Norbert
Donner-Banzhoff

Die ärztliche Diagnose

Erfahrung – Evidenz – Ritual

DOWNLOAD

hogrefe

Die ärztliche Diagnose

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Die ärztliche Diagnose

Norbert Donner-Banzhoff

Programmbereich Medizin

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Norbert Donner-Banzhoff

Die ärztliche Diagnose

Erfahrung – Evidenz – Ritual

hogrefe

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff
Philipps-Universität Marburg
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive
und Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Straße 4
D-35043 Marburg
norbert@staff.uni-marburg.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://www.dnb.de abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG
Lektorat Medizin
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea, Wiebke Erchinger
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Solskin, GettyImages
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2022
© 2022 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96194-1)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76194-7)
ISBN 978-3-456-86194-4
https://doi.org/10.1024/86194-000

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen 11

Vorwort 13

1 Voraussetzungen 17

1.1 Warum diagnostizieren? 17

1.2 Diagnose als Kategorie und Prozess 20

1.3 Vier Funktionen eines Tests 21

1.4 Logische Struktur der Diagnose 22

1.5 Moralische Untertöne 24

1.6 Ökologie der Versorgung 26

1.7 Intuition 28

1.8 Rationalität 29

1.9 Die Macht der Diagnose 30

1.10 Unsicherheit 31

1.11 Probabilistisch vs. deterministisch 36

1.12 Die personale Dimension 37

1.13 Diagnosen: gemacht, nicht gefunden 37

1.14 Zwei gegensätzliche Positionen 42

1.15 Praxis/Klinik als Anker 45

2 Adaptive Intelligenz 47

2.1 Untersuchung in zwei Richtungen 47

2.2 Die Sicht der Praxis: „bottom-up“ 48

2.3 Exkurs: klinische Erfahrung 56

2.4 Zwischenstation 57

2.5 Die Sicht der Kognitionspsychologie: „top-down“ 57

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

2.6 Eine adaptive Sequenz . . . 68
2.7 Zum Schluss . . . 71

3 Illusionen und Trugschlüsse . . . 75
3.1 Die Validitäts-Illusion . . . 76
3.2 Szenarien, Skripte, Narrative: Wir bringen Sinn in die Welt . . . 84
3.3 Weitere Fallen und Trugschlüsse . . . 86
3.4 Gutartige und bösartige Umgebungen . . . 89

4 Diagnostische Studienevidenz . . . 91
4.1 Der Klassiker: die diagnostische Querschnittsstudie . . . 92
4.2 Andere Studiendesigns für diagnostische Fragestellungen . . . 110
4.3 Systematische Übersichtsarbeiten für diagnostische Tests . . . 115
4.4 Jenseits der Testgenauigkeit: breite Evaluation des Nutzens diagnostischer Technologien . . . 118
4.5 Schluss und Ausblick . . . 124

5 Alles nur wahrscheinlich . . . 127
5.1 Begriff der Wahrscheinlichkeit – eine erste Annäherung . . . 127
5.2 Entscheidung in zwei Stufen . . . 128
5.3 Tests modifizieren Krankheitswahrscheinlichkeiten: der Satz von Bayes . . . 129
5.4 Ist ein Test informativ? . . . 134
5.5 Wahrscheinlichkeiten anreichern . . . 139
5.6 Wahrscheinlichkeit: Definitionen . . . 141
5.7 Andere Konzeptionen (Modelle) von Unsicherheit . . . 146
5.8 Schlussbemerkung . . . 150

6 Schwellen . . . 153
6.1 Die klinische Situation . . . 154
6.2 Therapeutische Schwelle . . . 154
6.3 Diagnostische Schwelle . . . 156
6.4 Empirisch vs. normativ – intuitiv vs. formal . . . 157
6.5 Anpassungen . . . 157
6.6 Fehler, Reue und Bedauern . . . 159
6.7 Variationen . . . 160
6.8 Schlussfolgerung . . . 161

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

7 Screening – Früherkennung von Krankheiten 165
7.1 Definitionen 165
7.2 Falsches Feedback und Illusionen 166
7.3 Zunehmende Kritik 168
7.4 Ethik der Früherkennung 169
7.5 Studienevidenz 169
7.6 Grauzonen „wegtesten“ 172
7.7 Die Ökonomie der Früherkennung 173
7.8 Shared Decision Making oder Entscheidungsfalle? 175
7.9 Schlussfolgerung 176

8 Normal oder pathologisch? 179
8.1 Alles fließt 180
8.2 Homöostatischer Furor 181
8.3 Die Schwelle zur Krankheit – Überdiagnose und Medikalisierung 183
8.4 Was ist normal? Eine wissenschaftlich orientierte Ethik der Diagnose 189
8.5 Das Paradox der Gesundheit – kontraproduktive Medizin 191

9 Detektive, Fiktionen und Mythen 193
9.1 Parallelen 193
9.2 Der Krimi 193
9.3 Indizienparadigma 195
9.4 Requiem auf den Kriminalroman 196
9.5 Detektivgeschichten in der Medizin: die Abenteuer des Dr. House 197
9.6 Die Detektiv-Metapher: Risiken und Nebenwirkungen 199
9.7 Andere literarische Beispiele 199
9.8 Der geniale Diagnostizierer (Mythen) 201
9.9 Schlussfolgerung 202

10 Der diagnostische Fehler 205
10.1 Selbstvorwurf und Reue 205
10.2 Typische Reaktionen 206
10.3 Wissenschaftliche Evidenz 208
10.4 Verfehlte Fehlerdiskurse – Schwierigkeiten 208
10.5 Emotionen (Regret) 210

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

10.6 Die Pseudofehler-Methode 211
10.7 Aus der Erfahrung lernen? 213
10.8 Die juristische Sicht 214
10.9 Die Angst vor dem Kadi: Defensivmedizin 218
10.10 Risikofaktoren und Prävention 222
10.11 Schlussfolgerung 222

11 Diagnose als soziales Phänomen 225
11.1 Der Zeitachse entlang 225
11.2 Entscheidung an der Patientin: Teams und lokale Normen 227
11.3 Diagnosen haben Macht: Legitimität und Akzeptanz 228
11.4 Klassifikationen 229
11.5 Wie Krankheiten entstehen 234

12 Oberflächlich modern 241
12.1 Empirische Demontagen 241
12.2 Der Kern des Heilens 241
12.3 Anthropologische und kulturwissenschaftliche Perspektiven 242
12.4 Archaische Methoden der Überzeugung: medizinische Narrative 252
12.5 Schlussfolgerung 254

13 Klinische Kausalität 257
13.1 Erklärung im Einzelfall: ein logisches Schema 258
13.2 Kausalität in der Epidemiologie 259
13.3 Wirkketten und Wirkebenen 260
13.4 Vom Kollektiv zum Einzelfall 261
13.5 Interpersonalität: ethische Prinzipien 263
13.6 Die „klinische Kausalerklärung“: wissenschaftlich begründet, persönlich relevant, ihrer Grenzen bewusst (Evidenz – Individualität – Kontingenz) 263
13.7 Pathomechanismus versus Ätiologie 267
13.8 Andere Wissenschaften: Parallelen 267
13.9 Schlussfolgerung 268

14 Hinterweltler oder eine Medizin der Zeichen? 271
14.1 Die zwei Kulturen 271
14.2 Wertungen 274

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

14.3 Geografische und historische Verteilung 276
14.4 Differenzierungen 277
14.5 Schlussfolgerung 277

15 Konsequenzen für die Lehre 279
15.1 Reifeziel: Mit Unsicherheit umgehen 279
15.2 Reifungsverzögerung: eine Kritik der deutschen Universitätsmedizin 281
15.3 Medizinische Ausbildung: Die Vorbild-Fakultät 285
15.4 Didaktische Werkzeuge 292
15.5 Lernen im Untergrund: Hinweise für Studierende und ÄiWs 301
15.6 Schlussfolgerung 302

16 Schichten und Widersprüche 305
16.1 Ärztinnen und Patientinnen: Archäologie einer Beziehung 305
16.2 Konflikte und Widersprüche 309
16.3 Normative Konsequenzen aus dem Schichtenmodell 312
16.4 Schlussfolgerung 318

17 Übernehmen die Maschinen? 321
17.1 Entwicklungen 321
17.2 Aussichten 325
17.3 Risiken 328
17.4 Der Besen des Zauberlehrlings: zum Schluss 335

Abkürzungsverzeichnis 341
Hinweise zum Zusatzmaterial 343
Sachwortverzeichnis 345

