

Zusammenfassung

Einer verbreiteten Auffassung zufolge stellt die Erstellung einer Diagnose ein nomothetisches, subsumptionslogisches Vorgehen dar mit dem Ziel, das am Einzelfall Auffindbare definierten Krankheitseinheiten zuzuordnen. Es wird aufgezeigt, daß in der ärztlich-therapeutischen Praxis der Diagnose jedoch die Aufgabe zukommt, in bezug auf das unaustauschbar Besondere des individuellen Patienten (oder auch einer Familie) zu einer rationalen therapeutischen Handlungsentscheidung zu kommen. Mithin handelt es sich nicht um einen Prozeß der Abstraktion und der Formalisierung, sondern im Gegenteil um die Zuordnung allgemeiner Krankheitsbegriffe zu einem konkreten, individuellen Patienten. Die Fähigkeit zur Erstellung einer Diagnose erfordert damit ein personen gebundenes – und mithin nicht „objektivierbares“, jedoch durchaus kommunizierbares – wissendes Können und könnendes Wissen. Darüber hinaus wird aufgezeigt, daß eine Diagnose im Sinne einer handlungsorientierten Singuläraussage stets auch eine individuelle prognostische Perspektive impliziert und sich erst darunter eine therapeutische Intervention (einschließlich ihrer bewußten Unterlassung) legitimiert. Die Diagnose erweist sich insofern als der methodische Zentralbegriff einer jeden Therapie, wobei zwischen beidem nicht eine lineare Abfolge, sondern eine unaufhebbare Verschränktheit in einem diagnostisch-therapeutischen Prozeß besteht. Darüber hinaus stellt Diagnostik – keineswegs ausschließlich, aber in besonderem Maße in der Psychiatrie – stets das Ergebnis eines interaktionellen Geschehens zwischen Arzt und Patient bzw. Therapeut und Klient dar, was zugleich einen Perspektivenaustausch zwischen beiden bedeutet. Dies gilt auch im Hinblick auf das Gelingen arbeitsteiliger, pluriprofessioneller Zusammenarbeit: die Konstituierung einer therapeutischen Gemeinschaft setzt eine diagnostische Gemeinschaftsbildung im Sinne der gegenseitigen Perspektivenergänzung und des Perspektivenaustausches voraus.

Die Diagnose – eine prognoseorientierte individuelle Therapieentscheidung

Peter F. Matthiessen
Herdecke

Zur Verschränktheit von Diagnose und Therapie

„Das Vergangene wissen, das Gegenwärtige erkennen, das Zukünftige voraussehen“ – so lapidar finden sich schon bei Hippokrates die zentralen Aufgaben formuliert, die sich dem Arzt in der Begegnung mit einem Kranken ergeben.

Wenn hier und im weiteren vom „Arzt“, den „ärztlichen“ Aufgaben und der „ärztlichen“ Kompetenz die Rede ist, so deshalb, weil das Aufgabenfeld und dementsprechend das Berufsbild des Arztes traditionell und paradigmatisch die unaufhebbare Verklammerung von Diagnose und Therapie repräsentiert und zur Grundlage hat, genauer: die Diagnose als Vermittlerin zwischen Pathologie und Therapie mit dem Ziel einer therapeutischen Ausblicke gewährenden diagnostischen Deutung des Krankheitsgeschehens bzw. eines sich erst durch die Diagnose legitimierenden therapeutischen Handelns. Der hier verfolgte Aspekt, daß (eigen)verantwortliches therapeutisches Handeln nicht ohne eine wie immer geartete Diagnostik möglich ist, gilt freilich für alle therapeutischen Berufe. Insofern gilt in bezug auf die weiteren Ausführungen – und zumal vor dem Hintergrund der Spezialisierung und der Arbeitsteiligkeit moderner Gesundheitssysteme – daß mit „Arzt“ hier ein Pars pro toto für die im Gesundheitswesen therapeutisch Tätigen gemeint ist und an seine Stelle auch der Begriff „Therapeut“ gesetzt werden könnte: Auch für den therapeutisch tätigen Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter, Bewegungs-, Ergo-, Physio- oder Kunsttherapeuten gilt, daß sein Tun erst auf dem Boden hinreichender diagnostischer Kompetenz dem

Anspruch zu genügen vermag, nicht nur gut gemeint, sondern „therapeutisch“ zu sein im Sinne eines spezifischen, sich an den der Hilfsbedürftigkeit eines Klienten „zu Grunde“ liegenden „Ur-Sachen“ orientierenden Handelns. Dies bedeutet freilich nicht, daß er auf diagnostische Leistungen durch andere Berufsgruppen (und damit auf die Möglichkeit oder Notwendigkeit einer diagnostischen Differenzierung, Erweiterung und Vertiefung ggf. auch im Sinne der Ausschlussdiagnostik) verzichten sollte oder könnte. Solche diagnostischen Hilfen entbinden ihn aber nicht von der Aufgabe, schon bei der Erstbegegnung und sodann im Sinne eines fortgesetzten Prozesses im Rahmen der weiteren Behandlung eigene Diagnostik als Grundlage für rationales therapeutisches Handeln zu betreiben, es sei denn, er würde sich mit der Rolle begnügen, lediglich Ausführungsorgan vorgegebener „therapeutischer“ Maßnahmen zu sein.

Es wäre ein grundsätzliches Mißverständnis von Arbeitsteilung auf medizinisch-therapeutischem Feld, würde sie sich als professionelle oder personelle Separation eines therapeutischen von einem diagnostischen Bereich artikulieren. Anliegen der weiteren Darstellung ist es daher gerade, aufzuzeigen, daß Diagnose als rationales therapeutisches Handeln begründende Erkenntnisleistung und Therapie als diagnostische Ein-Sicht voraussetzende und diese im weiteren Behandlungsverlauf verifizierende oder auch falsifizierende Praxis sich als in so hohem Maße interdependent erweisen, daß das Erfordernis einer je eigenen diagnostischen Kompetenz bei allen therapeutisch Tätigen unschwer nachzuvollziehen sein dürfte.

