

Sprachlos in der Sprechstunde

Viele Ärzte versagen in der Kunst des Heilens – sie hören den Kranken nicht zu. Die schlechte Kommunikation und der Trend zum Spezialistentum führen zu falschen Diagnosen und sinnlosen Behandlungen. Schulmediziner müssen lernen, wieder den ganzen Menschen zu sehen.

Ungeduldig hat Ivona Pušeljčić im Wartezimmer gesessen, nun geht die Tür auf, ein Mann ruft sie herein und streckt ihr die Hand entgegen: „Was führt Sie zu mir?“

„Seit Wochen schon habe ich Husten, der nicht weggeht“, jammert die rothaarige Frau und fasst sich theatralisch an die Brust. „Deshalb soll ich mich dem

Oberarzt vorstellen. Der sind Sie doch, oder?“

„Nee, der Oberarzt musste zu einem Notfall. Ich bin Assistenzarzt in Ausbildung ...“

„Noch in der Ausbildung? Als Privatpatientin habe ich aber Anspruch auf den Oberarzt! Kennen Sie sich denn aus, was ist Ihr Spezialgebiet?“

„Äh, Kopf bis Fuß“, stammelt der Arzt, blättert in den Papieren und versucht es mit einer Frage: „Sie haben Antibiotika gegen Ihren Husten bekommen?“

„Ja, aber die wirken gar nicht.“
„Wirken nicht“, wiederholt der Arzt und nickt. „Wunderbar, sehr schön.“

Drei Frauen und zwei Männer prusten los. Den Dialog haben sie auf Stühlen an



Ärzte an der Universitätsklinik Köln beim Betrachten von Röntgenbildern

OLIVER BERG / PICTURE-ALLIANCE / DPA

der Seite verfolgt, weil hier, im Raum 718 der Medizinischen Klinik zu Heidelberg, keine normale Sprechstunde stattfindet – sondern ein Rollenspiel.

Ivona Pušeljić, 26, ist eine ausgebildete Schauspielerin und gibt die genervte und nervende Privatversicherte. Der Mann ist in Wahrheit ein 37-jähriger Internist und übt das Gespräch mit dem Patienten – eine hohe Kunst in der Medizin.

Das Gelächter verklingt. Verlegen schaut der Internist, als ihm sein Fauxpas klar wird. Jana Jünger, Leiterin des Seminars und Internistin, macht einen Schritt auf den Kollegen zu. „Jeder von uns sagt Sätze, die völlig daneben sind“, tröstet sie ihn. „Aber wir können versuchen, dass es weniger werden.“

Die Sprechstunden-Hilfe für Mediziner soll einer akuten Berufskrankheit der Zunft entgegenwirken. Eine große Um-

frage in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern hat ergeben: Es ist die schwierige, mitunter katastrophale Kommunikation, die Patienten am meisten an Ärzten stört.

„Alle angehenden Mediziner haben Mängel in der Gesprächsführung“, seufzt Jünger. In Heidelberg hat sie ein bundesweit einzigartiges Training zum Arzt-Patient-Gespräch ins Leben gerufen. Mehr als hundert Schauspiel-Patienten hat die Medizinische Fakultät mittlerweile engagiert – auf dass sich Studenten und Ärzte an ihnen versuchen.

Schauspieler vorzuschicken habe zwei Vorteile. „Man kann ihnen nicht so viel Schaden zufügen wie richtigen Patienten“, sagt Jünger. Zum anderen könnten die Mediziner bestimmte Gesprächssituationen nahezu beliebig häufig üben. Die Dialoge werden gefilmt und in der Runde

analysiert. „Wer das nicht mitmacht“, sagt Jünger, „darf bei uns in Heidelberg nicht studieren.“

Es geht um die wichtigste Tugend der Heilkunst. Wenn ein Arzt zuhört, die Vorgeschichte („Anamnese“) erfragt und den Menschen überlegt untersucht, dann kann er bei neun von zehn Patienten die korrekte Diagnose stellen.

In Praxen und Krankenhäusern verschwindet diese Tugend: Gerade einmal 20 Sekunden vergehen in der Sprechstunde – und schon unterbricht der Arzt den Patienten. Das hat fatale Folgen: Viele und gerade die schlimmsten Fehldiagnosen entstehen, weil der Arzt beim ersten Kontakt nicht auf den Menschen eingeht.

Studie um Studie deckt jetzt auf, wie bedrohlich das Problem ist. 15 Prozent aller Befunde in Praxen und Kliniken sind schlicht und ergreifend falsch. Diagnosti-



Internistin Jünger (l.), Teilnehmer am Kommunikationstraining: „Jeder von uns sagt Sätze, die daneben sind“

WOLFGANG STECHE / VISUM

sche Fehler sind der häufigste Grund dafür, dass es zu Kunstfehlerprozessen kommt.

Weil sie sich schlecht behandelt fühlen, haben sich zwischen September 2009 und Oktober 2010 mehr als 2000 Patienten bei der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf beschwert. Gutachter haben die Vorwürfe überprüft und erstmals die Gründe für die Pannen analysiert: Den Ärzten sind die meisten Fehler gar nicht bei der Therapie passiert (25 Prozent), sondern bei der Diagnose (39 Prozent).