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Danksagungen

Ich danke dem Team der Allgemeinmedizin an der Philipps-Universität Marburg für die vielfältigen Anregungen und Hilfen; dieses wunderbare Netz war fachlich wie menschlich so eng geknüpft, dass die Nennung einzelner Namen ungerecht gegenüber den Nichtgenannten wäre. Danken möchte ich auch den Patientinnen und dem Team der Praxisgemeinschaft am Marburger Richtsberg, die mich immer wieder inspiriert, aber auch auf den Boden zurückgeführt und mir gezeigt haben, was geht und was nicht. Weiterhin haben Jamal Abushi, Marie Barais, Svenja Baumann, Miriam Becker, Markus Feufel, Wolfgang Gaissmaier, Gerd Gigerenzer, Ralph Hertwig, Eyke Hüllermeier, Frank Mader, Stefan Sauerland, Judith Seidel, Anna Maria Sikeler, Erik Stolper und Jef van den Ende mir wertvolle Anregungen und Unterstützung gegeben. Zu ganz speziellem Dank verpflichtet bin ich gegenüber denjenigen, die durch die kritische Durchsicht einzelner Kapitel mich auf neue Aspekte aufmerksam gemacht, aber auch vor Unfug bewahrt haben: Sofia Banzhoff, Sandra Blumenthal, Karl Braun, Ulrich Freudenstein, Johannes Hauswaldt, Dominikus Herzberg, Peter Hühn, Eckhardt Koch, Tanja Krones, Thomas Kühlein, Armin Mainz, Beate Müller, Helmut Schäfer, Tina Stibane, Carolin Tillmann, Hanna Traupe, Odette Wegwarth, Urban Wiesing. Trotzdem liegt die Verantwortung für den gesamten Text bei mir. Schließlich danke ich Susanne Ristea und Wiebke Erchinger vom Hogrefe Verlag für ihr Verständnis und ihre Unterstützung.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Vorwort

Die diagnostische Einschätzung ist die komplexeste und aufregendste Aufgabe, die Ärztinnen und Ärzte in ihrem Alltag zu lösen haben. Während eine therapeutische Entscheidung sich meist auf wenige Optionen reduzieren lässt, sind in der diagnostischen Situation die Möglichkeiten der Erklärung und damit die Unsicherheiten wesentlich größer, ja geradezu unendlich. Obwohl ein ganzer Park von diagnostischen Gerätschaften den Blick zu verstellen scheint, wissen wir, dass die diagnostische Einschätzung sich vor allem im Kopf abspielt; das erste Material, mit dem wir arbeiten, sind die Beschwerden und Schilderungen der Patientin, gefolgt vom sicht- und hörbaren Eindruck und dem Berühren des Körpers mit der tastenden und klopfenden Hand. Labor und Bildgebung können erst dann sinnvoll zum Einsatz kommen, wenn eine gewisse Einengung der Möglichkeiten geschafft worden ist. Die ärztliche Diagnose ist eine außerordentliche Leistung, die sicher nicht ohne Fehler, aber doch mit großem pragmatischem Erfolg erledigt wird. Wie das alles zustande kommt, verdient eine nähere Betrachtung.

Die Corona-Pandemie hat Fragen der Diagnose bis in die allgemeine Öffentlichkeit, in Parlamente und Regierungsentscheidungen gebracht: prädiktive Werte, Sensitivität und Spezifität, die Fehlermöglichkeiten und Unsicherheiten werden jenseits von Fachkreisen diskutiert.

Dieses Buch wendet sich an Ärztinnen, die über den diagnostischen Aspekt ihrer Tätigkeit nachdenken wollen, sich weiterentwickeln und in ihrer Arbeit besser werden wollen. Dazu habe ich sehr verschiedene Wissenschaftsbereiche auf ihre Relevanz abgeklopft, die von der klinischen Epidemiologie über die Psychologie, die Ethnologie bis hin zur Philosophie reichen. Bei diesem Streifzug habe ich mich an das gehalten, was zum Verständnis der ärztlichen Alltagspraxis beitragen kann. Im ausführlichen Hintergrund-Text, dem zusätzlichen Online-Material (Information und Link siehe Seite 343), finden sich detaillierte Belege und Anregungen zum Weiterlesen. Am Ende der Kapitel habe ich lediglich ausgewählte Kern-Referenzen aufgeführt. Damit ist der Haupttext – so hoffe ich zumindest – flüssig zu lesen.

Dieses Buch fällt vielleicht aus dem Rahmen des Gewohnten: Wissenschaftliche Autorinnen beginnen meist mit der Theorie und stellen diese umfassend dar; die Lebens- oder Anwendungsbeispiele, die sie diskutieren, sind eher illustrativer oder didaktischer Natur, d.h. sie werden danach ausgewählt, ob sie der Argumentation dienen. Ich gehe einen genau entgegengesetzten Weg: Ich beginne bei der ärztlichen Praxis oder Klinik (beide Begriffe verwende ich synonym) mit all ihren bunten Facetten, Unklarheiten und Widersprüchen und prüfe die Wissenschaften darauf, ob sie zum Verständnis der diagnostischen Situation etwas beitragen können. Das Ergebnis ist ein sehr breites Spektrum von Erkenntnissen und dahinterstehenden me-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

thodischen Vorgehensweisen. Damit wirkt die Welt wesentlich komplexer und unsortierter, als wenn man sie aus der Perspektive einer einzigen Wissenschaft betrachtet.

Ich vertrete deshalb auch keine „große Theorie", mit deren Beachtung in der Versorgung dann alles besser würde. Die „großen Theorien" haben den Nachteil, dass man mit ihnen nicht durch den Alltag kommt. In der Versorgung Tätige haben immer etwas Pragmatisch-Bastelndes an sich. Dies zu ändern, ist m.E. nicht nur unmöglich, sondern auch gar nicht erstrebenswert, um die Anliegen unserer Patientinnen nicht aus den Augen zu verlieren.

Öffentliche Diskussionen fokussieren nur allzu oft auf Innovationen; die Wörter „bahnbrechend" oder „disruptiv" werden gerne in den Mund genommen und eine Lösung vieler Probleme versprochen. Hier tut der Blick auf das reale Diagnostizieren gut, denn da findet man erstaunlich viel Tradition: Die diagnostisch wegweisenden Informationen werden immer noch mit den menschlichen Sinnen aufgenommen, das Hören auf die Beschwerden der Patientin ist immer noch wegweisend und wird es bleiben, auch wenn technischen Untersuchungen immer mehr geglaubt wird. Auch wenn diese Entwicklungen sehr „modern" zu sein scheinen, werde ich zeigen, dass hier archaische Prozesse am Werk sind. Diese gilt es zu reflektieren und gleichzeitig kritisch zu fragen, ob ein neuer Labortest oder ein Verfahren der Bildgebung einen diagnostischen Mehrwert bringen.

Studierende der Medizin oder anderer Heilberufe, die ich ebenfalls zur Lektüre einladen möchte, finden manches in diesem Text vielleicht verstörend. Wenn man dabei ist, überhaupt ein Bein auf den Boden zu bekommen, ist es ist ausgesprochen unangenehm, wenn dieser plötzlich anfängt zu schwanken. Alte Praktiker (= Kliniker), die längst ihren Stil gefunden haben, mögen sich diesen Überlegungen mit weniger Angst nähern. Andererseits nimmt in den höheren Altersklassen oft die Neugier ein wenig ab, und bei den Jungen besteht für mich als Autor eher die Hoffnung, etwas zu bewirken. Vielleicht kann dieses Buch helfen, die neugierige Frage von Studierenden: „Was machen Sie da eigentlich? Und warum so und nicht anders?", zu beantworten; Lehrende und Lernende können hier Antworten finden, die sie bisher nur geahnt haben.

Ich hoffe, dass Angehörige aller medizinischen Fächer und Disziplinen hier ihre Probleme und hoffentlich auch einige Lösungen dargestellt finden – je größer die diagnostische Herausforderung in ihrem Alltag, desto eher. Hier habe ich vor allem die hausärztliche Medizin (Primärversorgung) und die Krankenhaus-Notaufnahme vor Augen gehabt.

Fragen wie „Dürfen wir das überhaupt (z.B. Reproduktionsmedizin)?" oder „Wie lange wollen wir das überhaupt (z.B. End-of-Life-Entscheidungen)?" sind in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Fragen nach den Grundlagen medizinischen Wissens sind jedoch kaum von der fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit diskutiert worden. Es herrscht in diesem Punkt offenbar eine große Ehrfurcht vor der Medizin, zu welcher der Wissenschaftsbezug der Evidenzbasierten Medizin noch einen zusätzlichen Beitrag geleistet hat.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Fragen weitergehen werden. Das Infragestellen von Wissensgebäuden (*wessen* Evidenz ist dies bitte schön?) wird nicht aufhören, die Mythen und Selbsttäuschungen, auf denen unser Alltagshandeln neben der Wissenschaft auch noch beruht, werden infrage gestellt werden – auch wenn uns andere Berufe bzw. Handlungswissenschaften darum beneiden, wie lange wir den Prozess haben hinauszögern können… Dieses Buch will Sie bereits heute darauf vorbereiten.