Die Erhebung der Anamnese, die Erstellung einer Diagnose und die Formulierung einer prognostischen Erwartung bilden mithin die Klaviatur, auf der spielen zu können die Aufgabe der ärztlichen Kunst – wir würden

Diagnosis – a prognosis-oriented individual therapy decision

Peter F. Matthiessen

Summary

It is widely believed that making a diagnosis is a nomothetic, subsumptive-logical process with the objective of allocating the findings noted in an individual case to defined disease units. It is shown that in the practice of medicine/psychotherapy, making the diagnosis also involves the task of coming to a rational decision on action with reference to the unmistakable particular features of the individual patient (or of a family). Thus, there is no question of a process of abstraction and formalization, but on the contrary one of the allocation of general designations of illness to a real, individual patient. The ability to make a diagnosis thus demands person-dependent knowledgeable ability and capable knowledge – which it is therefore not possible to objectivize, though it must certainly be communicable. In addition, it is shown that a diagnosis in the sense of an action-oriented singular statement always also implicates an indi-

vidual prognostic perspective and that a therapeutic intervention (which can include deliberately leaving an intervention undone) becomes legitimate only from this perspective. The diagnosis thus proves to be the methodical central tenet of every single therapy, though diagnosis and therapy are not connected by a linear succession but rather indissolubly interwoven in a diagnostic-therapeutic process. In addition, diagnosis is – by no means exclusively, but to a particular extent in psychiatry – always the result of an interactive happening between doctor and patient or therapist and client, which means perspectives are simultaneously exchanged between the two. This is also true with respect to the success of and multidisciplinary cooperation with division of labour: for a therapy team to be constituted it is essential that a diagnostic team be formed, in the sense that the members mutually supplement each other's perspectives and exchange perspectives.

heute eher sagen: der professionellen Kompetenz des Arztes – ist. Von Therapie ist da zunächst noch nicht die Rede. Aber hat das nicht den Anstrich von disziplinärer Selbstgenügsamkeit, ja von Borniertheit, wo doch der Sinn, die Aufgabe und das Ziel allen ärztlichen Tuns allein in der Therapie liegt? Demzufolge hat sich ja auch – und hier insbesondere im Bereich der Psychotherapie und auf dem Feld sog. alternativmedizinischer Ansätze – eine nahezu unübersehbare Zahl vermeintlicher Therapieformen und ein Heer von „Therapeuten“ verschiedenster Provenienz etabliert, wobei hier die diagnostische Seite zugunsten einer geradezu inflationären Verwendung des Therapiebegriffs in den Hintergrund tritt. Das kann dann zu Kuriositäten führen, die von A wie Astro-

therapie bis Z wie Zytoplasmatische Therapie und von Biblio-Therapie bis zum therapeutischen Walking reichen. Die therapeutische Indikationsstellung erfolgt hier weitgehend unabhängig von nosologischen Gesichtspunkten bzw. einer differenzierten Beurteilung der je vorliegenden Krankheits-situation sowie des je zugrundeliegenden pathologischen Prozesses. Eine positive Wirksamkeit des eigenen „therapeutischen“ Tuns wird hier häufig ganz unabhängig von der Frage nach konkreten und kommunizierbaren Krankheitsformen und Krankheitszuständen geltend gemacht.

Andererseits ist freilich kaum zu übersehen, daß sich weite Bereiche der modernen westlichen Gesundheitssysteme – und hier durchaus nicht nur in ihrer Ausformung als technisch-ap-

parative Medizin, sondern auch etwa auf dem Feld der Psychodiagnostik – durch eine diagnostische Betriebsamkeit charakterisieren, der eher der Charakter einer „l'art pour l'art“ denn einer „l'art pour l'homme“ zukommt. Am Ende steht dann die Frage nach der letzten gesunden Person, die Meader pointenartig beantwortet: „A well person is a patient who has not been completely worked up“ (Meader 1994). Es wäre allerdings zu kurz gegriffen, würde man die Problematik einer Diagnostik ohne therapeutische Relevanz lediglich mit fragwürdiger Praxis im Sinne von „Überdiagnostik“ assoziieren, wie sie sich insbesondere unter dem Einfluß einer zunehmenden Merkantilisierung und Juridifizierung der Medizin in der Vergangenheit herausgebildet hat.

Als viel grundsätzlicher und weitreichender stellt sich das Problem dar, daß die Vorherrschaft einer einseitig pathogenetisch ausgerichteten Betrachtung und Interpretation von Krankheitssymptomen und Krankheitsprozessen in der Medizin sowie die traditionelle Dichotomisierung von Krankheit und Gesundheit sich als wenig geeignet erweisen für eine Diagnostik, die ein im Krankheitsgeschehen aktuell bereits vorhandenes oder potentiell zu stimulierendes Gesundheitspotential zu erkennen und für die Therapie fruchtbar zu machen sucht (Matthiessen 1994).

Es bleibt aber die Frage, ob es überhaupt möglich ist, gezielte, gute, wirkungsvolle, verantwortbare und für andere nachvollziehbare Therapie ohne Orientierung an einer Diagnose zu betreiben. Gibt es eine Therapie, die diesen Namen zu Recht verdient, ohne Diagnose? Wohl kaum! Denn wie anders ließe sich beurteilen, wogegen und womit, wovon und woraufhin wir einen Kranken behandeln als durch die Beantwortung der Frage, was denn die dem Krank-*sein* des Patienten zugrundeliegende Krank-*heit* ist. Und was stellt die Beantwortung dieser Frage anderes dar als eine Diagnose? Ohne eine Diagnose, die – darauf werde ich noch zu sprechen kommen – immer auch einen prognostischen Aspekt mit enthält und die es im weiteren Behandlungsverlauf stets von neuem zu hinterfragen, je neu zu stellen, zu differenzieren und zu vertiefen gilt, stellt

jede Therapie – auch dann, wenn sie vom Patienten erwünscht und mitgetragen würde – zu Recht einen juristischen Straftatsbestand dar.

Die Diagnose als therapeutischer Zentralbegriff

„Vor den Erfolg der Therapie haben die Götter den Schweiß der Diagnose gesetzt“ –, so ein vielzitiertes und vermutlich auf den Kliniker Otto Naegeli zurückgehender Satz. In der Tat besteht die spezifische ärztlich-therapeutische Kompetenz ja gerade nicht darin, nur das vom Patienten geschilderte Beschwerdebild zur Kenntnis zu nehmen und gut gemeinte Ratschläge zu geben und auch nicht darin, lediglich Funktionsausfälle zu registrieren und auf dem Boden von Handlungsgewohnheiten eine wie immer auch geartete Normalisierung zu versuchen – dies wäre ja auch im Rahmen der Nachbarschaftshilfe möglich. Die spezifische Kompetenz für therapeutisches Handeln besteht vielmehr darin, das vom Patienten subjektiv erlebte und erlittene Krank-sein ebenso wie den am Kranken erhobenen Befund im Hinblick auf das zugrundeliegende Krankheitsgeschehen deuten, interpretieren zu können, um von dort aus gezielte und begründbare Maßnahmen der Hilfestellung aufzufinden. Anders, ohne eine Diagnose, ließe sich am Ende nie zwischen beliebiger Manipulation und gezielter Therapie unterscheiden. Die diagnostische Leistung besteht also gleichsam darin, vom *Anblick* eines Kranken zum *Einblick* in die dahinterstehenden pathologischen Vorgänge – und hier im Idealfall bis hin zu den Krankheitsursachen – zu gelangen, um dadurch einen *Durchblick*, einen *Ausblick* auf die je vorhandenen therapeutischen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen zu erschließen.