„Die diagnostischen Fehler führten natürlich dazu, dass die Patienten in vielen Fällen unnötig leiden mussten“, berichtet Heinz-Dieter Laum, 79, der Vorsitzende der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler in Düsseldorf. Die Ärzte hätten richtige Therapien nicht eingeleitet, weil sie von falschen Voraussetzungen ausgegangen seien. „Dafür haben sie Fehlbehandlungen gemacht, die viel Geld gekostet haben.“ Man müsse diesen unseligen Anfängen viel stärker wehren als bisher, fordert Laum: „Wir müssen Medizinern klarmachen, was sie mit Fehldiagnosen alles anrichten.“

Lustig mag noch erscheinen, was Schauspielerin Pušeljčić in ihrer Rolle als

wehleidige Frau mit Magen-Darm-Grippe erlebt hat: „Nierensteine, Blinddarmdurchbruch – es ist wirklich abenteuerlich, was die Medizinstudenten mir schon alles angedichtet haben!“

Traurig ist jedoch die Geschichte, welche die Patientin Gisela Iffland erzählt: Das Unheil begann mit einem Kratzer am linken Knöchel, der nach fünf Tagen plötzlich dunkel angelaufen war.

Iffland, damals 62, schnupperte an der Wunde einen fauligen Geruch. Zum Haus-

Allein in den USA sterben jedes Jahr 80 000 Menschen nach Pannen bei der Diagnose.

arzt konnte die Steuerberaterin nicht gehen, es war Samstag. Sie rief einen Bekannten an, der sie in das drei Kilometer entfernte Krankenhaus im hessischen Salmünster fuhr.

In der Notaufnahme der kleinen Klinik arbeitete an diesem Nachmittag der Allgemeinmediziner Rainer M. Der Arzt besah den Knöchel und sagte: „Das sind Hämatome.“

Blaue Flecken? Gisela Iffland wollte nachhaken, doch dafür hatte Allgemein-

mediziner M. keine Zeit. Also ließ sich die alleinstehende Frau zurück nach Hause fahren. In der Nacht tat sie kein Auge zu; sie wand sich, als schnitten ihr glühende Klingen durchs Bein.

Am Morgen konnte Iffland das Haus nicht mehr ohne Hilfe verlassen. Sie alarmierte die Notaufnahme im Krankenhaus Salmünster. Gegen zehn Uhr klingelte es an ihrer Haustür – es war Rainer M., der unwirsche Doktor vom Vortag. Er verabreichte ein Schmerzmittel und zog wieder von dannen.

Doch die Wunde wurde schlimmer, und Iffland wählte erneut den Notruf. Nach vier Stunden war es abermals Rainer M., der vorbeischaute. Der Allgemeinmediziner war genervt und blieb bei seiner Diagnose. Erst auf ihr Drängen hin, erinnert sich Iffland, habe er sie in das Krankenhaus Salmünster eingewiesen. „Hier ist so eine überkandidelte Alte, die unbedingt ins Krankenhaus will“, habe M. gesagt, als er den Krankenwagen bestellte.

Dort wickelte ihr ein anderer Arzt, der Chirurg W., einen Verband um den Unterschenkel. In seinem Bericht übernahm er einfach die alte Diagnose, blaue Flecken nach Prellung, und verabschiedete sich in den Feierabend.

Zehn Stunden später wurde Chirurg W. aus seinen Träumen gerissen. Die Nachtschwester am Telefon klang ungewöhnlich aufgeregt: „Die Frau Iffland hält die Schmerzen nicht mehr aus!“ Der Chirurg überlegte kurz, sagte: „Dann geben Sie ihr Schmerzmittel“, und legte sich wieder hin.

Am nächsten Tag sah Chirurg W. Frau Iffland wieder, auf der Morgenvisite. Er erblickte Blutblasen, die sich vom Knöchel bis zum Knie ausgedehnt hatten, und eine grünliche Flüssigkeit, die aus der Haut quoll. Jetzt überwies W. seine Patientin ins Kreiskrankenhaus Gelnhausen, das über einen dienstbereiten Operationsaal verfügte.

Gisela Iffland hatte eine Blutvergiftung, das erkannten die Ärzte in Gelnhausen sofort. Bakterien marodierten in ihrem Bein, die Frau schwebte längst in Lebensgefahr, ihr drohte ein septischer Schock. Die Ärzte holten die Messer hervor und trennten der Frau das linke Bein im Hüftgelenk ab.

Tag für Tag werden Patienten falsch beraten, unnötig geängstigt, sinnlos operiert oder fahrlässig getötet, weil die Anamnese misslungen ist. Ein junger Arzt in München deutet die „lichtstarre Pupille links“ eines 67-Jährigen als Hinweis auf einen Tumor – und übersieht, dass der Mann ein Glasaugen trägt. Eine Hamburger Frauenärztin begründet die ausbleibende Monatsblutung einer 29 Jahre alten Frau mit einer „Chlamydien-Infektion“ – und merkt erst nach einer Antibiotikatherapie: Die junge Frau ist ja schwanger.

Die Fälle zeugen von der Sprachlosigkeit in der Sprechstunde: Die Ärzte waren gar nicht auf die Idee gekommen, die Patienten zu fragen, was mit ihnen los sein könnte.

Ungehört blieb auch Gisela Iffland. Sie habe die Ärzte sogar noch gefragt, ob es sich nicht um eine Blutvergiftung handle, erzählt die weißhaarige Dame von ihrem Rollstuhl aus. „Die haben mir nicht zugehört“, sagt sie mit bitterer Stimme und reibt sich die Narbe. Erst nach langen Streitereien hat sie von der Versicherung des Chirurgen W. ein Schmerzensgeld in Höhe von 300 000 Euro erhalten. Ihren Verdienstausfall wiegt das aber nicht auf – geschweige denn die

Phantomschmerzen, die sie jede Nacht quälen.

Ebenfalls dünnelhaft behandelt wurde der Hotelkaufmann Bernhard Heidemeyer aus dem Taunus. Nach einem Sturz über seinen Hund war der damals 51-Jährige geröntgt worden, wodurch ein Rundschatten im linken Lungenflügel entdeckt wurde. Seine Sorge, das könne doch ein Tumor sein, taten seine Ärzte im Limburger Krankenhaus ab. 22 Monate später starb Heidemeyer – an Lungenkrebs.