Ich habe mich bemüht, die Kapitel dieses Buches so zu schreiben, dass sie jeweils für sich verstanden werden können. Eine Ausnahme bildet das Kapitel „Voraussetzungen", dass Sie vor den übrigen Kapiteln gelesen haben sollten. Trotzdem gibt es Verbindungslinien, die – hof-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

fentlich – eine schlüssige Gesamtargumentation entstehen lassen. Um deren Verständnis zu erleichtern, habe ich mit Querverweisen nicht gespart. Im Kapitel 16 „Schichten und Widersprüche" knüpfe ich die verschiedenen Fäden wieder zusammen, und zwar unter dem Gesichtspunkt der Brauchbarkeit im klinischen Kontext.

Ich verwende in diesem Buch in der Regel die weiblichen Formen; wenn nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird oder es um konkrete Beispiele geht, sind damit alle Geschlechter gemeint. Ausnahmen mache ich gelegentlich, wenn die weibliche Form allzu holprig wirkt oder aus der Perspektive historischer Gegebenheiten empirisch nicht korrekt ist.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

1 Voraussetzungen

Dieses Kapitel sollten Sie lesen, bevor Sie sich die übrigen Themen, durchaus in gemischter Reihenfolge, vornehmen. Ich kläre hier Begriffe wie Intuition, Rationalität, Unsicherheit, die immer wieder in Diskussionen über diagnostische Entscheidungen auftauchen. Hier geht es auch darum, was wir grundsätzlich unter Diagnosen verstehen, welche Formen diese annehmen können und was wir damit erreichen wollen. Oft verstecken sich Wertvorstellungen, Erwartungen und Interessen in den Positionen, die, wenn sie nicht offen angesprochen werden, die Diskussion mehr erschweren als fördern.

1.1 Warum diagnostizieren?

In den meisten Heilberufen ist das Stellen einer Diagnose so allgegenwärtig und selbstverständlich, dass die Frage nach dem Warum schon fast stutzig macht. Trotzdem lohnt es sich, über die Gründe nachzudenken.

1.1.1 Diagnostizieren heißt Verstehen

Aus einer diagnostischen Zuordnung ergeben sich Aussagen über die Ursache der Beschwerden, welche die Patientin präsentiert. Eine diagnostische Kategorie impliziert oft eine Krankheitsursache (es war wohl ein Virus…), Risikofaktoren (ja, der Stress…), die dann vielleicht sogar in einer individualisierenden und erklärenden Geschichte miteinander verflochten werden können; das allgemeine Krankheitswissen stellt dafür ein Gerüst zur Verfügung. Diagnostische Einschätzungen sind manchmal sehr allgemein, vielleicht sogar schnoddrig formuliert, trotzdem können diese sehr groben Kategorisierungen höchst Relevantes mitteilen, wie z. B. „Nichts Schlimmes“ oder „Da können wir ganz beruhigt sein“. Diagnosen reichen in die Vergangenheit – sie erklären bereits Erlebtes und Empfundenes –, sie weisen aber auch in die Zukunft: Sie beinhalten, wenn auch implizit, meist eine Prognose. Schließlich, aber das ist oft gar nicht das Wichtigste, lassen sich aus dem Diagnosebegriff therapeutische Konsequenzen ableiten. Menschen gehen häufig nur deshalb zu einer Ärztin, damit sie eine Antwort auf die ersten beiden Fragen bekommen: Was ist mit mir los? Was wird aus mir? Die Diagnose im weitesten Sinne des Wortes ist also ihr zentrales Anliegen.

1.1.2 Diagnostizieren heißt, Kontrolle über eine Situation zu haben

Erkrankte haben oft das Gefühl, in ihren eigenen Kapazitäten eingeschränkt und einem Krankheitsprozess ausgeliefert zu sein. Die weitere Entwicklung der Krankheit liegt im Dunklen, ebenso ihre Ursache. Unsicherheit und Kontrollverlust wiegen subjektiv oft noch schwerer als die eigentlichen Beschwerden.

Eine Diagnose ändert an den Beschwerden zunächst einmal nichts. Sie verspricht aber,

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

die damit verbundenen Unsicherheiten über Krankheitsursache und Prognose zu mindern; in einem ganz allgemeinen Sinne gibt sie uns das Gefühl, die Dinge unter Kontrolle zu haben. Dies ist der Grund, warum eine Diagnose vor dem Beginn einer definierten Behandlung (oder ohne dass überhaupt eine wirksame Behandlung zur Verfügung steht) schon therapeutisch wirken kann.

1.1.3 Diagnosen bringen Ordnung

Wenn Studierende ihre ersten Gespräche mit Patientinnen führen, ist alles ein großes, ungeordnetes Durcheinander. Erst mit der Zeit verbinden sich die einzelnen Informationen zu Bildern bzw. Strukturen. Große Mengen von Sputum, Fieber und die Atemnot bei einem älteren Mann verbinden sich zum Bilde einer exazerbierten COPD, die drei kleinen Pickel auf der Stirn bringen das Bild eines Zoster ophthalmicus in den Sinn. Was vorher ohne Zusammenhang dastand, verbindet sich zu einer sinnvollen Einheit. Die so wahrgenommene und interpretierte Einheit eines diagnostischen Bildes verbindet sich mit der Hypothese über eine zugrunde liegende pathophysiologische oder pathoanatomische Störung, Risikofaktoren, möglichen Komplikationen, einer Prognose und Möglichkeiten der Behandlung.

1.1.4 Diagnosen ermöglichen den Zugriff auf allgemeines Wissen

Eine Patientin, der von ärztlicher Seite gesagt wird, ihr Fall sei wirklich einmalig, mag sich zunächst geschmeichelt fühlen. Ihr wird allerdings bald die Schwierigkeit ihrer Situation klar werden, denn „Einmaligkeit“ bedeutet, dass für ihr Problem keine auf Wirksamkeit und Sicherheit geprüften Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen. Gehen wir davon aus, dass die Charakterisierung ihrer Symptom- und Befundkonstellation als „einmalig“ zutrifft, wird diese nie das Einschlusskriterium für eine prognostische oder therapeutische Studie gewesen sein; selbst Fallbeobachtungen wird es nicht geben. Ihre Ärztin wird sich mit symptomatischen Maßnahmen, Analogien zu anderen Erkrankungen u. Ä. behelfen müssen.

Nur wenn ich die Patientin einem definierten Kollektiv von Erkrankten zugeordnet habe, die ein diagnostischen Etikett gemeinsam haben, kann ich ihr Behandlungen, weitere diagnostische Maßnahmen oder prognostische Informationen anbieten. Nur nach dieser Zuordnung habe ich die Möglichkeit, allgemeine bzw. überlieferte Wissensbestände für ihre Behandlung zu nutzen.

1.1.5 Diagnosen geben dem Leiden einen Namen

Diagnostizieren als „Verstehen“ und als „Kontrollieren“ trifft für Ärztinnen wie Patientinnen zu. Dabei sind Patientinnen nicht nur passive Empfänger eines professionellen Etiketts. Vielmehr machen sie Vorschläge, stellen manchmal ärztliche Diagnosen infrage und suchen sich ggf. alternative Erklärungen. Der Wunsch nach einem Namen für die bis dahin rätselhaften Beschwerden steht jedenfalls für die Patientin ganz im Vordergrund.

Mit einer ärztlichen Diagnose sind die Betroffenen in den Augen ihrer Umgebung (Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis) als Kranke legitimiert und akzeptiert. Sie haben eine Recht auf Rücksichtnahme, falls nötig auch informelle Unterstützung oder soziale Leistungen.

