

Aus:

Braun, RN (1961) *Feinstruktur einer Allgemeinpraxis. Diagnostische und statistische Ergebnisse.* Schattauer, Stuttgart

Seite 15-17

## Die Diagnose

Wenn die heutigen Praktiker einen Kassenpatienten noch so flüchtig untersucht haben - auf dem Krankenschein wird eine „Diagnose“ vermerkt. Wurde ein Kranker auf einer Universitätsklinik durchuntersucht, so werden die Ergebnisse gleichfalls unter dem Wort „Diagnose“ niedergelegt.

Diese große Weite des Diagnosenbegriffes bringt in der Gegenwartsmedizin laufend Unklarheiten mit sich. Davon ist auch „Die gezielte Diagnostik in der Praxis“ nicht verschont geblieben. Es erschien daher in der Folge vordringlich, den Diagnosenbegriff für den Zweck berufstheoretischer wissenschaftlicher Abhandlungen schärfer zu formen.

Setzen wir zunächst, jemand wäre plötzlich hoch fieberhaft erkrankt und ohne weiteres in eine Klinik gebracht worden. Wir wollen ferner annehmen, der Kranke sei dortselbst verstorben.

Wird in diesem Falle als endgültige Diagnose „peribronchiolitische Pneumonie“ angegeben, so ist diese Zuordnung sorgfältig gesichert. Infolgedessen muß also eine ganze Reihe von Diagnosen bzw. von Diagnosengruppen gewissenhaft ausgeschlossen worden sein: (der Einteilung HEGGLINS folgend) die tuberkulösen Infiltrate, die bakteriellen und sonstigen primären durch Viren, Rickettsien, Brucellen, durch Pilze oder allergisch verursachten Pneumonien. Dasselbe gilt für die sekundären Lungenentzündungen als Folgen von Kreislaufstörungen, nach toxischen Einflüssen, durch diverse bakterielle Superinfektionen, für die Lipoidpneumonie und die anderen einschlägigen Folgen von Bronchusveränderungen.

Gesetzt sei schließlich, die diagnostische Zuordnung wäre durch das Sektionsergebnis und durch die feingeweblichen und kulturellen postmortalen Untersuchungen gestützt worden. Hier bedeutet „Diagnose“ tatsächlich - im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauches - „das richtige Erkennen und Benennen einer Krankheit“. In einem solchen Falle könnte man also von einer *diagnosis*, d. h. von einem Durchschauen bis auf den Grund, sprechen.

Wir wissen damit: Zur wissenschaftlich akzeptablen Diagnose können zahlreiche Konklusionen und Exklusionen gehören. Wir erkennen aber auch, daß es selbst die Möglichkeiten der reichsten Kliniken übersteigen muß, routinemäßig bei allen Patienten sämtlichen Möglichkeiten diagnostisch nachzugehen.

Mit welchem Recht nennt nun der praktische Arzt gewisse Fälle, beispielsweise „Grippepneumonien“? Er sichert doch weder stets hinreichend die Existenz eines Infiltrates, noch schließt er sämtliche anderen Pneumonieformen routinemäßig aus - von einer exakten Grippediagnose ganz zu schweigen!

Klarerweise kann in solchen Fällen von einem „Sehen bis auf den Grund“ überhaupt keine Rede sein. Damit hat der praktische Arzt aber auch gar nicht das Recht, sich hier eines wissenschaftlich festgelegten Krankheitsbegriffes zu bedienen. Sein diagnostisches Resultat ist etwas anderes als die überzeugende Identifizierung eines Verlaufes mit einem solchen Begriff.

Wie aber sollte man dann die wissenschaftlich unklaren Beratungsergebnisse der Allgemeinpraktiker benennen!

Der praktische Arzt ordnet zumeist nur ein Bild schnell feststellbarer Beschwerden und Erscheinungen gewissen groben Situations- und Verlaufs begriffen zu. Wie die Dinge heute liegen, bedient er sich hierbei individueller (unbewußter) Erweiterungen der wissenschaftlichen Krankheitsbegriffe. Der Umfang seiner persönlichen Begriffe wird dabei maßgeblich von der Therapie her bestimmt.