Im Wissen, daß Ziel und Sinn seines Tuns allein in der Therapie liegt, bleibt der Arzt dennoch methodisch stets an der Diagnose orientiert. Sie, die Diagnose, erweist sich damit als der ärztliche Zentralbegriff überhaupt. Sie ist für das ärztlich-therapeutische Tun nicht nur wichtig, sondern geradezu konstitutiv. Das Vorliegen eines wie immer auch gearteten diagnostischen Urteils als Voraussetzung für die

Behandlung eines Kranken wird damit für den Arzt zugleich zu einer zentralen ethischen Forderung: „Der verantwortliche Arzt sollte als Basis für alle seine weiteren Maßnahmen zu jeder Zeit seiner Beziehung zum Kranken ein diagnostisches Urteil bilden, vom ersten Eindruck über die vorläufige bis zur (scheinbar) endgültigen Diagnose“, schreibt R. Gross (Gross 1969).

Aber der Auftrag zur Erstellung einer Diagnose entspringt nicht nur einer Selbstverpflichtung der Ärzte, um das therapeutische Handeln begründen und verantworten zu können. Auch der Patient erwartet vom Arzt nicht nur Heilung seiner Erkrankung oder Linderung seiner Beschwerden, sondern – und gerade als Kennzeichen ärztlicher Kompetenz – auch eine Diagnose. Zielt die an den Patienten gestellte Frage des Arztes: „Was fehlt dir?“ auf die Ebene des Befindens bzw. des erlebten Krank-seins, so die vom Patienten an den Arzt gestellte Frage: „Was fehlt mir?“ auf nichts anderes als eine Diagnose (Matthiessen 1984). Mit besonderer Aktualität gilt dies gerade für den Patienten unserer gegenwärtigen Zeit, der angesichts fast ubiquitärer Gesundheitsaufklärung durch die Medien kaum je zum Arzt kommt, ohne sich nicht schon im Rahmen seines ihm eigenen Deutungspotentials längst „diagnostische“ Vorstellungen gebildet und damit verbundene Hoffnungen und Ängste entwickelt zu haben. Er erwartet eine Bestätigung oder Zurückweisung seiner Selbstdiagnose – auch wenn für ihn letztendlich die Prognose von ungleich größerem Interesse ist (Wieland 1975). Da jedoch kein Weg unmittelbar vom Beschwerdebild des Patienten zur Prognose führt, sondern sich die Prognose nur über die Diagnose erschließt, wird die Erwartung des Patienten nach Erstellung und Mitteilung der Diagnose verständlich und legitim. Sie ist denn auch einklagbar und insofern zu einer justiziablen Größe geworden. Die Aufklärung des Patienten aber setzt die Erstellung einer Diagnose voraus.

Die Pflicht zur Aufklärung des Patienten über die ärztlicherseits gewonnene diagnostische (und prognostische) Einschätzung, auch darüber, ob eine therapeutische Intervention überhaupt indiziert erscheint und falls ja, welche Therapiealternativen existie-

ren und wie diese hinsichtlich des zu erwartenden Nutzen-Risiko-Verhältnisses vergleichend zu bewerten und zu gewichten sind, spiegelt indessen nur unzureichend dasjenige wider, was als situatives Grundelement die Arzt-Patient-Beziehung prägt. So erstrebens- und begrüßenswert eine umfassende Aufklärung des Patienten in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht auch ist, um einem dergestalt informierten und damit selbstbestimmungsfähigen Patienten einen „informed consent“ zu ermöglichen, so deutlich zeigt sich in der Praxis, daß zwar eine Aufklärung vom Patienten in der Regel gewünscht, an Stelle einer eigenen Entscheidung aber eine Therapieempfehlung durch den Arzt bevorzugt wird. Gemeinhin ist sich der Patient durchaus bewußt, daß er durch eine solche Aufklärung nicht in einer Art Schnellverfahren zum Experten auf der Ebene der Befunde sowie ihrer diagnostischen Deutung und therapeutischen Schlußfolgerung wird, ist er genügend Realist, um zu spüren, daß ihn die vom Arzt erhaltene Information noch keineswegs zu einem gleichrangigen Experten auf dem Felde der Einschätzung seiner „objektiven“ Krankheitssituation macht. Dies nicht nur, weil sein Grad an Informiertheit trotz Aufklärung in der Regel kaum denjenigen des Arztes erreicht, sondern vor allem deshalb, weil er hier nicht über eine gleichwertige Erfahrung und ein sich daraus speisendes Urteilsvermögen verfügt. Die Unterstellung einer symmetrischen Beziehung auf der Ebene der Einschätzung des Krankheitsbefundes und der Angemessenheit von Therapiestrategien würde insofern für die große Mehrzahl der Arzt-Patient-Begegnungen an der Wirklichkeit vorbeigehen.

Ein dem Arzt deutlich überlegener Experte ist der Patient jedoch auf einer ganz anderen Ebene, nämlich auf derjenigen des gelebten und erlebten Krank-seins, auf der Ebene des Sich-Befindens, des Umgangs mit und des Bewältigens von Beeinträchtigungen, des sich Erschließens je individuell möglicher Gesundheit und der Beantwortung der Frage nach dem Wofür dieser Gesundheit im Hinblick auf die zukünftige Biographie. So ungleich die Perspektive des Arztes gegenüber derjenigen des Patienten ist, so sehr ist

es andererseits gerade die Perspektive des Patienten, an der der Arzt Auftrag, Ziel und Erfolg seines Erkennens und Handelns letztendlich zu bemessen hat. Erweist sich die Krankheits-Perspektive in bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung durch ein Gefälle an Expertise vom Arzt zum Patienten hin charakterisiert, so diejenige des Krank-seins durch ein solches vom Patienten zum Arzt hin. Symmetrisch vermag sich die Arzt-Patient-Beziehung dort zu gestalten, wo Raum ist für den dialogischen Austausch zwischen den Perspektiven beider. Es zeigt sich dann rasch, daß nicht nur der therapeutische Erfolg, sondern auch eine tragfähige Diagnostik keine allein vom Arzt erbrachte und an den Patienten herangetragene Leistung ist, sondern das Ergebnis des Austausches unterschiedlicher, jedoch notwendig aufeinander angewiesener und sich wechselseitig ergänzender Perspektiven. Diagnostik erweist sich dann als ein kontinuierlicher, von der Therapie nicht zu trennender Erkenntnis- bzw. Verstehensprozeß, der sein Zustandekommen einem interaktionellen Geschehen in der Begegnung zwischen Arzt und Patient bzw. Therapeut und Klient verdankt. Die Berücksichtigung der Verschränktheit dieser unterschiedlichen, sich hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit erst gegenseitig konstituierenden Perspektiven für das Zustandekommen eines diagnostisch-therapeutischen Prozesses führt zu einem Gebrauch des Begriffs „Diagnostik“, wie er auch von Welter-Enderlin und Hildenbrand verfolgt wird: „Wir lehnen Krankheitsbegrifflichkeiten in dem Maße ab, wie sie das Eröffnen neuer Gestaltungsmöglichkeiten verschließen, anders gesprochen: einfrieren. Wenn man dieser Auffassung folgt, kann Diagnostik nicht von Therapie getrennt werden – beide Prozesse finden in unserem Konzept in der Begegnung zwischen Problemsystem und Therapeutensystem statt“. In ihrem „Meilener Konzept“ einer „Systemischen Therapie als Begegnung“ wird dezidiert die Auffassung vertreten, daß sich Diagnostik im Kontext von Begegnung zwischen Therapeut und Patient abspielt und stets auch Aspekte des Austausches (und ggf. auch des Aushandelns) von Wirklichkeitskonstruktionen beinhaltet, wobei

dieser Prozeß bereits einen Eintritt in ein therapeutisches Geschehen bedeutet, was die verbreitete Auffassung, bei Diagnose und Therapie handele es sich um eine lineare Abfolge, problematisch und hinterfragenswert erscheinen läßt.