Heute kommt hinzu, dass die medizinische Diagnose die Zugehörigkeit zu einer Community von Betroffenen markiert. Die digitalen Medien machen es möglich, sich einer überregionalen Gruppe von Betroffenen anzuschließen, Erfahrungen, alternative Deutungen und Hinweise auf Behandlungen auszutauschen. Für die Präsenz einer Erkrankung in der allgemeinen Öffentlichkeit und in den Entscheidungsgremien des Gesundheitssystems sind diese Communities und Verbände immer wichtiger geworden.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

1.1.6 Diagnostizieren heißt Priorisieren und Ignorieren von Information

Bei jeder Patientin, der sie sich widmen, nehmen Ärztinnen – theoretisch – eine unendliche Flut von Informationen wahr, oder zumindest können sie sich diese Informationen beschaffen. Diese reichen von der Vorgeschichte, den direkten sinnlichen Eindrücken (z. B. Anblick, Geruch) über die bewusste körperliche Untersuchung hin zu Daten aus Labor oder Bildgebung. Durch den technischen Fortschritt, der die diagnostischen Möglichkeiten immer weiter anwachsen lässt, vergrößert sich diese Datenflut beständig. Um handlungsfähig zu bleiben, müssen sie einen Großteil dieser Informationen entweder ignorieren oder beschließen, dass sie die Information nicht brauchen und sie deshalb nicht suchen (d. h. eine Frage nicht stellen, eine Untersuchung nicht veranlassen usw.). Dass wir diagnostische Hypothesen im Kopf haben – wie allgemein, wie spezifisch auch immer – hilft also schon bei der Datenerhebung, um die Informationsflut zu strukturieren und zu bewältigen. Nur durch die Begrenzung und Filterung von Information sind also Ärztinnen überhaupt entscheidungs- und handlungsfähig.

Diese Möglichkeit birgt allerdings auch den Nachteil in sich, dass unsere vorgefassten Meinungen dazu führen, dass wir widersprechende, aber wichtige Information übersehen bzw. nicht an uns heranlassen. Die Patientin wird vielleicht bemerken, dass einiges unter den Tisch gefallen ist. Verschiedene Ärztinnen fokussieren auf unterschiedliche diagnostische Information und kommen deshalb zu unterschiedlichen diagnostischen Schlussfolgerungen.

1.1.7 Diagnostizieren heißt Information komprimieren

„Die Galle auf der Sieben ist heute erster Tag postoperativ.“

Solche Aussprüche werden immer wieder als Beispiel für Respektlosigkeit und Entmenschlichung kritisiert. Dass sie trotzdem nicht verschwinden, hängt mit einem wesentlichen Charakteristikum jeder diagnostischen Zuordnung zusammen: In einem einzigen diagnostischen Ausdruck können wir eine Vielzahl von Informationen zusammenfassen (komprimieren). Über den Flur einer chirurgischen Station gerufen, enthält der obige Satz ganz viel Information: eine Aussage zur Erkrankung (meist Gallensteine), dem durchgeführten Eingriff (Gallenblasen-OP nach Art des Hauses, meist laparoskopisch), was heute zu tun ist (z. B. orale Ernährung, Infusionsbehandlung, Mobilisierung). „Die Galle“ kommt dem Stationsteam deshalb zuerst in den Sinn, wenn tatsächlich Frau Müller gemeint ist. Ihr Name „Frau Müller“ taugt natürlich besser zur persönlichen Identifizierung; der Ausdruck „die Galle“ transportiert jedoch einen umfassenden medizinischen Sinn.

Allerdings kann die Kompression von Daten zu Verlusten führen. Wer die Frau Müller nicht kennt, stellt sich unter der „Galle“ die Normalpatientin und den Normalablauf vor. Tatsächlich ist „die Galle“ ein ängstlicher Mittfünfziger, der in der Nacht vor der OP die Station aufmischt, statt des üblichen laparoskopischen Eingriff wird der Operateur den offenen Zugang wählen, und als Komplikation gibt es postoperativ eine Pneumonie…

Die Informationskompression ist erforderlich, sobald die Heilkunst in einem differenzierten sozialen System praktiziert wird. Wenn wir über einen Fall – jetzt ist die Person zum Fall geworden – kommunizieren wollen, muss das Wissen über eine Patientin auf wenige, essenzielle Informationsstücke reduziert werden. Der Hausarzt, der durch Anruf bei seinem Facharztkollegen einen baldigen Termin ausmacht, teilt ein besorgniserregendes Symptom, vielleicht Atemnot, eine unklare Hautveränderung oder eine Gewichtsabnahme mit, außerdem seine Verdachtsdiagnose – und das reicht für eine Entscheidung über Annahme und Terminplanung

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

(„Schicken Sie ihn vorbei"). Zeit ist die kostbarste Ressource im Gesundheitssystem, deshalb muss jede Informationssuche, -dokumentation und -übermittlung auf das für Entscheidungen Notwendige reduziert werden. Die homöopathische Anamnese mit ihrem sorgfältigen Abklopfen vielfältiger Aspekte mag der *einzelnen* Patientin und der *einzelnen* Ärztin ein großes Wohlgefühl bereiten, aus moderner Sicht ist ein großer Teil dieser Informationen nicht relevant und in einem System mit eng aufeinander abgestimmten, zwangsläufig auf Effizienz getrimmten Komponenten ein glattes Desaster.

Die bisher genannten Funktionen des Diagnostizierens werden in jeglichem Medizin- bzw. Gesundheitssystem bewerkstelligt, seien dies die Systeme vergangener Epochen oder die gesundheitliche Versorgung in uns fremden, nicht westlichen Kulturen. Nur die folgenden zwei kann man als „spezifisch" für die moderne Medizin bzw. entsprechend organisierte Gesundheitssysteme ansehen.

1.1.8 Diagnosen sind Voraussetzung wissenschaftlicher Erkenntnis

Keine epidemiologische oder klinische Forschung kommt ohne diagnostische Festsetzung aus. Dabei muss es gar nicht um diagnostische Fragestellungen gehen, auch Studien zu Krankheitsursachen oder Risikofaktoren, zur Prävention oder Therapie von Krankheiten arbeiten mit diagnostischen Kriterien. Outcomes einschließlich unerwünschter Effekte müssen charakterisiert, Ein- und Ausschlusskriterien müssen festgelegt, Stichproben in Bezug auf Risikofaktoren und Erkrankungen beschrieben werden. Diagnostische Kategorien sind für all diese Funktionen unverzichtbar.

1.1.9 Diagnosen sind das Gelenk zu anderen gesellschaftlichen Bereichen

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit, Grade der Behinderung müssen sämtlich mit einer Diagnose versehen sein, auch wenn ihnen primär funktionelle und soziale Einschränkungen als Rechtfertigung zugrunde liegen.

Ähnliches gilt für Abrechnungen: Die stationären Fallpauschalen sind zu einem gewichtigen Teil über Diagnosen (Aufnahme, Komplikationen) definiert; bei Systemen der Einzelabrechnung bieten möglichst viele und möglichst schwere Diagnosen eine Rechtfertigung, wenn es kritische Nachfragen geben sollte.

Und selbst das Ende unseres Lebens ist grundsätzlich mit einer Diagnose verknüpft: Auf dem Totenschein muss eine Diagnose als Todesursache angegeben sein. Damit ist jede Verstorbene weiterhin in den Statistiken ihres Landes präsent. Keine Gesundheits- oder Sozialbürokratie kann funktionieren, ohne dass der betroffenen Person ein diagnostisches Etikett angehängt wird.

Vor einigen Jahren noch traten Krankenkassen an niedergelassene Ärztinnen heran und schlugen vor, diagnostische Codierungen „zu korrigieren". Dabei wurden ihnen Listen von angeblich fehlenden oder „inkorrekten" Diagnosen vorgelegt; eine Korrektur würde zur Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen. Den Kenner überrascht nicht, dass die „verbesserten" Diagnosen zu höheren Zahlungen an die jeweilige Krankenkasse im Rahmen des Risikostrukturausgleichs führten.

1.2 Diagnose als Kategorie und Prozess

Bei den zuvor diskutierten Gründen für unser Diagnostizieren habe ich zwei Momente nicht ganz sauber getrennt. Zum einen sprechen wie von Diagnosen als Kategorien, zum anderen gibt es einen Prozess, der zu einer diagnostischen Einschätzung führt.

Jede medizinische Lehre hält ein System von „Schubladen" bereit, in die wir die hilfesuchenden Individuen einordnen. Ob wir uns dabei vor allem auf die angegebenen Beschwerden stützen, Qualitäten des Pulses oder technische Befunde nutzen: Wir gehen davon aus, dass die

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Bewohner einer Schublade einander stärker ähneln als denjenigen, die wir einer anderen Schublade zugeordnet haben. Die Schubladen mögen formalisiert und international vereinbart sein, wie z. B. in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD). Es kann sich aber auch um ganz formlose Einstufungen handeln („viraler Infekt", „etwas Psychosomatisches"), die trotzdem das weitere Vorgehen wesentlich beeinflussen (Kap. 11).