In anderen Fällen kommt erst auf dem Seziertisch heraus, wie weit die Ärzte danebenlagen. Fünf Prozent der routinemäßigen Autopsien offenbaren, dass dem Tod eine Fehldiagnose vorausgegangen war. Für Deutschland und andere westliche Länder fehlen Zahlen, aber allein in US-Kliniken sterben jedes Jahr schätzungsweise 80 000 Menschen nach Pannen bei der Diagnose.

Die Erkenntnis, dass so viele Erkrankungen falsch, zu spät oder niemals er-

kannt werden, führt unter Ärzten und Psychologen gegenwärtig zu einem zunehmenden Interesse, die Gründe dafür zu erforschen. Und in einer wachsenden Zahl von Studien decken sie eine scheinbar läppische Ursache auf: Wieder und wieder nehmen medizinische Katastrophen ihren Lauf, weil der Arzt am Anfang dem Patienten nicht zuhört.

Fürs Gespräch fehlt die Zeit, wenn niedergelassene Ärzte am Tag 80 Menschen durch die Praxis schleusen. Weil das Gespräch mit dem Patienten vergleichsweise schlecht vergütet wird, veranlassen viele Ärzte Laboruntersuchungen, Röntgenbilder und andere Apparatemethoden. Diese Leistungen führen sie nicht eigenhändig durch, sondern delegieren sie an das Personal ihrer Praxis und rechnen sie dann gewinnbringend ab.

Auch im Krankenhaus erscheint es Ärzten inzwischen selbstverständlich, neue Patienten erst einmal durch die Mühle der Diagnostik zu drehen.

Der Internist Hermann Fießl, 62, vom Isar-Amper-Klinikum in München hält diese Entwicklung für gefährlich. „In der Nothilfe“, sagt er, „bevor die ganze Kettenreaktion von Untersuchungen ausgelöst wird, müsste sich eigentlich der erfahrenste Arzt Zeit nehmen und mit dem Patienten reden.“

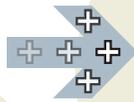
Das ist leichter gesagt als getan: Einen Menschen nur mit Hilfe von Stethoskop und Spatel, Ohrenspiegel und Reflexhammer zu untersuchen, seinen Körper zu betrachten, zu betasten und an ihm zu riechen – das haben viele Schulmediziner gar nicht im Repertoire.

In Norddeutschland erfuhr das eine 47 Jahre alte Frau, die aus dem Anus blutete. Eine niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin diagnostizierte Hämorrhoiden und verschrieb Zäpfchen sowie Salben. Obwohl die Blutungen wochenlang anhielten, obwohl die Patientin sich achtmal vorstellte, hielt es die Ärztin nicht für nötig, den Enddarm der Gepeinigten mit dem Finger zu inspizieren. Das tat dann Monate später ein Urologe – und ertastete sofort ein Krebsgeschwür.

Ein 21-jähriger Mann wiederum begab sich mit akut schmerzenden Hoden gegen 22 Uhr in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Der diensthabende Arzt machte

Denkfehler in der Diagnose

Häufige Ursachen, die zu Fehlbehandlungen führen



HOFFNUNG AUF GUTEN AUSGANG

Ärzte diagnostizieren eine Erkrankung unbewusst nur deshalb, weil sie erfolgreich zu behandeln wäre.

HÄUFUNG

Haben Ärzte eine Krankheit in letzter Zeit häufig gesehen, erhöht das die Wahrscheinlichkeit weiterer gleicher Diagnosen. Dagegen wird eine Krankheit, die lange nicht mehr aufgetaucht ist, übersehen.



VERMESSENHEIT

Wie andere Menschen auch, neigen Ärzte dazu, ihre Fähigkeiten zu überschätzen. Deshalb stellen sie ihre Diagnosen zu wenig in Frage.



WAHRSCHEINLICHKEIT

Obwohl die Symptome eines Patienten auf verschiedene Krankheiten deuten, legen Ärzte sich auf jene Diagnose fest, die statistisch am häufigsten vorkommt.



VERSUNKENE KOSTEN

Je mehr Zeit und Arbeit Ärzte bereits in eine bestimmte Diagnosestellung investiert haben, desto weniger sind sie bereit, andere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen.



PSYCHIATRISIERUNG

Ärzte erklären unbegreifliche Symptome damit, dass der Patient seelisch krank sein muss.



SELEKTIVE WAHRNEHMUNG

Ärzte erkennen nur noch Hinweise an, die ihre Diagnosevermutung stützen, und ignorieren widersprechende Fakten.



DER SPIEGEL

Ultraschallaufnahmen, zapfte Blut ab für Laboruntersuchungen, erzählte etwas von Harnsteinen und schickte den Mann mit einem Schmerzmittel nach Hause. Den Hodensack angucken und fühlen, das mochte der Doktor nicht. Am nächsten Morgen übernahm das ein anderer Arzt – und erkannte sofort, warum es dem Patienten im Schritt so weh tat: Ein Hoden hatte sich verdreht und wurde deshalb nicht mehr durchblutet.

Dass der Patient in der modernen Medizin wie ein Störfall wahrgenommen wird, liegt im Trend. Die Zahl der guten alten Hausärzte geht Jahr für Jahr zurück. Angehende Mediziner drängen in die Kardiologie, die Röntgenmedizin und andere Teilgebiete, die mit weniger Verantwortung und deutlich mehr Geld locken.