Ärztlich-therapeutische und medizinisch-wissenschaftliche Diagnostik

Was ist das für ein Wissen, das wir brauchen, um eine Diagnose zu stellen? Hier kommt es leicht zu semantischen Unklarheiten. Denn mit der Bezeichnung „Diagnose“ meinen wir je nach Interessenlage und daraus entspringender Fokussierung unserer Aufmerksamkeit Verschiedenes. Zum einen verstehen wir unter Diagnose eine vom „behandelnden“ Arzt zu erbringende Erkenntnisleistung am einzelnen Kranken, also eine individuelle, nicht übertragbare Aussage, zum anderen verweisen wir mit der Frage nach der Diagnose eines Patienten auf etwas, das sich losgelöst, abstrahiert vom einzelnen Kranken und insofern generalisierbar beschreiben läßt, nämlich auf ein allgemeines Krankheitsbild, eine wie immer auch definierte Krankheitsentität, auf ein Syndrom, einen objektivierbaren Ausprägungsgrad eines Krankheitszustandes etc., kurzum: auf Gebilde, die sich abstrahiert vom konkreten Individuum auf der Ebene einer nosologischen Klassifizierung allgemeiner Krankheiten im Sinne von Krankheitskonstrukten angesiedelt finden. Der Terminus „eine Diagnose stellen“ erscheint also zum einen in der Bedeutung, am konkreten Kranken durch eine Erkenntnisleistung Voraussetzungen für eine rationale Therapieentscheidung zu schaffen, zum anderen in der Bedeutung: das am Einzelfall Auffindbare einem allgemeinen Krankheitsbild zu subsumieren und damit die individuelle Erscheinung unter allgemeine Regeln und Gesetze zu stellen (s. Tabelle 1).

Schon bei dieser vorläufigen Gegenüberstellung wird deutlich, daß es sich im zweiten Fall um einen Ansatz handelt, der auf die Gewinnung allgemeinen medizinischen Wissens und die Formulierung allgemein gültiger Gesetzmäßigkeiten zielt, also auf ein Vorgehen, wie es allen theoretischen

Wissenschaften zu eigen ist, im ersten Fall hingegen um eine Problemstellung der ärztlichen Praxis, die es im Sinne eines Entweder-Oder zu entscheiden und handelnd zu lösen gilt (Wieland 1975).

Kaum in Frage gestellt werden kann, daß die Medizin ihren großen Aufschwung während der vergangenen 150 Jahre ebenso wie ihre enormen Fortschritte an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Verlauf der letzten Jahrzehnte im wesentlichen der Tatsache verdankt, daß sie sich das methodische Vorgehen der Wissenschaften – und hier im besonderen der modernen Naturwissenschaften – zu eigen gemacht und die damit gewonnenen Ergebnisse konsequent für die medizinische Praxis fruchtbar gemacht hat.

Hatte sich die Anwendung dieser experimentellen Methodik zunächst auf die Grundlagenforschung sowie die Beforschung von Krankheitsursachen und Krankheitsprozessen beschränkt, so ist sie seit Ende des 2. Weltkriegs zunehmend in den Bereich therapeutischen Handelns im Sinne der experimentellen Wirksamkeitsprüfung eingedrungen.

Hier hat die Einsicht in die Irrtumsanfälligkeit der ärztlichen Erfahrung bekanntlich zur Entwicklung des kontrollierten klinischen Versuchs als geplantem therapeutischem Experiment mit kalkulierbarer Irrtumswahrscheinlichkeit geführt. Durch Formalisierung und weitestmögliche Elimination subjektiver Faktoren wird mit diesem Verfahren Objektivität und Generalisierbarkeit der Aussagen angestrebt. Dabei zeigt sich, daß diese Verfahren häufig schon aufgrund der Heterogenität der prognostischen Strukturen innerhalb der einzelnen Patientenkollektive ihre Aussagekraft für den einzelnen Kranken verlieren. Die mit Hilfe probabilistischer Modelle gewonnenen Aussagen dienen so im wesentlichen dem unerfahrenen Arzt. Für den konkreten einzelnen Patienten besitzen sie keine Aussagekraft, weil sie sich nur auf eine Merkmalsmasse beziehen. Streng genommen sind sie nur dafür geeignet, nosologische oder syndromatologische Entitäten bei entsprechenden Kollektiven zu behandeln, ohne das Besondere, den einzelnen Kranken, zu Gesicht zu bekom-

Tabelle 1
Diagnostik

ärztlich-therapeutischer Praxis	Im Kontext	medizinisch-theoretischer Wissenschaft
personengebundenen „Know how“	stellt dar	formalisierbares „Know that“
nicht verallgemeinerbar	ist	nicht individualisierbar
dem Besonderen des unaustauschbaren Falls	fragt nach	dem Allgemeinen am austauschbaren Fall
Erfassung einer kranken Person in einer einmaligen Situation	zielt auf	Klassifizierbarmachung von Krankheitsphänomenen
individuelle Therapie	ermöglicht	generelle Therapieverfahren

men. Das grundsätzliche Problem dieses Ansatzes aber ist es, daß die Wahrscheinlichkeitsaussagen sich nur auf Kollektive beziehen und der Brückenschlag zum einzelnen unaustauschbaren Patienten mit der diesem Ansatz zugrundeliegenden Rationalität grundsätzlich nicht möglich ist.

Der Auftrag der Diagnose: eine Handlungsentscheidung im Einzelfall

Auch eine nur skizzenhafte Behandlung des Diagnosebegriffs kann – jedenfalls in bezug auf den deutschen Sprachraum – nicht umhin, sich auf eine Arztpersönlichkeit und deren 1917 in erster Auflage erschienene Monographie mit dem Titel *Die ärztliche Diagnose* zu besinnen, zu deren tragischem Schicksal es gehört hat, daß ihm auf dem Höhepunkt seines Wirkens durch die Machtergreifung der Nationalsozialisten eine Fortführung seiner ärztlich-praktischen und seiner medizinisch-theoretischen Arbeit verunmöglicht wurde und die Ergebnisse dieser Arbeit demzufolge nur höchst unzureichend in das Bewußtsein der kontemporären Ärzteschaft und der nachfolgenden Ärztegenerationen gelangt sind: Sein Name ist Richard Koch.