Davon lässt sich grundsätzlich der Prozess unterscheiden, der zu der Einordnung führt: Datenerhebung (Anamnese, körperliche Untersuchung, technische Untersuchungen), Abwägen, Filtern, Verwerfen von Information, Formulieren und Testen von Hypothesen usw. (siehe Kap. 2 und Kap. 3). Diesem Prozess können wir uns deskriptiv und analytisch nähern (wie stellen Ärztinnen eine Diagnose?), aber auch normativ bzw. präskriptiv (wie sollten Ärztinnen vorgehen, um dem Anliegen ihrer Patientinnen gerecht zu werden?).

Beide Momente – Diagnose als Kategorie wie auch als Prozess – sind so eng miteinander verknüpft, dass sie sich oft nicht vollständig trennen lassen. Bei vielen Fragestellungen ist die Unterscheidung jedoch wichtig und sollte – zumindest – im Hinterkopf behalten werden. Da ich mich möglichst an den allgemeinen Sprachgebrauch halten möchte, verwende ich im Folgenden den Begriff „Diagnose" für beide Sachverhalte.

1.3 Vier Funktionen eines Tests

Diagnostische Tests – dies mag die Frage nach dem Stuhlgang sein, die Bestimmung der Harnsäure im Serum oder die Röntgenaufnahme nach einer Krebsbehandlung – setzen wir mit unterschiedlichen Absichten ein. Diese sind zu klären, wenn wir diagnostische Verfahren und Prozesse diskutieren. Hier kommen infrage:

1. *Diagnose im engeren Sinn:* Welche aktuelle Störung bzw. welches Problem liegt den Beschwerden zugrunde? Ein Beispiel wäre eine Röntgenaufnahme der Lunge mit der Frage nach einem pneumonischen Infiltrat bei einer Patientin mit Husten, Atemnot, Auswurf und Fieber.
2. *Screening (Früherkennung):* Erhebung von Daten, um eine Erkrankung in einem frühen Stadium bzw. einen Risikozustand für künftige Probleme zu erkennen und entsprechen zu beeinflussen, z. B. jegliche Früherkennung von Krebs, des Bauchaortenaneurysmas, aber auch kardiovaskuläre Risikorechner, Bestimmung des Cholesterins oder die Blutdruckmessung bei (bisher) Normotonikerinnen.
3. *Monitoring:* Bestimmung einer Messgröße, mit der Krankheitsaktivität und/oder Therapiewirkung erfasst werden, z. B. HbA_{1C} bei Diabetes mellitus
4. *Therapie-Stratifizierung:* Messung eines oder mehrerer Biomarker, um eine Behandlung möglichst nur den Patientinnen zukommen zu lassen, bei denen Nutzen und Gefahren in einem sinnvollen Verhältnis stehen, z. B. Hormonrezeptoren beim Mamma-CA vor der Verordnung von Antiöstrogenen oder tumorgenetische Profile (Multigen-Assays) für die Entscheidung über eine Chemotherapie.

Wir können die offiziell empfohlenen und GKV-finanzierten Untersuchungen zur Früherkennung unschwer dem Screening (2) zuordnen. Es gibt jedoch in Krankenhaus und Praxis eine breite Grauzone von verdecktem Screening. Wenn wir von „Routine" sprechen bzw. eine Untersuchung bei jeder Patientin einer Einrichtung durchgeführt wird, handelt es bei näherem Hinsehen meist um ein Screening. Die in regelmäßigen Abständen wiederholte arbeits- bzw. betriebsmedizinische Untersuchung, der Urinstatus bei jedem Patienten einer urologischen Praxis, Blutbild und Blutzucker bei jeder Krankenhausaufnahme – all diese Prozeduren stellen letztlich Screening-Tests dar. Eine Ärztin, die bei akuten Gelenkschmerzen den Harnsäure-Spiegel bestimmt, ist damit diagnostisch tä-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

tig. Wenn dieser dagegen bei fehlenden Beschwerden angefordert wird – vielleicht weil die Patientin übergewichtig ist (nicht dass ich dies für einen plausiblen Grund halten würde) – handelt es sich um ein Screening, also eine Untersuchung, die nur durch den Bezug auf künftige Gesundheitsprobleme gerechtfertigt werden kann. Man könnte es auch so sagen: Wenn ein auffälliges Untersuchungsergebnis den Prozess abschließt bzw. abschließen hilft, handelte es sich um die diagnostische Funktion („Aha, also Gicht"). Wenn der pathologische Befund jedoch eine neue Frage aufwirft („Wieso hat er erhöhte Leberwerte?"), dann habe ich eine Screening-Untersuchung durchgeführt. Für diese gelten andere fachliche und ethische Gesichtspunkte als für eine diagnostische Maßnahme (siehe Kap. 7 und Kap. 8).

Etwas leichter fällt es, die Diagnose vom Monitoring abzugrenzen. Erstere ist die Antwort auf eine *offene* Frage: Was ist hier los? Was könnte dahinterstehen? Diese eröffnet meist ein weiteres Feld von Möglichkeiten. Deshalb sind Art und Menge der diagnostischen Tests schwer im Voraus festzulegen, sie hängen von den Beschwerden der Patientin und ersten Befunden ab. Ein „Monitoring" entspricht der Antwort auf eine *geschlossene* Frage: Wie aktiv ist die (bekannte) Erkrankung X? Reicht die Behandlung aus oder muss deren Intensität verändert werden? Dazu werden standardisiert in regelmäßigen Abständen unabhängig von Beschwerden dieselben Erhebungs- bzw. Messinstrumente eingesetzt. Die Bestimmung von Blutdruck und HbA_{1C} beim Diabetes mellitus, von Tumormarkern oder Ultraschalluntersuchungen in der Krebsnachsorge, der Serumspiegel von Antiepileptika, aber auch Fragebögen zur Lebensqualität bei Tumorpatientinnen sind geläufige Beispiele.

Beispiel für eine Therapie-Stratifizierung ist etwa das Staging mit bildgebenden Verfahren bei malignen Erkrankungen. Konsequenz daraus ist eine kurative oder palliative Betreuung der Patientin. Wenn eine Chirurgin glaubt, bei einem Abszess das CRP bestimmen zu müssen, geht es ihr ebenfalls um eine Therapie-Stratifizierung. Diese Situationen haben gemeinsam, dass die klinisch drängende Frage nicht lautet: „Was steckt dahinter?", denn die Grunderkrankung ist hier bekannt, sondern: „Was soll ich tun bzw. nicht tun?". Interessant wird dies vor allem dann, wenn sowohl das Nichtbehandeln wie das Behandeln mit hohen Risiken verknüpft sind oder – mit anderen Worten – die therapeutischen Konsequenzen mit einem hohen Potenzial für Reue und Bedauern einhergehen (siehe Kap. 10). Dies ist bei den hochinvasiven Therapien in der Hämatologie und der Onkologie der Fall. Eine Therapie-Stratifizierung ist übrigens der nüchterne Kern der „personalisierten Medizin" (wahlweise auch „individualisierte" oder „Präzisions"-Medizin).

Beim Monitoring ist das Missverhältnis von Häufigkeit der Anwendung und Evidenzbasis vermutlich am größten. Jeder Routinebesuch einer chronisch Kranken bei Haus-, Fachärztin oder in der Krankenhausambulanz besteht, wenn man genauer hinsieht, aus Aktionen des Monitorings. Studien, welche die Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit dieser Aktionen untersuchen, sind jedoch so selten wie in keinem anderen Bereich der Medizin.

Die Dimension der Prognose ist in allen vier Funktionen enthalten. Es gibt heute für viele klinische Situationen und Erkrankungen prognostische Scores. Als solche können sie helfen, den betroffenen Patientinnen eine hilfreiche Information zu vermitteln. Aber letztlich haben sie doch einen Handlungsbezug; meist geht es darum, ob bzw. in welcher Intensität behandelt werden soll – entsprechend einer Therapie-Stratifizierung.

1.4 Logische Struktur der Diagnose

Was wir im Alltag an Diagnosen verwenden, ist ein Sammelsurium von Begriffen und Vorstellungen; mal steht das schädigende Agens im Vordergrund, sei dieses lebendig (Streptokokken-Ton-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

sillitis), nur eine Substanz (Bleivergiftung) oder ein Gegenstand (Stichverletzung). Aber auch die Reaktion des Körpers kann die Definition liefern (Entzündungen), oft in Zusammenhang mit einer Lokalisation (Pneumonie). Andere sind schließlich rein symptomatisch definiert (Depression). Trotz dieses Durcheinanders bewegen wir uns beim Stellen einer Diagnose in wenigen logischen Formen: Diagnosen bzw. unser diagnostisches Denken sind von kategorialer, sequenzieller oder dimensionaler Struktur.