„Der Trend zum Spezialistentum ist extrem“, sagt Markus Büchler, 55, Direktor an der Chirurgischen Klinik der Universität Heidelberg. „Da sitzen 50 medizinische Fachleute wie auf der Hühnerleiter und sehen nur noch den begrenzten Ausschnitt vor sich.“

Würde sich ein Anthropologe von einem anderen Planeten in einem irdischen Krankenhaus umschauen, so müsste er davon ausgehen, im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses stünden Computerbildschirme, spottet der US-Arzt Abraham Verghese. „Der Fremdling müsste annehmen, dass der ‚Patient‘ wichtiger ist als der Mensch aus Fleisch und Blut.“

Der Diagnosewahn macht einen nicht zwingend gesünder, häufig aber ärmer. Patienten können bis aufs Hemd ausgezogen werden, wie es eine in Boston lebende deutsche Familie erlebt hat: Die neunjährige Tochter Hannah hatte sich beim morgendlichen Rangeln mit den beiden Geschwistern die Zahnbürste in den Gaumen gestoßen. Die Stelle im Mund blutete etwas.

Die Kinderärztin der Familie war im Urlaub, ihre Vertretung untersuchte Hannah erst gar nicht, sondern überwies sie ins Children's Hospital in Boston. Dort, im hektischen Emergency Room, fand kein Doktor die Zeit, dem Mädchen einmal in Ruhe in den Mund zu schauen.

Warum auch? „Eilig wurden unterschiedlichste Labortests und eine Computertomografie durchgeführt“, erzählt die Mutter. Das Mädchen wurde die Nacht im Krankenhaus behalten. Am Morgen inspizierte eine Ärztin den Gaumen: Die verletzte Stelle erwies sich als völlig harmlos; das Mädchen wurde sofort nach Hause gelassen. Einen Monat später kam die Rechnung – 8358 Dollar und 30 Cent verlangte das Medizinkraftwerk für Übernachtung inklusive Diagnosen.

Auch in deutschen Kliniken würden zu viele unnötige Tests gemacht, sagt Hartmut Bauer von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Röntgenaufnahmen,



WOLFGANG MARIA WEBER

Laborantin bei Test: Diagnostische Verfahren verwandeln Gesunde in Kranke

Laboranalysen, Ultraschalluntersuchungen und Elektrokardiogramme vor Operationen seien oftmals verzichtbar, wenn Ärzte die Patienten ordentlich befragten und körperlich untersuchten. Bauer: „Deshalb können wir die Patienten in vielen Fällen vor überflüssigen technischen Untersuchungen bewahren und auch vermeiden, Geld zu verschwenden.“

In dem Maße, in dem Ärzte sich in technischen Prozeduren verstrickten, feh-

Gerade wenn Ärzte sich ganz sicher sind, laufen sie besonders Gefahr zu irren.

le ihnen die Zeit für das Gespräch, sagt Bauer. Krankenhausärzte sollten eigentlich gemeinsam über einen Fall sprechen, ehe sie die endgültige Diagnose stellen und überhaupt zum Skalpell greifen. „Mit Sorge sehe ich“, so Bauer, „dass für diese Konferenzen immer weniger Zeit bleibt.“

Doch Zeitmangel erhöht unweigerlich die Fehlerquote. Das haben Psychologen und Mediziner nachgewiesen, als sie Hunderte Fehldiagnosen aus den USA, Kanada und Deutschland auswerteten: Viele Fehlgriffe entstehen demnach gar

nicht so sehr durch mangelndes Fachwissen – sondern weil gestresste Ärzte vorilige Schlüsse ziehen.

„Vermutlich mehr als 75 Prozent aller Fehldiagnosen gehen auf Denkfehler des Arztes zurück“, vermutet der Arzt und Psychologe Pat Croskerry. Der 68-Jährige leitet die Notaufnahme eines Krankenhauses in Halifax in der kanadischen Provinz Neuschottland und gehört zu den wenigen Forschern, die herausfinden wollen, wie Mediziner eigentlich ihre Entscheidungen treffen.

Wegen der Hektik in Hospitälern und Praxen würden sich viele Ärzte eine Überlebensstrategie zurechtlegen, erzählt Croskerry. Sie wendeten Heuristiken an, Abkürzungen im Denken. Heuristiken seien oft sehr nützlich, sagt Croskerry. „Aber gelegentlich führen sie zu schwerwiegenden Fehlern.“

Gern übersehen Ärzte, dass ein Mensch Läuse und Flöhe, sprich zwei Erkrankungen zur gleichen Zeit haben kann. Eine 69-jährige Parkinson-Patientin humpelte mit Schmerzen im rechten Fuß von Arzt zu Arzt, ehe ein Orthopäde endlich erkannte: Ihre Pein rührte nicht vom Parkinson her, sondern von einem Knochenbruch.

Besonders häufig entstehen Irrtümer, weil der erste Eindruck allzu nachhaltig haften bleibt; die Experten nennen es den „Ankereffekt“: Schon wenn er einen Patienten im Wartezimmer sieht und den Händedruck bei der Begrüßung spürt, schießt einem Arzt eine Diagnose durch den Kopf, an der er gern festhält. Gisela Iffland wurde das zum Verhängnis. Die Ärzte M. und W. blieben bei der ersten Diagnose („Das sind Hämatome“) und waren unfähig, andere Möglichkeiten wie eine Blutvergiftung in Betracht zu ziehen.

Zum Ankereffekt kam bei den beiden Pannendoktoren zu Salmünster die Selbstüberschätzung hinzu, ein weiterer Risikofaktor für Fehldiagnosen. Gerade wenn Ärzte sich ganz sicher sind, laufen sie Gefahr zu irren. Auf seinen Vorträgen zum Thema fragt der US-Internist Mark Graber das ärztliche Publikum: „Wem ist schon einmal ein Fauxpas in der Diagnose unterlaufen?“ Von hundert Zuhörern hebt meistens nur einer die Hand. „Diagnostische Fehler fallen in unseren blinden Fleck“, sagt Graber. „Wir ignorieren sie.“

Und doch sind sie allgegenwärtig. Das zeigt sich spätestens im Leichenkeller.

