

Der Patient kommt zuerst! – Wirklich?

Reto Krapf

Sonntagmorgen, 16. Juli 2006, 09.15 Uhr, Zeit, mit der Visite bei den nichtoperativen Patienten unserer interdisziplinären Intensivpflegestation (IPS) zu beginnen. Diese IPS arbeitet mit einer papierlosen Patientenakte, alle Daten und Vorgänge lassen sich direkt am Bett oder in den Arbeitsräumen von Pflege und Ärzteschaft abrufen.

Ich versammle also die Stationsärztin und die verantwortliche Pflegeperson und will zu den Patienten ins erste Zimmer gehen. Da finde ich mich plötzlich allein, denn die Mitarbeiter haben vor dem PC-Monitor Platz genommen und beginnen, die Ereignisse der Nacht und die verschiedenen Messparameter des ersten Patienten anzuschauen. Auf meine entsprechende Frage erhalte ich die Antwort, dies sei nun immer so, und es helfe, den Patienten besser zu verstehen. Als ich dies vehement bezweifle (siehe unten), löse ich Erstaunen, ja Unverständnis aus. Auch eine später durchgeführte kurze Rückfrage bei ähnlich ausgerüsteten IPS an anderen Spitälern bestätigt diese anscheinend etablierte Praxis.

Jede Beurteilung eines Parameters, eines diagnostischen Tests muss sich auf eine gute Anamnese und eine sorgfältige körperliche Untersuchung abstützen. Durch den so gewonnenen Eindruck des Patienten (auch des Krankheitsverlaufes eines bereits bekannten Patienten auf der IPS) lassen sich – *nachher* – diese Parameter erst adäquat interpretieren. Im Rahmen eines quantitativeren Vorgehens kann auch mittels Anamnese/Status die Vortestwahrscheinlichkeit abgeschätzt und bei bekannter Sensitivität und Spezifität des Tests dann mit der «Likelihood Ratio» eine Nachtestwahrscheinlichkeit (Bayes'

Theorem) errechnet werden. Dies sagen wir den Studenten und auch den Assistenten an den Praktikerfortbildungen, und es gehört zu den ganz wichtigen Grundlagen der optimalen Entscheidungsfindung in der klinischen Medizin.

Die gelebte Praxis ist aber anders und darum gefährlich. Haben Sie nicht auch schon Laborwerte, Röntgenbilder oder auch die Stellungnahme eines Kollegen konsultiert, bevor Sie mit dem Patienten gesprochen und ihn untersucht haben? Haben Sie dies vielleicht auch ganz oder teilweise an Stelle von Anamnese und Status getan? Sind Sie nicht auch schon auf einen Stationsarzt «hereingefallen», der die Patientenvorstellung mit der Präsentation des Röntgenbildes begann?

Anamnese und Status (und Verlaufskontrollen!) können – zumindest bei einem gewissen Grad an Unerfahrenheit – nur dann von hoher Qualität sein, wenn sie unbefangen und unbeeinflusst erhoben worden sind. Gegenwärtig werden diese Informationen, deren Wert und eigenständige hohe diagnostische Aussagekraft hervorragend dokumentiert sind, viel zu geringgeschätzt. Man lässt sich lieber durch das Kreuz hinter dem Sauerstoffpartialdruck alarmieren als durch die Tachypnoe des Patienten. Dieses auf der IPS beobachtete Vorgehen ist auch Ausdruck des mangelnden Vertrauens in die eigenen zentralen ärztlichen Fähigkeiten angesichts einer, zugegebenermassen präzisen, technisierten Diagnostik. Dieses Selbstvertrauen müssen wir uns und allen KollegInnen durch Schulung und indem wir selber mit gutem Beispiel vorangehen wieder anerkennen. Ein Thema (auch) für die Qualitätssicherung.