Das kategoriale Vorgehen ist das, was uns als Erstes einfällt, wenn wir über Diagnosen nachdenken: Der Einzelfall (Patientin) wird unter eine allgemeine Kategorie subsumiert. Wenn wir zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken einer Patientin einen ICD-Code zuteilen, tun wir genau dies. Diagnostische Kategorien sind diskontinuierlich, auch wenn sie auf der Einteilung einer stetigen Größe (z. B. Blutdruck, Harnsäure im Serum, Punkte eines symptomatischen Scores) beruhen: An einem Punkt müssen wir uns eben entscheiden, wohin unsere Patientin gehört. Auch die Beschwerden, die unsere Patientinnen uns präsentieren, gehen meist kontinuierlich in ein symptomfreies oder ein akzeptiertes und normalisiertes Beschwerdemaß über (Beispiel: Nicht mit jedem Husten suchen die Menschen eine ärztliche Praxis auf).

Wenn sie ihre realen Patientinnen behandeln, denken Ärztinnen häufig in einer zeitlichen Abfolge, einem Narrativ – dies ist die zweite logische Form einer medizinischen Diagnose. Schädigungen treffen auf den Körper, lösen Mechanismen der Verbreitung, Abwehr und Symptombildung aus. Während die Kategorien einer Diagnose-Nomenklatur nur im zeitlichen Querschnitt definiert sind, stellen Ärztinnen eine Geschichte von kausalen Schritten zusammen; dabei bemühen sie sich um Plausibilität und Stimmigkeit (engl. *scripts* = Drehbücher). Neben der zeitlichen Komponente kommt gegenüber der kategorialen Einordnung ein weiteres entscheidendes Moment hinzu: die Individualisierung. Während Patientinnen für die Kategorien eines diagnostischen Systems nach Art des Prokrustes zurechtgesägt werden müssen, erlaubt das sequenzielle Denken, vielfältige Einflüsse und Eigenschaften in die Überlegungen einzubringen: Aus dem aktuellen Zustand des Körpers („Er war geschwächt"), der familiären, weiteren sozialen und physikalischen Umgebung („Er stand unter großem Druck"), früheren Erkrankungen usw. entsteht ein sehr differenziertes und individualisiertes Bild. – Dies ist die positive Seite des Narrativs; dieses hat auch eine problematische, nämlich eine mögliche Täuschung oder Verführung (siehe Kap. 3.2).

Die dritte Art, diagnostisch vorzugehen, ist die dimensionale. Wir finden diese Logik in aktuellen Leitlinien zum geriatrischen Assessment; hier werden etwa Funktionen (Hören, Sehen, Mobilität, Ernährung usw.) in den Vordergrund gestellt, kategoriale Diagnosen (klassische Krankheiten) spielen nur eine nachrangige Rolle. Eine ähnliche Entwicklung sehen wir in der Psychiatrie, hier werden die elaborierten Schubladen der etablierten Regelwerke (ICD, DSM-V) zunehmend infrage gestellt. Stattdessen wird versucht, die Problematik einer einzelnen Patientin dadurch zu erfassen, dass man sie auf mehreren Kontinua lokalisiert. Gerade für die Depression und Persönlichkeitsstörungen gewinnt dieses Vorgehen an Bedeutung. So versuchen wir herauszubekommen, in welchem Maße eine Patientin an den einzelnen Symptomen leidet, die wir landläufig im Syndrom der Depression zusammenfassen: Traurigkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsprobleme, Schuldgefühle, Müdigkeit bzw. Gefühl der Erschöpfung. Während wir im früheren Verständnis diese auf eine gemeinsame Ursache („die Depression") zurückgeführt haben, können wir sie auch separat erfassen und versuchen, sie für die jeweilige Person zu einem kausalen Netzwerk zusammenzuführen. So führt die Schlaflosigkeit vielleicht zu Müdigkeit/Erschöpfung und Konzentrationsproblemen. Letztere mögen mit Schuldgefühlen in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis stehen, die Schuldgefühle sich wiederum auf die Traurigkeit auswirken usw. Wir erreichen damit

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

nicht nur eine genauere Erfassung der Probleme und ein kausales Verständnis im individuellen Fall, sondern identifizieren auch Stärken (Ressourcen) und finden auch Ansätze zur Behandlung. Je nachdem, wie eine Beschwerdekomponente im Netzwerk positioniert ist und wie veränderbar sie erscheint, wird sie Teil des Behandlungsplans.

Die drei logischen Formen finden wir über die gesamte Medizingeschichte hinweg.

Die bis ins 19. Jahrhundert gängige Humoralpathologie war ein dimensionales System. Gesundheit bestand hier aus einer guten Mischung von Qualitäten (warm, kalt, feucht, trocken), die sich den Elementen (Feuer, Wasser, Luft, Erde) zuordnen ließen. Die Qualitäten mischten sich in den Säften, im Temperamentum. Gesundheit resultierte aus einer guten Mischung der Qualitäten; Abweichungen und Ungleichgewichte führten zu Krankheiten. Dimensional ist auch die heute immer noch populäre Homöopathie. Hier wird eine „Diagnose" aus vielerlei anamnestischen Angaben der Patientin erstellt. Die Krankheit hat im Körper aber keine Lokalisation (deshalb verzichtet die Homöopathie auf die körperliche Untersuchung), sie besteht aus „rein dynamischen Affektionen der Lebenskraft". Die homöopathische Anamnese ist deshalb sehr aufwendig, aus zahlreichen Informationen zu Person, Empfindungen und Umgebung wird eine sehr individualisierte Diagnose erstellt. Ein Vorteil dimensionaler Systeme ist, dass jede Patientin eingeordnet werden kann; es bleibt keine Restkategorie von „Waisen" übrig (siehe Kap. 11.3).

Das Denken in einer narrativen Sequenz ist bereits in der hippokratischen Schule von Kos hoch entwickelt. Hier sind die Charakteristika der Umgebung, des Klimas zu berücksichtigen, die auf den Menschen einwirken und mit denen die Erscheinungen (Symptome, Befunde) in einen Zusammenhang gebracht werden können. Wirklich ist hier nur die einzelne Kranke mit ihren vielfältigen Bezügen, Krankheitsbegriffe seien lediglich Abstraktionen.

Diese drei logischen Strukturen setzen wir im Alltag flexibel und oft in Kombination ein. Das Gesundheitssystem stellen wir mit einer ICD-Codierung zufrieden (Kategorie). Das Verständnis für Verschlechterung des Asthmas in den letzten Tagen, das wir mit der Patientin erarbeiten, hat dagegen eine narrative Struktur. Die Faktoren, die wir dabei finden (physikalische, chemische, psychische, soziale), sehen wir in einer zeitlichen Sequenz. Für die Behandlung nehmen wir uns einzelne Dimensionen vor. Wir können also mit diesen Strukturen Komplexität erfassen und bewältigen, gerade auch das Ineinander von biologischen, seelischen und sozialen Faktoren, das eine gute Medizin ausmacht (das gilt für jede ärztliche Behandlung – deshalb gibt es in diesem Buch kein separates Psychosomatik-Kapitel).

1.5 Moralische Untertöne

> *„Eine Krankheits-Auffassung ist niemals unschuldig."* (Susan Sontag)

Sobald es eine vom Priestertum abgegrenzte ärztliche Profession gibt, verkörpert diese den Glauben daran, dass Krankheiten natürliche Ursachen haben. Wenn die Götter keine Funktion in der medizinischen Ätiologie haben, sind natürliche Mittel zur Heilung einzusetzen. Das Volk mag zu magischen Ritualen und Bittgesängen greifen, in einer sich wissenschaftlich verstehenden Medizin haben diese keinen Platz. Als erster abendländischer Vertreter einer so verstandenen Medizin gilt Hippokrates bzw. die so genannte Schule. Ganz folgerichtig sind denn auch alle Patientinnen gleich zu behandeln; niemandem darf wegen vermeintlicher oder tatsächlicher Verfehlungen eine Behandlung vorenthalten werden.

Aber schon bei den alten Griechen ist dies nicht die ganze Geschichte. In den hippokratischen Schriften wurde bereits die Bedeutung der Diätetik hervorgehoben; diese sei ein we-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

sentliches Instrument der Krankheitsprävention. Hier liegt der Umkehrschluss nahe: Wer krank wird, hat sich Fehler in der Lebensführung geleistet, die jetzt zum Vorwurf werden können. Dieser konnte auf das Individuum zielen, es konnte daraus aber auch ein gesellschaftliches Veränderungsprogramm begründet werden, denn die Individuen handeln nicht allein aus freien Stücken. Rudolf Virchow steht wie kein anderer für die Verbindung von politischer und Gesundheitsreform.