1882 in Frankfurt am Main geboren, studierte er in München, Lausanne, Heidelberg, London und Berlin Medizin, lernte in Berlin Ernst Schweninger kennen, der ihn dazu anregte, sich mit dem Diagnosebegriff auseinanderzusetzen und von dem Koch später

sagte: „Er – [Schweninger] hat die Unmöglichkeit erkannt, Therapie auf die Krankheitsabstraktion aufzubauen“.

Nach Approbation und Promotion zieht sich Koch beim Militärdienst eine schwere Sepsis mit der Folge einer lebenslangen Versteifung des rechten Kniegelenks zu. An der Medizinischen Klinik in Heidelberg findet er in Ludolf von Krehl seinen zweiten ärztlichen Lehrer, der ihn zu der Überzeugung anregt, daß die ärztliche Diagnose mehr umfassen müsse als den Namen einer Krankheit. 1918 eröffnet Koch eine internistische Praxis in Frankfurt, habilitiert sich dort 1920 mit der zweiten Auflage seines Werkes: *Die ärztliche Diagnose* für Geschichte der Medizin, erhält 1926 eine außerplanmäßige Professur und wird Vorsteher des Seminars für Geschichte der Medizin. 1933 wird er mit sofortiger Wirkung beurlaubt. Kurz vor der Verhaftung gelingt es ihm, mit einem Teil seiner Familie nach Moskau zu reisen. 1937 wird er 55jährig beratender Arzt für Heilbäder und Sanatorien am Biologischen Krankenhaus im Badeort Essentuki im Kaukasus, muß 1942 trotz seiner ausgeprägten Gehbehinderung vor den deutschen Truppen nach Georgien flüchten. Er stirbt 1949 67jährig in Essentuki (Preiser 1988).

Es ist das Verdienst Wolfgang Wielands, in seiner 1975 veröffentlichten wissenschafts- bzw. medizinthoretischen Auseinandersetzung mit dem Diagnosebegriff (Wieland 1975) darauf aufmerksam gemacht zu haben, daß, wie Wieland schreibt, Koch „in seinem Buch eine Grundlagentheorie der Medizin zur Diskussion gestellt“ hat, „die bis heute nicht überholt worden ist“.

Was ist für Richard Koch eine ärztliche Diagnose? Und wo siedelt er den Diagnosebegriff im Rahmen seiner

grundlagentheoretischen Überlegungen zur Medizin an? Eine Diagnose ist für Koch – und von Wieland ist dies später mit einem verfeinerten Begriffsrepertoire konfirmiert worden – stets eine Singuläraussage, die nicht verallgemeinerungsfähig ist. Das mag zunächst überraschen, ist doch der Arzt von seiner Ausbildung her – und zumal der gegenwärtig ausgebildete Arzt – gewohnt, sein diagnostisches und therapeutisches Handeln als Anwendung wissenschaftlicher und also generalisierbarer Erkenntnisse zum Wohle des Kranken zu verstehen. Aber, so Koch, beim Diagnostizieren geht es nie um ein Erkennen seiner selbst willen. Was mit der Diagnose erreicht werden soll, ist eine Handlungsentscheidung, die Befähigung zu sinnvollem und zweckvollem Handeln in einer konkreten, unaustauschbaren und unwiederholbaren Situation, die Befähigung zur Hilfestellung für einen konkreten und also nicht austauschbaren Patienten.

„Die Diagnose ist also ein Ausdruck für die Summe der Erkenntnis, die den Arzt zu seinem Handeln und Verhalten veranlaßt“ (Koch 1920). Denn, so Koch, eine Diagnose ohne therapeutische Konsequenzen, die Erstellung einer Diagnose, die nicht zu therapeutischem Handeln führt, ist unärztlich und für die ärztliche Praxis wertlos. Hieraus ergibt sich für Koch, daß die Heilkunde nicht Naturwissenschaft, überhaupt nicht Wissenschaft sein könne. Ihr Zweck sei nicht Erkenntnis als solche, wie in den Wissenschaften, sondern Befriedigung eines Bedürfnisses: „Sie will“, so Koch, „kranken Menschen nützen. Sie kann außerdem auch nicht Wissen sein, das zeitlich und absolut unfertig ist, wie die Naturwissenschaft. Sie braucht endliche Erkenntnisse, denn sie sucht nur Erkenntnis, um aus dieser heraus zu handeln“. Und weiter: „Eine eingehende Betrachtung führt zu dem Ergebnis, daß die Medizin, die selbst keine Wissenschaft ist, die Ergebnisse der Wissenschaft mit Erfolg angewendet hat und nicht mehr entbehren kann. Ihre Denkweise ist aber nicht die Denkweise der Wissenschaft“.

Und weiter: „Unser Diagnosebegriff bezieht sich immer notwendigerweise auf den einzelnen Kranken, der übliche bezieht sich weder auf einen

Einzelnen noch auf eine Anzahl von Kranken, sondern er ist eine Abstraktion, die von Kranken gewonnen ist. Es scheidet sich also im Sinne dieser Abhandlung Diagnosebegriff und Krankheitsbegriff. Diagnostiziert wird nicht ein Krankheitsbegriff, sondern der Zustand eines Einzelnen...“ „Ohne Zweifel kann man ein irgendwie beschaffenes Krankenmaterial so ansehen, daß man den Blick nur auf die Erscheinung richtet, die sich einem bestimmten Krankheitsbild einfügt, und man kann dann an Therapie nur das heranziehen, was sich unmittelbar auf diese Erscheinung bezieht... Sobald aber die Diagnose individualisiert wird, unterscheidet sie sich vom Krankheitsbegriff“.

Mit anderen Worten: Eine Diagnose stellen meint gerade nicht, aus dem Besonderen lediglich ein allgemeines Krankheitsbild durch Abstraktion herauszuschälen. „Die Leistung der ärztlichen Diagnose“ – die man insofern einer medizinischen Diagnose gegenüberstellen könnte – „die Leistung der ärztlichen Diagnose besteht vielmehr umgekehrt in der sachgerechten und begründbaren Zuordnung allgemeiner Krankheitsbegriffe zu einem konkreten, individuellen Patienten“ (Wieland 1975). Im Gegensatz zu subsumptionslogischen Ansätzen der theoretischen Wissenschaften, nämlich den Einzelfall lediglich als Sprungbrett für nomothetische, auf Generalisierung zielende Forschung oder als Exemplifizierung allgemeiner Regeln und Gesetzmäßigkeiten zu verwenden, trifft der Arzt eine Diagnose, um in bezug auf das unaustauschbar Besondere des individuellen Patienten zu einer Handlungsentscheidung zu kommen. Eine Diagnose bezieht sich daher immer auf eine konkrete Person und stellt stets eine Singuläraussage dar. „Der Einzelfall ist hier um seiner selbst willen von Interesse“ (Wieland 1975).

