem Maße für die Krankenhausaufnahme und die Primärversorgung, also generalistische Settings. Patienten mögen sich mit einem identischen Symptom vorstellen, aber weitere Symptome, Befunde oder Charakteristika führen zu völlig unterschiedlichen Krankheits-Wahrscheinlichkeiten. Entsprechend unterschiedlich sehen die nächsten Schritte aus, die jeweils angezeigt sind. Wollte man einen Standard des Vorgehens definieren, würde dieser aus einem unendlich verzweigten Algorithmus bestehen.

Wenn man im Rückblick Situationen analysiert, bei denen es sich um einen diagnostischen Fehler gehandelt haben könnte, wird der sogenannte „Hindsight bias“ zu Problem. (8) Wir wissen, dass diese Situationen “böse” ausgegangen sind. Dieses Wissen führt dazu, dass wir rückblickend sofort eine Geschichte konstruieren, dass es so kommen musste. Dieselbe Entscheidungs-Situation würden wir aber ganz anders beurteilen, wenn sie nicht „böse“ ausgegangen wäre. Menschen neigen dazu, auch bei eher diffusen Phänomenen eine zwingende kausale Interpretation zu konstruieren. Damit werden Entscheidungen zu Fehlern, die wir bei einem “guten” Ausgang ganz anders bewertet hätten.

Geht es um Therapie und Management, richten sich die Überlegungen schnell auf die Frage, welche Bedingungen zu der problematischen Behandlung geführt haben und wie man eine solche in Zukunft vermeiden kann. Bei der Diagnose besteht die Hauptschwierigkeit darin, zu entscheiden, ob überhaupt ein Fehler begangen worden ist. Mit anderen Worten, ob ein anderes Vorgehen das „böse“ Ergebnis hätte verhindern können, oder ob es auf jeden Fall so gekommen wäre. Die Pseudofehler-Methode hilft ihnen dabei, diese beiden Möglichkeiten zu unterscheiden.

Wenn es um mögliche diagnostische Fehler geht, werden oft zwei typische Fragen gestellt, die eigentlich gar nicht weiterhelfen: 1) Was hätten Sie [Kollege, Gutachter usw.] anders gemacht? 2) welches alternative Vorgehen hätte das schädliche Ereignis verhindert?

Zu 1) Stellen Sie sich vor, einem Kollegen ist es passiert: ein Patient hat Symptome und Befunde aufgewiesen, die er als gutartig und harmlos interpretiert hat. Tatsächlich hat jedoch eine schwere, vielleicht sogar tödliche Erkrankung dahinter gesteckt. Sie werden gebeten, die Situation zu beurteilen – sei dies informell oder als Gutachter bei der Schlichtungsstelle