Mitarbeiter des Instituts für Pathologie, Bakteriologie und Serologie im sächsischen Görlitz haben dazu einmal alle Menschen genau untersucht, die im Zeitraum von zwölf Monaten in ihrer Stadt verstorben waren.

Die Leichen von 1327 Kindern, Frauen und Männern haben sie geöffnet und dann nach der Todesursache geforscht. Das Ergebnis: Häufig lag „im Grundeiden zwischen Leichenschau-Diagnose und Obduktionsbefund keine Übereinstimmung vor“ – und zwar in mehr als 37 Prozent der Fälle.

Am Universitätsklinikum Kiel wiederum werteten Ärzte die Obduktionsberichte von insgesamt 500 Patienten aus, von denen in den Jahren 1959, 1969, 1979, 1989 und 1999/2000 jeweils 100 in dem Hospital gestorben waren.

Herausgekommen ist eine Hitparade der Fehldiagnosen: Von sämtlichen Herzinfarkten blieben 22 Prozent verborgen, von den Tumorerkrankungen 28 Prozent, von den Entzündungen ganze 48 Prozent. An der Spitze stehen die Lungenembolien: In 60 Prozent der Fäl-

le hatten Ärzte vom tödlichen Pfropf in den Blutgefäßen der betreffenden Patienten nichts mitbekommen – und eine andere Todesursache notiert.

Exemplarisch ist das Schicksal einer 70 Jahre alten Frau: Mit der Diagnose „organisches Psychosyndrom“ war sie in das Kieler Klinikum eingewiesen worden. Die Patientin fieberte. Die Ärzte vernahmen Rasselgeräusche aus der Brust, schoben sie in einen Computertomografen und guckten auf die Aufnahmen: Auffällig erschien ihnen ein Fleck

in der linken Gehirnhälfte. Nach sechs Tagen im Krankenhaus starb die Frau, und ihre Ärzte schrieben auf den Totenschein: „Sepsis mit septischen Metastasen im Gehirn“.

Weiter hätten sie kaum danebenliegen können, das offenbarte die Auswertung ihres Obduktionsberichts: Das Gehirn der Frau war zeitlebens vollkommen gesund gewesen. In Wahrheit hatte ein Blutpfropf ein zur Lunge führendes Gefäß blockiert. Die Frau erstickte, während die Psychiater ihr ein Nervenleiden andichteten.

Und in den Kieler Befunden finden sich keine Anzeichen einer Besserung. Obwohl in der Zeitspanne der Studie immer neue Diagnosetechniken Einzug in das Krankenhaus hielten, konnte das die Trefferquote nicht erhöhen. Enttäuscht stellten die Forscher fest: „Trotz der Einführung neuer diagnostischer Verfahren wie Ultraschall, Computertomografie und Kernspin ist die Rate der Fehldiagnosen nicht gesunken und seit vier Jahrzehnten praktisch unverändert.“

Keine Frage, in vielen Fällen erleichtern technische Neuerungen das Erkennen von Erkrankungen. In anderen jedoch begünstigten sie das Übersehen, konstatierten die Autoren der Studie: „Fehlinterpretationen, technische Fehler und blindes Vertrauen auf diese neuen Verfahren tragen mitunter direkt zu diagnostischen Fehlern bei.“

Menschen, die bei privaten Krankenkassen versichert sind, leben aus diesem Grund nicht unbedingt länger, sie werden nur umfänglicher diagnostiziert. Der in München lebende Schlagersänger André Stade wurde seit seiner Jugend immer wieder von Bauchkrämpfen geplagt, mehr als 40 Ärzte haben ihn deswegen schon untersucht.

„Wenn die mitbekommen, dass ich privat versichert bin, dann rollen die gleich sämtliche Apparate in den Raum“, erzählt Stade, 39. Auf neun Magenspiegelungen und unterschiedlichste Diagnosen hat er es gebracht: Der eine Doktor schloss Gallenstein definitiv aus und tippte auf eine Magenmigräne, der andere bestand auf einer Hepatitis, der nächste stellte eine entzündete Schleimhaut fest. Helfen konnte ihm keiner.

An einem Septembertag dann brach André Stade nach einem Konzert zusammen. Unter Qualen setzte er sich in seinen Wagen und fuhr Richtung München. Un-



Fehldiagnose-Opfer Koscielski, Stade, Iffland
Neue Techniken konnten die Trefferquote nicht erhöhen

MANFRED WITT / DER SPIEGEL (O. + U.); URSULA DÜREN / DPA (M.)



NIBOR / ACTION PRESS

Gerichtsmediziner: *In sechs von zehn Fällen hatten Ärzte vom tödlichen Pfropf in den Gefäßen nichts mitbekommen*

terwegs übergab er sich am Straßenrand. Nur mit letzter Kraft schaffte er es schließlich ins Kreiskrankenhaus im baye-rischen Erding.

Nach planvollen Fragen und einem Blick aufs Computertomogramm erkannte der Chefarzt, was den Schlagersänger die ganzen Jahre so gequält hatte: Steinen aus Cholesterin, im Durchmesser nur drei bis sechs Millimeter groß, verstopften den Gallengang. Dadurch war die Gallenblase entzündet und musste entfernt werden.

Stade ist mit dem Organ auch die Schmerzen los, aber immer noch fassungslos über die vielen Fehldiagnosen – zumal er anfangs selbst auf Gallensteine getippt hatte.

Warum hatte ihm keiner zugehört? Bei den ersten Ultraschalluntersuchungen schauten die Ärzte nur nach größeren Steinen, fanden keine – und schlossen Gallensteine damit ein für alle Mal aus. Die folgenden 40 Ärzte übernahmen den falschen Befund aus den Akten.