Der Einzelfall ist hier also stets mehr und anderes als nur eine „Stichprobe“ im Kollektiv. Das ist er aber nur dann, wenn es uns gelingt, ihn nicht aus einer defizitären Perspektive als Abweichung einer allgemeinen Norm aufzufassen, sondern ihn in seiner Besonderheit positiv zu begreifen. Es gilt hier, den konkreten Patienten nicht nur von außen mit einem ihm fremden

Analyseschema zu konfrontieren, sondern eine schrittweise Anschmiegung allgemeinen medizinischen Wissens an die konkrete Person und eine unaustauschbare Situation zu vollziehen. Worum es sich also bei der ärztlichen Diagnose, insofern sie Instrument für Therapieentscheidungen ist, handelt, ist nicht die Fähigkeit zur Abstraktion, sondern die Kunst zur Konkretion und damit die Befähigung zu treffsicherem Handeln in einer unwiederholbaren – und also auch nicht nachholbaren – Situation. Um dies leisten zu können, ist zwar die Kenntnis allgemeinen Wissens, wie es die theoretischen Wissenschaften liefern, unentbehrlich. Aber auch das Vorliegen der Summe allgemeinen Wissens, insoweit es für einen speziellen Fall von Relevanz ist, befähigt den Arzt eben noch nicht dazu, eine Diagnose zu stellen. Hier führt auch die Definition, Medizin sei „angewandte Naturwissenschaft“ oder überhaupt „angewandte Wissenschaft“ nicht weiter; denn hier bleibt die für den Arzt so zentrale Frage nach dem Kalkül über die Angemessenheit der „Anwendung“, nach dem, was denn die Validität der „richtigen“ Anwendung ausmacht, außen vor. Sie wird aus dieser Sicht notwendigerweise in einen außerprofessionellen Raum verwiesen und läuft so Gefahr, entweder bar jeder rationalen Überprüfbarkeit beliebig zu werden oder eben von den Vertretern formaler Wissenschaftlichkeit standardisierte Handlungsanleitungen vorgelegt zu bekommen. Genau dies aber ist von seiten der theoretischen Wissenschaften nicht zu leisten, da diese lediglich darauf zielen, Sachverhalte zu konstatieren und insofern schon von ihrem Ansatz her ungeeignet sind, verlässliche Antworten darüber zu geben, was zu tun ist bzw. was man wollen soll (Wieland 1986). Demgegenüber ist die Medizin von ihrem Auftrag und ihrem gewachsenen Ansatz her so konzipiert, daß sie es ermöglichen soll, Fragen danach, was zu tun ist, innerhalb ihrer selbst zu erörtern und auf begründbare Weise zu beantworten. Im Gegensatz zum Wissenstypus des „know that“ handelt es sich hier um ein Wissen in der Form eines „know how“, also um ein wissendes Können und ein könnendes Wissen, um ein Wissen, das nun gerade nicht von der personalen Instanz des Handelnden abgelöst ver-

folgt werden kann. Anders ausgedrückt: Ein wesentlicher Teil dieses spezifisch praktisch-ärztlichen Wissens liegt nicht in gegenständlicher, objektivierbarer, sondern in personengebundener, dispositioneller Form vor: „Es gibt eben keine Regeln, wie man Regeln richtig anwendet“ (Kant). Die Fähigkeit, Regeln situationsangemessen zu verwerten – oder aber auch begründet zu durchbrechen –, also die Fertigkeit zur Ent-Allgemeinerung und zur Re-Individualisierung, die Kompetenz zur Konkretion im wörtlichen Sinne: nämlich mit der unaustauschbaren Besonderheit eines Kranken bzw. einer medizinischen Problemsituation gleichsam „zusammenzuwachsen“, sich ihr anzuverwandeln, das Wesentliche handelnd zu erfassen, kennzeichnen wir traditionellerweise mit dem Begriff der ärztlich-therapeutischen Erfahrung.

Diagnostik, therapeutische Erfahrung und Multiperspektivität

Diese ärztliche Erfahrung findet sich gegenwärtig von zwei höchst unterschiedlichen Seiten her bedroht: Zum einen berufen sich zahlreiche Vertreter alternativer Therapieverfahren auf ihre „Erfahrung“, obwohl es sich bei ihrem Tun oft nur um Deskriptionen handelt, ohne daß hier eine in sich konsistente theoretische Grundlage vorhanden wäre, vor deren Hintergrund eine tragfähige und kommunizierbare Diagnose und somit eine prognostische Aussage und eine nachvollziehbare Beurteilung des therapeutischen Erfolgs möglich würde. Ein solches Vorgehen könnte man als irrationalen und unmethodischen Empirismus und zugleich als pragmatischen Aktionismus charakterisieren, der zwar zu Teilen gut gemeint sein mag, sich aber in seiner Validität kaum vom Kaffeesatzlesen oder der Deutung des Vogelflugs unterscheidet. Auf der anderen Seite findet sich in dem mißverstandenen Bestreben, die Medizin als eine empirische Wissenschaft aufzufassen oder sie doch zumindest zu einer solchen machen zu wollen, die Tendenz, die ärztliche Erfahrung durch formale Verfahren zu ersetzen. Der Primat formaler Verfahren in der Medizin führt aber dazu, die ärztliche Erfahrung im-

mer mehr in ein parawissenschaftliches Abseits abzu drängen. Der Arzt verkommt dann zuletzt zum Datenlieferanten für den Biometriker und zum Erfüllungsgehilfen für die Ausführung standardisierter Behandlungsverfahren, die ihm dann von „außen“ vorgegeben werden. Im Gegensatz zum zuvor skizzierten pragmatistischen Aktionismus möchte ich diese Entwicklung als scientistischen Rigorismus bezeichnen. Hier liegt die Gefahr nahe, daß ein überzogenes Formalisierungsbestreben der von ihrer Eigenheit her nicht formalisierbaren ärztlichen Erfahrung ihre Bedeutung und ihre Validität abspricht, was dann leicht dazu führen kann, daß diese – im Zuge einer „self fulfilling prophecy“ – am Ende wirklich nichts mehr taugt. So ist es in weiten Bereichen der Medizin schon fast zur dogmatischen Überzeugung geworden, daß eine Entscheidung darüber, ob eine Besserung unter einer Behandlung unabhängig von dieser, durch diese oder trotz dieser eingetreten ist, am Einzelfall nicht möglich sei und kasuistischem Erfahrungsmaterial deshalb grundsätzlich keine Aussagekraft zukomme.