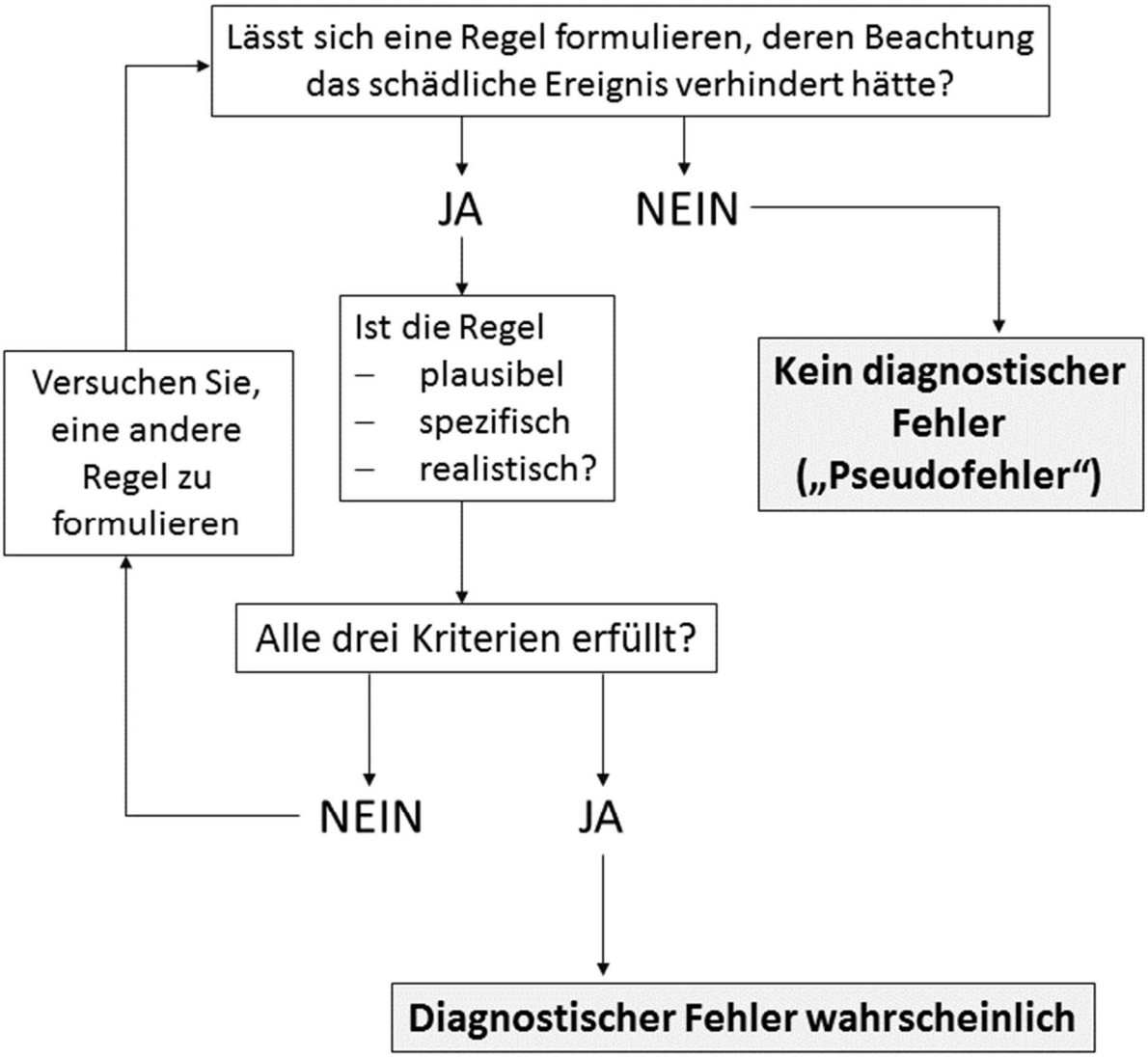
oder einem Gericht. Oft hört man dann Äußerungen wie “ich hätte in dieser Situation dies und das…”, vielleicht werden Sie sogar explizit danach gefragt. Tatsächlich ist diese Frage gar nicht von Interesse. Ärzte gehen dieselbe Situation auf sehr unterschiedliche Weise an, gerade bei nicht ganz eindeutigen diagnostischen Aufgaben. Wenn Sie sich genauso verhalten hätten wie der Kollege, würde ihm das sicher gut tun. Wenn nicht, mag das Vorgehen von ihnen beiden immer noch im breiten Korridor des Akzeptablen liegen. Wir wissen aber immer noch nicht, ob er einen ihm zurechenbaren diagnostischen Fehler begangen hat. Vielleicht haben Sie beide einen Kurs verfolgt, der den Patienten schädigen konnte oder gar musste. Für Urteil über einen diagnostischen Fehler sind andere Kriterien zu beachten.

Zu 2) Welches Vorgehen hätte das schädliche Ergebnis verhindert? Auch diese Frage ist wenig hilfreich, jedenfalls in Isolation. Im Rückblick lassen sich oft mehrere Maßnahmen aufzählen, die das Ergebnis verändert hätten: dieser oder jener Test, Überweisung hierhin oder Einweisung dorthin. Aber selbst wenn sich diese Möglichkeiten beschreiben lassen, wissen wir immer noch nicht, ob fehlerhaft gehandelt worden ist. Die stationäre Einweisung hätte vielleicht das Ergebnis vorliegenden Fall verhindert; aber um diesen EINZELNEN Patienten zu retten, müsste ich ALLE Patienten mit dieser Konstellation von Beschwerden und Befunden einweisen. Würden sich Nutzen und Schaden bei diesem regelhaften Vorgehen noch ein einem akzeptablen Verhältnis stehen? Genau diese Überlegung ist ein Kern der Pseudofehler-Methode.