Die organisierte Medizin hat sich nie ganz vom moralischen Urteil freimachen können. Patientinnen mit sexuell übertragbaren Krankheiten haben immer gegen Verurteilung und Diskriminierung auch durch Angehörige des Gesundheitssystems ankämpfen müssen; im noch aktuellen Beispiel der HIV-Infektion konnten die Betroffenen dem bis zu einem gewissen Maße mit einer starken Bewegung entgegenwirken (übrigens im Bündnis mit medizinischem Personal). Die HIV-Infektion war auch eine Erkrankung sozialer Randgruppen, wie auch die Tuberkulose oder die Hepatitis B und C. Mit Infektionskrankheiten ist schon immer Propaganda gemacht worden; das Fleckfieber wurde unter der NS-Besetzung als die „Geißel des Ostens" ideologisch mit dem Judentum und dem Bolschewismus identifiziert; medizinische Maßnahmen, Judenvernichtung und der Krieg gegen die Sowjetunion waren eng miteinander verbunden. Während der Corona-Pandemie sprach der damalige US-Präsident Donald Trump gezielt vom „Chinese virus".

In unserer wissenschaftlich begründeten Medizin ist dies also nicht vorbei, vielleicht hat sich der moralische Druck auf die Patientin sogar noch verschärft. Die Erkenntnisse der Epidemiologie, vor allem über die Risikofaktoren häufiger Erkrankungen, haben direkte Implikationen für den Bereich Public Health; dazu gehören politischen Entscheidungen, wie z. B. Rauchverbote in öffentlichen Räumen oder die Versorgung mit sauberem Wasser. Die Erkenntnis über die Zusammenhänge von Verhalten (Rauchen, Bewegung, Ernährung) und Erkrankungen wirken aber auch in die Begegnung von Ärztin und Patientin hinein. Menschen mit Diabetes Typ 2, vor allem wenn sie übergewichtig sind, oder auch Menschen mit chronisch-obstruktiven Lungenleiden, die häufig rauchen, stehen unter einem Generalverdacht, letztlich doch an ihrer Erkrankung schuld zu sein. Dies wird deutlich, wenn Ärztinnen „backstage" über diese Patientinnen reden; dort werden „COPDisten", Übergewichtige, vor allem solche mit Diabetes, und Menschen mit Ulcus cruris in sehr negativer Weise abgehandelt. Ich fürchte, dass sensible Patientinnen im direkten Umgang mit uns bemerken, dass sie nicht der Idealbedingung entsprechen. Diese Menschen werden zur Zielscheibe unsensibler und ungeschickter Hinweise zur Verhaltensänderung („Sie müssen erst mal abnehmen!") sowie verdeckter Rationierung.

Stigma verbindet sich auch heute noch mit psychiatrischen Diagnosen, obwohl um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert ein (natur-)wissenschaftliches Verständnis psychischer Krankheit zu einer humaneren Behandlung führen sollte (Philippe Pinel). Das systematische Ermordungsprogramm an psychisch Kranken im NS-Deutschland ist weniger als 100 Jahre alt. Es wurde der Medizin bzw. Psychiatrie nicht nur aufgezwungen; der Psychiater Alfred Hoche hatte bereits 1920 von „lebensunwertem Leben" gesprochen. Zeitgleich entwickelte sich eine weltweite eugenische Bewegung, die u. a. auf die zwangsweise Sterilisierung von Menschen mit tatsächlichen oder angeblichen Erbkrankheiten zielte.

So sehr das internationale Regelwerk der ICD eine sachlich-kühle Wissenschaftlichkeit ausstrahlt, so sehr verbinden sich mit den Diagnosen unterschiedliche Wertungen. Eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht oder der Vertraulichkeit der Dokumentation empfinden wir als schlimmer, wenn es um sexuelle Funktionsstörung oder Depression geht, als wenn Bluthochdruck oder gastroösophagealer Reflux das Thema sind. Wer unter einem Burn-out leidet, hat sich immerhin nicht hängen lassen, was beim Depressiven doch naheliegt – bei vielleicht iden-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

tischer Symptomatik. Der Herzinfarkt war in den 1960er-Jahren noch eine Manager-Krankheit; inzwischen wissen wir, dass er umso häufiger auftritt, je mehr man sozial benachteiligt ist. Wer heute einen Herzinfarkt erleidet, dick ist, raucht und seine Medikamente nicht regelmäßig genommen hat, wird sich schon schuldig fühlen, ohne dass ihm das überhaupt jemand gesagt hat.

Aber auch innerhalb unserer Profession gibt es unterschiedliche Gewichtungen. Eine Umfrage unter norwegischen Ärztinnen und Medizinstudentinnen ergab eine interessante Hierarchie von Erkrankungen und den entsprechenden Fachgebieten. Herzinfarkt, Leukämie und intrakranielle Tumoren (bzw. deren Behandlung) wurden in der Prestigeskala hoch, Fibromyalgie und Angstneurose wurden niedrig eingestuft. Parallel dazu hatten die Fachdisziplinen Neuro- und Thoraxchirurgie ein hohes, Geriatrie und Dermato-Venerologie ein niedriges Ansehen. Die Autorinnen schlussfolgern, dass Erkrankungen oder Fächer, die invasive, technische, akute Prozeduren an wichtigen Organen der oberen Körperhälfte nutzen, auf der Skala ganz oben stehen, vor allem dann, wenn die typischen Patientinnen jüngeren oder mittleren Alters sind. Die Betreuung (!) von chronischen Erkrankungen in der unteren Körperhälfte bzw. ohne eindeutige Lokalisation, von älteren Patienten und mit wenig spektakulären Methoden führt zu einem geringen Ansehen innerhalb der ärztlichen Profession.

Diagnosen können also befreien und die Zugehörigkeit zur Gruppe Gleichbetroffener ermöglichen, sie können Leistungen begründen und Rechte verleihen, aber sie können auch stigmatisieren und die Träger zur Zielscheibe von Diskriminierung werden lassen.

1.6 Ökologie der Versorgung

Wenn eine Patientin ihre Beschwerden schildert und wir uns um eine Erklärung bemühen, dominiert die individuelle Perspektive; dieser Person gegenüber sind wir zuallererst verantwortlich – wir versuchen, ihr Problem zu verstehen und ihr eine angemessene Behandlung vorzuschlagen.

Wir müssen uns andererseits klarmachen, dass unsere Patientin irgendwo herkommt. Sie hat Beschwerden empfunden, evaluiert (ist es etwas Schlimmes?) und vielleicht andere um Rat gefragt: Freundinnen, Mütter, Frauen – es sind meist weibliche Personen, die hier eine Rolle spielen. Dieses Mal haben sich die Beschwerden nicht gelegt oder sie sind ungewohnt oder die Sorge über eine ernste Erkrankung ist zu stark. Rund ein halbes Dutzend Mal ist sie im vergangenen Jahr mit diversen Beschwerden *nicht* in die Praxis oder ein Krankenhaus gegangen, Hausmittel und Abwarten haben geholfen. Jetzt ist jedoch das Fass voll, sie hat entschieden, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese Entscheidungswege sind komplex; sie hängen von Einschätzungen und Praktiken, Vorbildern und der Erziehung, der Erfahrung mit eigenen Erkrankungen, dem Gefühl von Verwundbarkeit, von der offiziellen Gesundheitserziehung, der Struktur und den Kapazitäten des örtlichen Gesundheitssystems und vielen anderen Faktoren ab. Unterschiedliche finanzielle Anreize zeigen, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ausgesprochen „elastisch“ ist. „Disease awareness campaigns“ (Depression, Herzinfarkt, Krebs, sexuelle Funktionsstörungen usw.) sollen die Schwelle senken, für bestimmte Beschwerden eine Ärztin aufzusuchen. All diese Faktoren bestimmen darüber, wen wir in unseren Praxen und Ambulanzen zu sehen bekommen und wen nicht, mit welchen Prävalenzen von Symptomen, Befunden und Erkrankungen wir konfrontiert sind. Da „diagnostizieren“ auch „unterscheiden“ heißt, entscheidet sich hier die Schwierigkeit einer Diagnose: Die Ökologie der Versorgung macht deutlich, von wem wir Menschen mit Krankheit X unterscheiden müssen.

Selektive Inanspruchnahme und selektives Testen können dazu führen, dass wir Zusammenhänge sehen, die in der Bevölkerung vielleicht gar nicht existieren, oder nicht in der vermuteten

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

Stärke. Dies illustriere ich am Beispiel von Knie-, Hüft- und Rückenbeschwerden in Kap. 3.