„Ein Fall ist kein Fall“ ist ein inzwischen häufig zu hörender Slogan, nicht nur aus dem Munde von Pharmakologen und Biometrikern, sondern auch von wissenschaftlich ambitionierten Klinikern. Aber einmal davon abgesehen, daß es sich hier keineswegs um eine wissenschaftlich oder gar grundlagentheoretisch gestützte Aussage handelt: Sagen wir diesen Satz doch einmal den uns anvertrauten Patienten, zumal solchen, die wir für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie gewinnen wollen!

In der Begegnung mit einem sich als krank erlebenden Menschen findet sich der Arzt zunächst herausgefordert festzustellen, ob überhaupt eine Krankheit vorliegt und ob sein Gegenüber tatsächlich „Patient“ ist, nämlich sich in einem Leidenszustand befindet. Das hinlänglich bekannte Experiment, über dessen Ergebnisse erstmals 1973 in der Zeitschrift *Science* unter dem Titel „On being sane in insane places“ berichtet worden war (Rosenhan 1973), daß nämlich 8 gesunde Bürger an 12 verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern der USA problemlos für einen Zeitraum

zwischen 7 und 52 Tagen zur stationären Behandlung aufgenommen wurden, weil sie über „Stimmenhören“ berichteten und weder die Ärzte noch die anderen Berufsgruppen – wohl aber die Mitpatienten! – bemerkten, daß in Wirklichkeit eine Krankheit gar nicht vorlag, verweist zuletzt auf nichts anderes als darauf, daß eben keine Diagnose gestellt worden ist, die diesen Namen verdient.

Denn gerade an einem solchen Beispiel kann deutlich werden, daß Diagnostik – versteht sie sich als eine zwischenmenschlicher Erfahrung sich verdankende Erkenntnis- und Urteilsbildung – sich nicht mit objektivierenden Akten des Registrierens bereits gegebener Symptome und auch nicht mit einem starren Beibehalten der eigenen, durch die jeweilige Profession geprägten Perspektive begnügen kann. In besonderem – aber keineswegs ausschließlichem – Maße gilt dies für das Feld psychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis: Die Mitteilungen, die wir vom anderen erhalten können, finden sich nicht auf eine verbale Ebene beschränkt. Worum es hier geht, ist der ebenso weite wie subtile Bereich zwischenmenschlicher, interpersonaler und intersubjektiver Erfahrung, insofern diese zur Quelle des Gewährwerdens von Krankheitszuständlichkeiten, aber darüber hinaus auch ganz allgemein von Daseinsgesten des Anderen zu werden vermag. Es ist hier nicht der Ort, der Frage nach dem Gelingen und auch den Grenzen des Erfahrens fremdseelischen (und -leiblichen) Befindens detaillierter nachzugehen. Im Gegensatz zur primär objektivierend-distanzierenden Sicht der Naturwissenschaften gründet solches Erfahren des Anderen auf der Methodik einer Wissensaneignung, die einer dem anderen sich anverwandeln und insofern an ihm teilhabenden Aktivität entspringt. Worum es hier geht, ist die Herausforderung an den Arzt und Therapeuten, Empathie nicht nur in der Psychotherapie, sondern in jeder Begegnung mit einem hilfeschuchenden Mitmenschen nicht nur als unspezifiziert mitfühlende Grundhaltung, sondern als ein subtiles, der Diagnose und der Therapiefindung dienendes Erkenntnisinstrumentarium einzusetzen, den anderen in der eigenen „Veränderung“ (Theunissen 1965) zu erfahren und das eigene „Verändertsein“ im Sinne einer partiellen Identifikation zum Ausgangspunkt einer nicht nur konstatierenden, sondern teilnehmenden Diagnostik zu machen, also soweit als je möglich die eigene Perspektive durch diejenige des Anderen zu vertauschen bzw. zu ergänzen. Der auf diese Weise erkennen Wollende „muß sich zuvor dem Begegnenden anverwandeln, um es sodann erst in seinem Wesen erkennen zu können“ (Blankenberg 1982).

Für den Arzt bedeutet dies, das Kranksein des Anderen an sich selbst, am „eigenen Leib“, als (mehr oder weniger) spezifische „Kränkung“, als eine Art „Miniaturkrank-

heit“ nicht nur mitvollziehend zu erleben, sondern zum Anlaß zu nehmen, sich der je eigenen inneren Aktivität bewußt zu werden, die zur Überwindung der durch den anderen erfahrenen Krankheits„Geste“ aufzubringen er aufgerufen ist. Eine so zunächst an sich selbst nicht nur vollzogene, sondern zugleich bewußt gemachte „Gesundung“ im Sinne einer „Miniaturheilung“ vermag dann ggf. zu einer gezielten, vorgelebten „Vorahrung“ zu führen, also zu einer „therapeutischen Veränderung“ des Patienten. „Die Sympathie wird zu einem Organ der Diagnostik und sodann auch der Heilmittelfindung“ (Blankenberg 1982). Vor diesem Hintergrund kann deutlich werden, daß die Diagnose nicht nur deshalb als therapeutischer Zentralbegriff anzusehen ist, weil sie eine rationale Therapieentscheidung ermöglicht, sondern auch, weil eine Diagnostik, die nicht nur vom Intellekt bestimmt ist, sondern auch konkrete und differenzierte „Herzenserkenntnis“ ist, zum zentralen sozialen Beweggrund therapeutischen Handelns zu werden vermag.

Aus dem Gesamt seiner Wahrnehmungen gilt es für den Arzt sodann diejenigen herauszuheben, die er aus seiner professionsspezifischen Sicht für besonders relevant erachtet. Und diese dann als Krankheits-symptome bezeichneten Phänomene gilt es vor dem Hintergrund einer theoriegeleiteten Aufmerksamkeit zu deuten, untereinander zu gewichten und in einen gesetzmäßigen Zusammenhang zu bringen. Der Akt der Diagnosestellung ist insofern zunächst gerade nicht etwas, was heute so gerne mit der postmodernen Modevokabel der „Ganzheitlichkeit“ bezeichnet wird. Er stellt durchaus eine Komplexitätsreduktion dar, in dem der Blick sich gerade nicht auf alles, sondern auf das Wesentliche konzentriert. Dies bedeutet freilich nicht, daß man sich beim Diagnostizieren mit einer einzigen Sichtweise, mit einer einzigen Perspektive begnügen sollte und könnte, wobei gerade auch die Bewußtmachung in die perspektivenbedingte Kontingenz der je unterschiedlich professionalisierten Helfer eine klarere Sicht von Arbeitsteilung im Sinne von Multiperspektivität und gegenseitigem Perspektivenaustausch zu vermitteln vermag.

Aber gerade das Wissen darum, daß es einen aperspektivischen Zugang zur Wirklichkeit nicht gibt, daß aber andererseits eine jede eingenommene Perspektive sich durch klar umrissene Erkenntnis- und Handlungsgrenzen

charakterisiert, fordert uns nicht nur ein methodisch geschärftes Bewußtsein darüber ab, was aus einer je eingenommenen Perspektive ansichtig und was nicht ansichtig zu werden vermag, sondern darüber hinaus auch die Fähigkeit, die je angemessene und damit diagnostisch und therapeutisch erfolversprechende Sichtweise aufzufinden.