Die Fehldiagnosen-Fortpflanzung nimmt auch deshalb zu, weil Praxen und Krankenhäuser immer häufiger elektronische Patientenakten anlegen. Viele Kollegen hätten die Krankenakte schon ausgefüllt, bevor der Patient überhaupt in der Klinik eingetroffen sei, berichten die US-Ärzte Pamela Hartzband und Jerome Groopman im „New England Journal of Medicine“: Der Arzt bekomme den Bericht des überweisenden Kollegen vorab in elektronischer Form als E-Mail, kopiere

ganze Absätze daraus und füge sie, ruck, zuck, in seinen Bericht ein.

Schnell wird das für den Patienten gefährlich: Durch das Kopieren der Befunde würden nämlich auch etwaige Fehldiagnosen übernommen, warnen Hartzband und Groopman – und fordern etwas, was Patienten eigentlich ganz selbstverständlich erwarten dürfen: Ärzte sollten Krankengeschichten eigenständig nachvollziehen und ihre Berichte selbst schreiben.

Nicht nur falsche, auch erfundene Diagnosen sind verbreitet, denn sie können dem Untersuchenden aus der Patsche helfen, wenn er die wahre Ursache einer Er-

Für viele Ärzte ist ein Gesunder ein Mensch, der nur nicht gründlich untersucht wurde.

krankung nicht findet. Wenn Labortests und Röntgenbilder rein gar nichts Auffälliges zeigen, dann nämlich ersinnen manche Ärzte Krankheiten, die sich lediglich auf die vom Patienten beschriebenen Symptome stützen. Aus Übelkeit wird eine Dyspepsie, aus Herzklopfen eine Herzneurose, aus Schweißausbrüchen eine vegetative Dystonie, aus Handschmerzen eine hyperreaktive Synovialis.

Harmlose Befunde und unbedeutende anatomische Varianten, so der Düsseldorfer Internist und Autor Uwe Heyll, würden „überinterpretiert, um als Erklärung der funktionellen Beschwerden dienen zu können“. So muss eine Nieren-

zyste als Grund für Flankenschmerzen erhalten, ein kleiner Darmpolyp soll die gestörte Verdauung bewirkt haben, und eine Wanderniere dient als Erklärung für die Probleme beim Wasserlassen.

„Natürlich haben alle genannten Organveränderungen keinen Krankheitswert“, sagt Heyll. „Aber sie werden dennoch mangels besserer Erklärungen zur Ursache der Beschwerden deklariert.“

Für viele Ärzte ist ein Gesunder ein Mensch, der nur nicht gründlich genug untersucht wurde. Doktoren messen das Cholesterin im Blut, schieben Sonden in Körperöffnungen, durchleuchten Organe. „Diese Verfahren machen es möglich, jedem eine Diagnose zu geben“, schreiben Mediziner von der Dartmouth Medical School in New Hampshire. „Arthritis in Menschen ohne Gelenkschmerzen, Magenschäden in Menschen ohne Sodbrennen und Prostatakrebs in mehr als einer Million Männer, die – ohne einen Test und ohne Krebspatient zu sein – genauso lange gelebt hätten.“

Die systematische Suche nach Prostatakrebs ist ein besonders eindrückliches Beispiel für die um sich greifende Überdiagnostik. Zu den Opfern zählt Henning Koscielski, 75, der früher Kulturse-nator in Lübeck und Fraktionsvorsitzender der dortigen SPD war. Missmutig sitzt er in seiner Jagdhütte und erzählt von jenem Dezembertag 2008, als er zur Vorsorge zu einem neuen Hausarzt ging.

In die Praxis trat ein Kerl wie ein Baum, Koscielski ist 1,96 Zentimeter groß

und 91 Kilogramm schwer. Der passionierte Jäger stellte Wildschweinen nach und erfreute sich eines ausgefüllten Liebeslebens.

Der Hausarzt war beeindruckt von dem vitalen Senior – und nahm Herrn Koscielski denn auch nur aus reiner Routine Blut ab; ein Probchen bloß für den sogenannten PSA-Wert, der angeblich ein Risiko für Krebs der Vorsteherdrüse (Prostata) verraten kann.

Koscielskis PSA-Wert lag über einem Grenzwert – und im Nu verwandelte sich der gesunde Mann in einen Patienten: Er musste zur weiteren Abklärung zu einem Urologen. Der stanzte ihm zehn Gewebestückchen aus der Vorsteherdrüse, schickte die Proben an ein Labor für Pathologie. Dieses identifizierte auffälliges Gewebe im rechten Prostataseitenlappen: angeblich Krebs.

Der Urologe machte Koscielski Mut: Da glücklicherweise nur eine Seite betroffen sei, könnten Chirurgen das verdächtige Material schonend entfernen. Die zum Penis führenden Nervenstränge würden nicht geschädigt, die Manneskraft sei nicht in Gefahr. Treuherzig legte sich Lübecks Ex-Kultursenator im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein unters Messer.

Als er nach der Operation aufwachte, wunderte er sich, dass ihm niemand erzählte, wie der Eingriff verlaufen war. Der Operateur wich seinen Fragen aus. Nach seiner Entlassung möge er doch seinen Urologen aufsuchen.

„Es ist großer Mist passiert“, eröffnete ihm dieser. Die Chirurgen hätten auf der rechten Seite gar kein auffälliges Gewebe gefunden. Da sie aber einmal dabei waren, hätten sie halt die linke Drüsenseite auch noch entfernt – und dummerweise die Nervenbahnen an den Schwellkörpern zertrennt. Der Urologe entließ Herrn Koscielski mit einem Rezept für Viagra.