Der Allgemeinpraktiker erlebt sehr bald nach Beginn seiner freiberuflichen Tätigkeit, daß er zum Beispiel mit der Kenntnis der „klassischen“ Pneumonien selbst bei pneumonieverdächtigen Fällen in der Praxis nicht auskommt. Ebenso erfährt er aber, daß er nicht jeden fiebernden oder fieberfreien derartigen Krankheitsfall durchuntersuchen, vor allem auch durchleuchten kann. Er sieht sich infolgedessen gezwungen, auf Grund größter Erhebungen und Befunde einen Pneumonie-Rahmenbegriff zu entwickeln, der möglichst viele tatsächliche Pneumonien einschließt. Damit wird der Praktiker naturgemäß alle jene Fälle als „Pneumonien“ behandeln, die in den Rahmen seines individuellen Diagnosenbegriffes zu liegen kommen. Andererseits werden ihm zunächst all die Pneumonien entgehen müssen, die unauffällig oder sonst andersartig in Erscheinung treten.

Die diagnostischen Rahmenbegriffe entwickelt der heutige Praktiker unbewußt, nach Maßgabe seiner schöpferischen Fähigkeiten, aus der eigenen Erfahrung heraus. Es sind persönliche Kompromisse angesichts der Unmöglichkeit, in der Praxis stets exakte Diagnosen zu stellen und darauf aufzubauen. Die allgemeine Tendenz geht bei den Praktikern naturgemäß dahin, diese persönlichen Diagnosenbegriffe umfassend zu gestalten. Es soll ja möglichst kein Pneumoniefall übersehen werden! Die Ausdehnung - gegenüber der wissenschaftlichen Diagnose - wird also dort am augenscheinlichsten sein, wo wie bei der Pneumonie ein „abwendbar gefährlicher Verlauf“ und eine sehr wirksame, relativ harmlose Therapie gegeben sind.

Ziehen wir aus dem Gesagten die Konsequenzen, dann werden wir also (für berufstheoretische Zwecke) den Ausdruck „Diagnose“ denjenigen Fällen vorbehalten müssen, in denen tatsächlich eine Krankheit richtig erkannt und benannt worden war.

Und wie wird man dann künftighin allgemeinpraktische Rahmenbegriffe, wie „Pneumonie“, kenntlich zu machen haben!

Zunächst muß schon der alleinige Terminus „Pneumonie“ vermieden werden. Wir sollten hier von „*pneumonischen Bildern*“ reden. Damit wäre zunächst der andersartige Charakter des diagnostischen Resultates hervorgehoben. Die Zuordnung eines Praxisfalles zu einem „pneumonischen Bild“ wäre dann sinngemäß als bloße Klassifizierung {bzw. Rubrizierung} zu bezeichnen. Hier geht es ja nicht mehr um das richtige Erkennen und Benennen einer Krankheit, sondern um eine Zuordnung zu Rahmenbegriffen, die sich für die allgemeinpraktische Führung wahrscheinlich zusammengehöriger Fälle als zweckmäßig erwiesen haben.

Damit hätten wir also den (wissenschaftlichen) Krankheitsbegriff (für berufstheoretische Zwecke) um die praktischen Klassifizierungen entlastet.

Nun stellen aber z. B. gerade bei den Pneumonien auch die Kliniker kaum stets und lückenlos wissenschaftliche Diagnosen. Und es muß, darüber hinaus, beträchtliche Differenzen zwischen den spezialistischen - routinemäßigen - Klassifizierungen an großen Kliniken, an kleinen Krankenhäusern und in der spezialistischen freien Praxis geben. Man wird also zusätzlich auch noch zwischen verschiedenen spezialistischen und

allgemeinpraktischen Klassifizierungsbegriffen „pneumonisches Bild“ zu unterscheiden haben.

Bei all dem sei nicht vergessen, daß die wissenschaftlichen Diagnosen selbst nicht Fixpunkte, sondern nur relativ rasch wechselnde Durchgangsstationen in der Entwicklungsgeschichte der Medizin bedeuten. Auch werden sie nicht selten von verschiedenen Forschern verschieden ausgelegt. Außerdem ist unverkennbar, daß von diversen medizinischen Zentren aus, parallel laufend, z.T. unterschiedliche Nomenklaturen benützt und weiterentwickelt werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Von einer Diagnose sollte man nur bei wissenschaftlich überzeugender Klärung einer Beratungsursache sprechen. Anderweitige diagnostische Ergebnisse müßten als Klassifizierungen (von typischen Verlaufs- und Zustandsbegriffen usw.) gekennzeichnet werden. Als Beispiel dafür wurde die Klassifizierung „pneumonisches Bild“ anstelle der praxisüblichen Bezeichnung „Pneumonie“ namhaft gemacht.

In diesem Sinne waren die „Erhebungseinheiten“ in der „Gezielten Diagnostik“ zu verstehen. Dies mag gleichwohl nicht immer deutlich genug gemacht worden sein. In der vorliegenden Monographie wird daher der Begriff „Diagnose“ von nun an nur mehr in der dargelegten Bedeutung verwendet werden.