Untersuchungen zur „Ökologie der Versorgung“ versuchen, den Weg von Menschen mit gesundheitlichen Problemen im regionalen Versorgungssystem zu beschreiben. Die **Abbildung 1-1** zeigt die Ergebnisse einer US-amerikanischen Erhebung, die sich durchaus verallgemeinern lassen. Innerhalb eines Monats klagen 800 von 1000 Menschen über irgendwelche Beschwerden, jedoch nur ca. ein Drittel davon bittet dafür um professionelle Hilfe. Die meisten Probleme werden im Laiensystem abschließend diagnostiziert und behandelt. Nur eine verschwindend kleine Minderheit landet in einem Krankenhaus oder gar einer Universitätsklinik – den Orten, in denen die Standards für Ausbildung und Wissenschaft gesetzt werden.

Selbst die Beschwerden, die in das professionelle Versorgungssystem getragen werden – vorzugsweise in die Primärversorgung oder die Krankenhausaufnahme – sind zum großen Teil diffus, undifferenziert, mit anderen Worten: mit unseren medizinischen Kategorien nur schwer fassbar. Im Idealfall entscheiden Gatekeeper an den Eingangspforten zum Gesundheitssystem darüber, ob es sich um eine spezifische Problematik handelt und ob die betroffene Patientin von einer entsprechenden Abklärung und möglichen Behandlung profitieren kann, ob die Wahrscheinlichkeit für einen „abwendbar gefährlichen Verlauf“ so hoch ist, dass eine spezifische Diagnostik, vielleicht Über- oder Einweisung einen Nutzen versprechen.

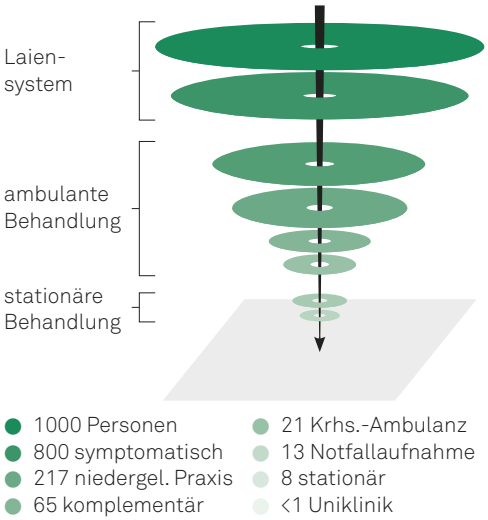

Abbildung 1-1: Symptomempfinden und Inanspruchnahme von 1000 Bürgerinnen innerhalb eines Monats (Überschneidungen durch Aufsuchen von z.T. mehr als einer Einrichtung). Nach Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021-5. https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611 [5].

Gute Allgemein- und Ambulanzärztinnen praktizieren hier Strategien wie das „abwartende Offenhalten“, behandeln symptomatisch, ent-ängstigen und besprechen Sicherheitsnetze für den Fall einer Verschlechterung (siehe Kap. 16.3.3). Damit puffern sie einen großen Teil der medizinischen Unsicherheit ab, die in das System getragen wird.

Die ökologische Perspektive macht deutlich, welche spezifische Expertise an den verschiedenen Versorgungspunkten benötigt wird. In der Notaufnahme des Krankenhauses kommt es darauf an, schnell lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und die geeigneten Maßnahmen zu ergreifen. Wie verhält sich dieser Patient? Reagiert er verzögert, leicht desorientiert? Wie ist die Hautfarbe einzuschätzen? Was hat die Sinustachykardie zu bedeuten? – dies ist das hier relevante Entscheidungsmaterial. Differenziertes Wissen um Krankheitsvarianten oder Langzeitbehandlungen ist zweitrangig. In der Allgemeinpraxis ist es ein besonderer Vorteil, den aktuellen Eindruck mit früheren Befunden und Einschätzungen der Patientin zu vergleichen, die biomedizinische und die psychosoziale Perspektive zu verbinden und mit der Patientin ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln. Hier ist die Unterscheidung von gravierender organischer Pathologie (selten) und ätiologisch nicht näher definierbaren Beeinträchtigungen des Befindens (viel häufiger) oft nicht auf den ersten Blick zu treffen. Es kommt weniger darauf an, über bestimmte Erkrankungen möglichst viel zu

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.

wissen; viel wichtiger ist es, *in den jeweiligen Entscheidungssituationen* die richtigen Signale wahrzunehmen und zu interpretieren. Die Universitätsklinik mag in der Hierarchie ganz oben stehen, die dort entwickelten Lösungen sind an den übrigen Einrichtungen des regionalen Gesundheitssystems jedoch nicht unbedingt zielführend. Was in einer Einrichtung der Maximalversorgung angemessen ist, kann in haus- und spezialärztlicher Praxis oder Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung zum Überversorgungsdesaster führen. Aussagen zur Testgenauigkeit sind also immer an ein bestimmtes Setting gebunden (siehe Kap. 4.1.6).

Wir sollten übrigens ganz zufrieden damit sein, dass die Bürgerinnen ihre Beschwerden überwiegend selbst behandeln. Manche sprechen vom Eisberg der Symptome: Der größte Teil ist unsichtbar unter der Wasseroberfläche. Dies wird dann allerdings als Problem dargestellt, schließlich ging die Titanic daran zugrunde… Als seien diese Beschwerden etwas, für welches das professionelle Gesundheitssystem „zuständig" sei, um den Betroffenen durch die Feststellung bisher unerkannter Krankheiten zu „helfen". In den Entscheidungen der Laien dürfte viel Weisheit liegen; als Professionelle haben wir ein schiefes Bild, da uns nur die Beispiele von Fehleinschätzungen vor Augen sind, Episoden, die günstig verlaufen sind, bekommen wir nicht zu Gesicht. Alle Menschen mit Beschwerden in das professionelle System zu treiben, wäre eine gefährliche Einladung für Überdiagnose und Übertherapie, ganz abgesehen von der Vergeudung personeller und materieller Ressourcen.

Der Blick auf die „Ökologie der Versorgung" legt für die diagnostische Aufgabe eine andere Metapher nahe als die des Rätsels, das auf einen Detektiv wartet (siehe Kap. 9). Es handelt sich vielmehr um einen breiten Fluss von Morbidität, der in entwickelten, sozial gerechten und friedlichen Gesellschaften überwiegend ungefährlich ist bzw. vom Medizinsystem keine durchschlagende Behandlung erwarten kann (Beispiel: die meisten muskuloskelettalen Beschwerden). Der größte Teil fließt an den Augen der professionellen Systeme vorbei, wird im Laiensystem interpretiert und behandelt, vielleicht auch ignoriert, und in der weit überwiegenden Mehrzahl der Beschwerde-Episoden ist das völlig in Ordnung. Die Profis sitzen am Ufer; sie nehmen sich der Fälle an, in denen das Leiden unerträglich oder unerklärlich geworden ist, wo die Betroffenen und ihre Familien an den Rand ihrer Kompetenz gekommen sind. Diejenigen, bei denen das biomedizinische Rüstzeug eine glatte Einstufung ermöglicht, sind dabei in der Minderzahl. Viel öfter ist die Befundkonstellation vom Lehrbuchideal weit entfernt, verschiedene Ärztinnen kommen zu verschiedenen Einschätzungen und mit der Zeit muss manche Hypothese revidiert werden (siehe Kap. 1.10).

1.7 Intuition

Abhandlungen über die Intuition lassen sich, grob gesagt, zwei Kategorien zuordnen. Die Enthusiasten preisen sie als Quelle profunder Urteile, Ausdruck von Reife und langjähriger Erfahrung. Intuitives Entscheiden definiert sozusagen die Expertin. Die Konsequenz ist demnach, auf die innere Stimme zu hören und entsprechend zu handeln. Gerne wird hier eine Gegenposition zu „reduktionistischem" Denken skizziert. Auf der anderen Seite finden sich die Skeptiker. Für sie umschreibt der Begriff „Intuition" eher einen trüben Bezirk von vorwissenschaftlicher Beschränktheit, Täuschung und Irrationalität.

Praktizierende Ärztinnen stehen irgendwo dazwischen und verkriechen sich, nicht ganz ohne Opportunismus, mal hinter der einen, mal hinter der anderen Bedeutung. Je nach Situation verweisen wir entweder auf die Weisheit unserer Intuition oder auf die wissenschaftliche Transparenz unseres Handelns. Die dabei entstehenden Widersprüche fallen meistens nicht auf, da man uns aber immer noch großen Respekt entgegenbringt.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Norbert Donner-Banzhoff: Die ärztliche Diagnose (9783456861944) © 2022 Hogrefe Verlag, Bern.