Lust auf Sex verspürt Henning Koscielski zwar noch, aber die Sexpillen helfen ihm nicht. „Ich bin impotent“, sagt er mit Tränen in den Augen. „Dabei war ich immer für das Gegenteil bekannt!“

Wie ein Patient behandelt wird, hängt gar nicht so sehr davon ab, was ihm fehlt. Häufig entscheidet der zufällige Umstand, an welchen Spezialisten er zuerst gerät. „Wen du siehst, ist, was du kriegst“ heißt das Syndrom.

Edna Wilburn hat das am eigenen Leib erfahren: Die Frau begab sich in eine Notaufnahme in Cleveland, Ohio, weil sie sich unwohl fühlte. Ein Test auf Schlaganfall ergab zunächst keinen auffälligen Befund. Weil sie sich so merkwürdig verhielt, wiesen die Ärzte sie in das Cleveland Psychiatric Institute ein – wo das Personal jählings eine „Anpassungsstörung“ diagnostizierte. Wilburn stürzte häufig und konnte ihre Blasenfunktion nicht

kontrollieren, aber das machte die Nervenärzte nicht stutzig. Drei Wochen lang behielten sie die Frau in ihrer Gewalt.

18 Tage nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie erlitt Edna Wilburn einen schweren Schlaganfall. Mit Blaulicht kam sie in ein anderes Krankenhaus, wo die Ärzte endlich begriffen, was mit ihr los war. Von wegen verrückt! Die Frau litt unter einer thrombotisch-thrombozytopenischen Purpura, einer seltenen Erkrankung, bei der die Blutplättchen verklumpen. Deshalb hatte sie sich so unwohl gefühlt.

Symptome erkrankter Menschen auf ein seelisches Leiden zurückzuführen, das ist die Leidenschaft von Nervenärzten – und der Ursprung vieler Kunstfehler. „Befindet sich der Patient einmal in psychiatrischer Hand“, warnt der Arzt Croskerry, „wird womöglich die Hälfte der wichtigen Diagnosen übersehen.“

Aber auch Herzspezialisten haben einen kaum weniger ausgeprägten Tunnelblick, wovon eine Episode aus dem Ruhrgebiet erzählt: Ein 50 Jahre alter Mann japste immer häufiger nach Luft – war dies nicht ein Hinweis auf ein schwaches Herz? Den Kardiologen, bei dem sich der 50-Jährige vorstellte, interessierte nur diese Frage. Er machte sofort eine Koronarangiografie: Die Gefäße des Herzens sahen blütensauber aus, der Mann wurde als gesund entlassen.

Seine Luftnot indes wurde noch ärger. Ein ganzes Jahr lang ging es so, bis sein Hausarzt aus reiner Verzweiflung eine Röntgenaufnahme vom Brustkorb anfertigte – ein Tumor von der Größe einer Faust saß in der linken Lunge. Sofort wurde der Mann ins Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum überwiesen.

Dort befreite ihn Axel Laczkovics, Leiter der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, von der Geschwulst. „Gott sei Dank war der Tumor gutartig“, erzählt er und zeigt das Bild der alten Koronarangiografie: „Hier, da erkennt man den Tumor auf der Aufnahme ganz leicht: der Schatten im Hintergrund.“

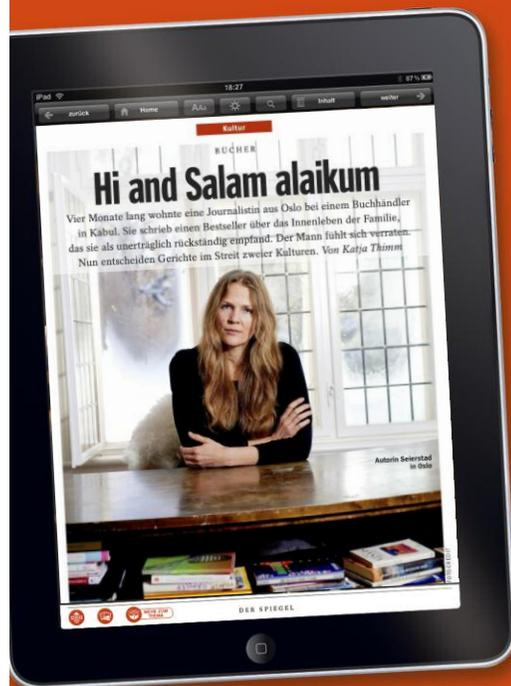
Warum hat das der Kardiologe nicht erkannt? „Der ganzheitliche Blick auf den Patienten fehlt“, klagt Laczkovics, dem ähnliche Vorkommnisse immer wieder auffallen, das letzte erst an diesem Morgen in der Besprechung seiner Abteilung:

Ein 60-jähriger Mann hatte vor vier Wochen hinter dem Brustbein ein Rumoren verspürt und ging zu einem Spezialisten für den Magen- und Darmtrakt. Der spiegelte den Magen und glaubte eine Rötung zu erkennen. „Die Magenschleimhaut ist entzündet“, urteilte er und schickte seinen Patienten mit Säureblockern nach Hause.

Doch trotz der Medikamente wurden die Beschwerden schlimmer, und nach ei-

Der SPIEGEL auf dem iPad™ – die neue Art zu lesen

**Jetzt testen:
11 Ausgaben für
nur € 29,-!**



Früher lesen:

Samstags schon ab 22 Uhr auf iPad, iPhone®, iPod® und PC.

Mehr sehen:

Nutzen Sie Videos, Fotostrecken und interaktive Grafiken.

Mehr hören:

Lauschen Sie Interviews, neuen Songs oder historischen Tondokumenten.

Mehr wissen:

Lesen Sie am Ende des Artikels weiter auf den Themenseiten. Lassen Sie sich vom Reporter erklären, wie er recherchiert hat.