Die Methode

Versuchen Sie, eine Regel zu formulieren, deren Beachtung das schädliche Ereignis mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindert hätte. Dies mag eine Leitlinien-Empfehlung sein oder validierte diagnostische Entscheidungsregel. In den meisten Fällen steht ein solche öffentliche Empfehlung jedoch nicht zur Verfügung. Oder Ihnen ist diese nicht bekannt. Dies sollte Sie jedoch nicht von einer Analyse des Falls abhalten. Versuchen Sie trotzdem, eine solche Regel auf der Basis Ihres Wissens und Ihrer Erfahrung zu formulieren. Bei den unendlichen Variationsmöglichkeiten in den klinischen Präsentationen unserer Patienten mögen Sie der erste sein, der diese Regel formuliert. Dies ist eine Möglichkeit, wie Sie Ihre fachliche Expertise für den konkreten Fall nutzbar machen können. Dies schließt auch Ihr Bewusstsein für die hohe Unsicherheit ein, die mit diagnostischen Entscheidungen in der Primärversorgung unweigerlich verbunden ist. Vor dem Hintergrund Ihrer Fachkenntnis, ist es logisch möglich, eine solche Regel zu formulieren? Es muss eine Regel sein – im Gegensatz zu der Überlegung „Wie hätte ich hier gehandelt“. Eine Regel hilft Ihnen, vom betrachteten Einzelfall und seinen Konsequenzen zu abstrahieren und die gesamte Gruppe ähnlicher Patienten im Auge zu haben.

Wenn Sie eine solche Regel formuliert haben, prüfen Sie, ob diese die folgenden drei Kriterien erfüllt. Die Regel muss alle drei Kriterien erfüllten, und ihre Beachtung hätte das schädliche Ereignis verhindert.



Plausibel – die Regel muss mit dem einschlägigen medizinischen Wissen in Einklang stehen. Nachdem eine junge Frau mit der klinischen Diagnose einer schweren Bronchitis eine Lungenembolie entwickelt hat, fragt sich der behandelnde Arzt, ob „Fertige bei Patienten mit ausgeprägten respiratorischen Symptomen ein EKG an“ ein solche Regel darstellt. Wir wissen jedoch, dass die Testgenauigkeit des EKG in Bezug auf Lungenembolien gering ist; das EKG wird deshalb in den meisten Fällen doch nicht zur Diagnose führen, sei dies direkt oder indirekt. Diese Regel widerspricht also dem medizinischen Wissen.

Spezifisch (konkret): die Regel muss eine bestimmt logische Form haben: WENN [Beschwerden, Befunde etc.] – DANN [definierte diagnostische Maßnahme]. Vorsätze wie “In Zukunft gründlicher sein” oder “frühzeitiger überweisen“ sind zu allgemein. „An Krankheit X denken” genügt diesem Kriterium ebenfalls nicht, weil hier keine definierte diagnostische Maßnahme genannt ist. Ein Ausdruck wie „in solchen Fällen muss man“ ist ebenfalls nicht spezifisch genug. Die allgemein formulierten Vorsätze mögen sinnvoll sein („lass deinen Patienten ausreden“); für die Pseudofehler-Me-

thode muss das Problem jedoch auf eine ganz konkrete „WENN-DANN-Regel heruntergebrochen werden. - Wenn ein diagnostischer Test (Untersuchung) Teil Ihrer Regel ist, muss es eine hohe Wahrscheinlichkeit für pathologische Befunde und eine klare Behandlungskonsequenz mit einem besseren Ergebnis als im betrachteten Fall geben.