Jetzt exklusiv in der neuen Ausgabe:

- Wissen statt Technik – **SPIEGEL-TV-Film** über Ärzte auf dem Land
- Kampf um den Pharao – **SPIEGEL-Reporter** erzählen vom Aufstand in Kairo
- Mensch 2.0 – **Video** über Roboter mit Künstlicher Intelligenz

Alle Angebote: www.spiegel.de/ipad



Apple, the Apple logo and iPhone are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App store is a service mark of Apple Inc.



MARTIN H. SIMON / MHS IMAGES

US-Neurologe Newman-Toker*: *Bessere Diagnosen als bei der Kernspintomografie*

nem Monat ging der Patient zu einem Kardiologen. Der untersuchte das Herz und erkannte: Der Mann schwebte in Lebensgefahr; er hatte einen Hinterwandinfarkt. „Wir haben ihm gleich einen Bypass gelegt“, sagt Laczkovics.

Der Eingriff glückte, der Patient erholte sich und ist erleichtert – da will er sich nicht bei seinem Gastroenterologen beschweren. Auch die Herzmediziner halten sich bedeckt. „Eine offene Diskussion findet leider fast nie statt“, sagt Laczkovics. „Das wird schnell als Abrechnung oder Retourkutsche verstanden.“

Weil kritische Rückmeldungen in aller Regel ausbleiben, halten sich etliche Mediziner für unfehlbar. „Dass sie selbst irren“, sagt der Internist Mark Graber, „können sich die meisten Ärzte gar nicht vorstellen.“

So war es auch in der Notaufnahme eines Krankenhauses im US-Bundesstaat Michigan, in die häufig Menschen mit starken Brustschmerzen eingeliefert wurden. Die Ärzte mussten sich jeweils entscheiden: Sollten sie dem Kranken ein gewöhnliches Bett zuteilen – oder ihn lieber in die Station für Patienten mit Herzinfarkt einweisen?

Neunzig Prozent von ihnen kamen auf die Spezialstation – doch in Wahrheit wäre das nur für jene 25 Prozent der Patienten nötig gewesen, deren Schmerzen tatsächlich von einem Herzinfarkt verursacht wurden. Um die Rate der Fehlalarme zu senken, entwickelten Forscher am University of Michigan Hospital eine Entscheidungshilfe: eine Checkliste mit 50 verschiedenen Punkten.

* In Baltimore, bei der Demonstration einer Augenuntersuchung zur Erkennung von Schlaganfällen.

Die Ärzte in der Notaufnahme gingen Frage für Frage durch, tippten Zwischenergebnisse in einen Taschenrechner und errechneten die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarkts. Die Mühe lohnte sich: Ihre Trefferquote stieg beträchtlich.

Allerdings wurde den Notärzten die Rechnerei schon bald lästig, und sie hörten auf, die 50-Punkte-Liste zu benutzen. Ihre Entscheidungen jedoch blieben verbessert – warum nur? Die Forscher fanden die Antwort: Der vorübergehende Gebrauch der 50-Punkte-Liste hatte das Denken der Ärzte verändert. Sie hatten einige Aspekte der Liste verinnerlicht – und somit eine durchaus hilfreiche Abkürzung im Denken genommen.

Die Forscher in Michigan entwickelten daraufhin eine neue Entscheidungshilfe,

Rollenspielen und Videoanalysen machen Studenten zu besseren Ärzten.

diesmal jedoch eine ganz simple, mit nur wenigen Ja- und Nein-Antworten. Das war die Lösung: Diese vereinfachte Entscheidungshilfe war nicht nur tauglich für den klinischen Alltag, sondern sie führte auch zu noch mehr korrekten Diagnosen als die ursprüngliche 50-Punkte-Liste.

Bewusster Verzicht auf Informationen kann eine Diagnose also präziser machen. Das hat eine im Fachblatt „Stroke“ veröffentlichte Studie ebenfalls offenbart: 101 Menschen begaben sich in die Notaufnahme, weil sie unter Schwindelanfällen litten. Sie alle wurden in die Röhre eines Kernspintomografen gesteckt, und bei 61 von ihnen ergab das die Diagnose Schlaganfall.

Unabhängig davon untersuchte der Neurologe David Newman-Toker die Patienten – aber auf seine Art: Er berührte sie, drehte sachte ihren Kopf und schaute den Menschen in die Augen. War die betreffende Person imstande, die Blickrichtung beizubehalten? Anschließend fuhr der Arzt mit dem Zeigefinger durch die Luft und guckte, inwiefern das Augenpaar dem Finger folgen konnte. Newman-Toker diagnostizierte nicht 61, sondern 69 Schlaganfälle.

Nachfolgende Untersuchungen ergaben: Der Arzt hatte tatsächlich alle Fälle richtig diagnostiziert. Anhand der Augenbewegungen war es ihm gelungen zu erkennen, ob ein Schlaganfall das Gehirn geschädigt hatte. Der Kernspin dagegen hatte zwölf Prozent der Fälle übersehen. Newman-Toker: „Eine Untersuchung am Krankenbett ist besser als ein modernes Verfahren wie Kernspin.“

Genau diese Kunst am Krankenbett wird an deutschen Universitätskliniken nicht mehr ausreichend gelehrt. Zwar sollen Medizinstudenten Kurse zur Gesprächsführung belegen, aber sie haben viel zu wenig Gelegenheit, das Gespräch mit Patienten systematisch zu üben. Dabei würden Rollenspiele und Videoanalysen helfen, sie zu besseren Ärzten zu machen. Das geht aus einer Studie der Heidelberger Vorreiter hervor. Studenten, die an dem Kommunikationstraining teilgenommen haben, erhoben in einer Vergleichsstudie genauere Befunde als Kommilitonen, die noch auf die übliche Weise ausgebildet waren.

Das macht Hoffnung auf eine bessere Medizin: Wenn Ärzte zuhören, dann vertragen die Patienten ihnen die Diagnose.

JÖRG BLECH