Realistisch (praktikabel): hier ist die niedrige Prävalenz ernster Erkrankungen in der Primärversorgung von besonderer Bedeutung. Als erfahrene/r Arzt/Ärztin haben Sie ein Gefühl dafür, wie selten bzw. häufig die Erkrankung ist, um die es geht. Oder vielleicht gibt es sogar Studien zu diesem Thema (sog. symptomevaluierende Studien). Die aufgestellte Regel ist nur dann realistisch, wenn die Erkrankung genügend schwer und häufig ist, um ALLE Patienten mit der jeweiligen Befundkonstellation näher zu untersuchen (Überweisen, Einweisen usw.). Mit anderen Worten: der Nutzen einer Abklärung gemäß der Regel muss in einem sinnvollen Verhältnis zu den Schäden, Risiken und Kosten stehen, welche die Beachtung der Regel nach sich zieht.

Wenn Ihnen auch nach gründlichster Überlegung keine Regel der oben beschriebenen Art einfällt, ist dies schon eine wichtige Erkenntnis. In diesem Fall ist ein diagnostischer Fehler unwahrscheinlich. Da auch diese Situation, wegen der Diskrepanz von ursprünglicher und späterer Einschätzung, für Patienten wie auch die behandelnden Ärzte so belastend ist, schlagen wir den Begriff „Pseudofehler“ für dieses Szenario vor.

Wenn Sie andererseits ein solche Regel haben aufstellen können, und diese die genannten Kriterien sämtlich erfüllt, ist ein echter diagnostischer Fehler wahrscheinlich. Die von Ihnen gefundene Regel kann helfen, das schädliche Ereignis in Zukunft zu vermeiden und damit die Behandlung Ihrer und Ihrer Kollegen Patienten zu verbessern. Ob man einem behandelnden Arzt einen Vorwurf machen kann, hängt davon ab, ob diese Regel zur Zeit der Entscheidung bereits zum Wissensbestand und allgemeinen Versorgungsstandard gehört hat.

Einschränkungen und Schlussfolgerung

Die oben beschriebene Methode zur Abgrenzung des diagnostischen Fehlers ist unabhängig vom Mechanismus im Einzelfall anwendbar. Ob es sich um einen Flüchtigkeitsfehler handelte, der Arzt gerade nicht aufmerksam war, abgelenkt, oder eine mögliche Hypothese (Diagnose) ihm nicht in den Sinn kam: in all diesen Fällen kann eine Regel der oben dargestellten Struktur formuliert werden, welche das im betrachteten Fall indizierte (aber nicht praktizierte) Vorgehen beschreibt.

Unsere Untersuchungen mit Hausärztinnen*en haben gezeigt, dass die Pseudofehler-Methode große Schwierigkeiten in Verständnis und Anwendung bietet. Sie scheint doch ganz anders zu sein als das übliche medizinische Räsonieren mit seinen deterministischen Einzelschritten. Außerdem stellt die Erwartung der Öffentlichkeit und der Kollegen, jeden einzelnen Patienten zu identifizieren, der von einer Behandlung profitieren könnte, eine Barriere dar. Tatsächlich ist dies kein realistisches Ziel, immer werden uns einzelne Menschen „durch das Netz schlüpfen“. Mit einem aggressiven diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in jedem Einzelfall richten wir auf der anderen Seite durch Überdiagnose und Überbehandlung mehr Schaden als Nutzen an.

Auf jeden Fall ist es sinnvoll, die Methode an mehreren Fällen zu üben, und sich im kollegialen Kreis Feedback einzuholen.

Die Pseudofehler-Methode ist eine Hilfestellung, mit der auch komplexe, mit hoher Unsicherheit behaftete Fälle reflektiert werden können. Sie sollte Ihr klinisches Urteil nicht ersetzten, sollte aber in jedem Fall eine Hilfe sein, Ihre Überlegungen zu diagnostischen Entscheidungen und Ergebnissen zu strukturieren. Unsere bisherigen Untersuchungen dazu haben gezeigt, dass Gutachter sie hilfreich finden; aber sie ist wohl nicht die Antwort für alle Fälle. Wir schlagen deshalb vor, dass Sie offen bleiben für Aspekte, die von der Pseudofehler-Methode (noch) nicht berücksichtigt werden. Wir freuen uns, von Ihnen Rückmeldungen über ihr Funktionieren im wirklichen Leben zu erhalten.

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MHSc

Philipps-Universität Marburg

norbert@staff.uni-marburg.de