Bei vielem, was gegenwärtig den Anspruch auf eine „ganzheitliche“ Sichtweise in der Medizin erhebt, handelt es sich um nichts anderes als eine unkritische Vermengung von Aussagen und Ergebnissen, die ihr Zustandekommen ganz unterschiedlichen perspektivischen Zugangsweisen verdanken. Solche vermeintlich „holistischen“ Darstellungen bilden dann nicht mehr einen Teil der Wirklichkeit ab; sie gleichen vielmehr einer Fotografie, auf der sich in Folge eines Defekts im Transportmechanismus mehrere Aufnahmen eines Gegenstandes aus ganz verschiedenen Richtungen auf ein und demselben Filmsegment abgelichtet finden. Die aus der Perspektivenverwässerung resultierende Nichtidentifizierbarkeit des Objekts aber dürfte kaum dessen „Ganzheitlichkeit“ ausmachen (Matthiessen 1995).

Gerade das Wissen um die je gegebenen Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen perspektivischen Sichtweisen und die Fähigkeit, die je angemessene und erfolversprechende Sichtweisen aufzufinden, machen ja einen wesentlichen Teil dessen aus, was wir als diagnostisch-therapeutische Erfahrung im Sinne einer an Vorerfahrungen erworbenen Erfahrung bezeichnen.

Diagnose und Prognose

Mit der Erstellung einer tragfähigen Diagnose ist nun notwendigerweise eine individuelle Prognose zunächst über den unbehandelten Krankheitsverlauf verknüpft. Andernfalls würde sich ja eine Berechtigung zum therapeutischen Eingriff gar nicht ergeben. Der Patient könnte ja im Rahmen des spontanen Krankheitsverlaufs innerhalb einiger Tage oder auch Wochen auch ohne therapeutische Intervention wieder gesunden oder gerade dadurch gesunden, daß der spontanremissive

Prozeß nicht durch „therapeutische“ Maßnahmen gestört wird. Sowohl die Entscheidung zur therapeutischen Intervention als auch die dezidierte Unterlassung einer Therapie legitimieren sich ja gerade dadurch, daß mit der Diagnosestellung zugleich eine konkrete prognostische Einschätzung hinsichtlich des Spontanverlaufs der Krankheit vorhanden ist.

Wenn der Arzt aufgrund seiner prognostischen Einschätzung zu einer rational begründbaren Therapieentscheidung gelangt, dann findet sich damit zugleich ein weiterer prognostischer Akt verbunden, nämlich derjenige einer ganz bestimmten therapeutischen Erfolgserwartung. Erst dann, wenn er über eine differenzierte therapeutische Erfolgserwartung verfügt, gelangt er ja überhaupt erst in die Lage, die Berechtigung seiner unter mehreren Alternativen gewählten Therapie als Differenz zwischen dem prognostizierten unbehandelten Verlauf und dem unter der Behandlung erwarteten Verlauf zu begründen. Der wesentliche Lernprozeß des Arztes besteht dabei in der konsequenten Gegenüberstellung von Erwartung und Erfolg. Gerade daran bildet er die untrennbar mit seiner Person verbundenen Fähigkeiten aus, die wir im engeren Sinne als ärztliche Erfahrung bezeichnen. Wenn der Arzt aufgrund seiner Erfahrung von der Effizienz eines diagnostischen Hilfsmittels oder der Wirksamkeit einer Behandlung spricht, so interessiert ihn im Grunde nicht die Tatsache, daß das Verfahren bei so und soviel Patienten wirksam war. Was ihn wirklich interessiert, ist die Frage: Was kann ich erwarten, wenn ich das Verfahren künftig bei meinen Patienten anwende? Die Frage nach der Voraussagbarkeit aufgrund wiederholter Erfahrungen führt ihn auf den Zusammenhang von Erfahrung und Wahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit des Arztes ist die intentionale Erwartung künftiger Erfahrungen, die sich mit Wiederholung gleicher Erfahrungen verstärkt. Seine Wahrscheinlichkeitsaussagen beruhen also auf willentlichen Entscheidungsprozessen. Ob ein Ergebnis wirklich eintritt, kann er nicht beweisen. Er kann sich nur entscheiden, so zu handeln, als ob das Ergebnis eintreten wird. In dieser Wiederholung spielt sich zugleich ein

Entwicklungsprozeß des Arztes ab. Er bleibt dabei nicht derselbe, sondern bildet seine Fähigkeiten für folgende Erfahrungen weiter aus.

Ärztliches Denken erweist sich damit dem empirisch orientierten Fallrechtsdenken verwandt, wie es sich im angloamerikanischen „common law“ als „reasoning from case to case“ findet, bei dem für einen vorliegenden Fall vergleichbare „precedents“ herangezogen werden, also mit jedem neuen Anwendungsfall neue Erfahrungen gesammelt werden, die zu einer laufenden Fortentwicklung der Rechtsfindung als Kunstlehre – im Gegensatz zur Rechtswissenschaft – führen. Eine Diagnose im ärztlichen Sinne ist also nie nur die Beschreibung eines Krankheitsbildes, sondern stets auch das Treffen eines Urteils. Jenseits von „reiner Vernunft“ und „praktischer Vernunft“ hat schon Kant die „Urteilkraft“ als dritte Vernunftform herausgestellt und sie als Synthese von theoretischer und praktischer Vernunft angesehen. Eine Befundung von Befunden ist ohne ein vorausgehendes diagnostisches Urteil – und sei dies noch so vorläufig – nicht möglich. Ein solches Urteil aber ist eben prinzipiell nicht formalisierbar. Alle sich anschließenden diagnostischen Verfahren erhalten ihren jeweiligen Stellenwert erst vor dem Hintergrund eines zuvor durch ein Urteil zustandekommenen Überzeugungsgrades des Arztes. Ohne ärztliche Intuition, ohne eine Ausgangsdiagnose sind apparative Untersuchungsverfahren nicht nur nutzlos und unökonomisch, sondern darüber hinaus auch gefährlich, da infolge der jeweiligen Sensibilität und Spezifität dieser Verfahren falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse nicht beurteilt werden können, dadurch Krankheiten übersehen werden können oder unnötigerweise eine weiterführende und ggf. gefahrenbelastete Diagnostik betrieben wird (Kienle 1978). Ein guter Teil der Kostenproduktion im Gesundheitswesen liegt zweifellos in der verbreiteten Illusion begründet, man könne unter Verzicht auf ärztliche Erfahrung, unter Verzicht auf ärztliches Urteilsvermögen, ohne eine vorläufige Diagnose mit daraus folgender Erwartungswahrscheinlichkeit zu objektivierbaren Befunden und Diagnosen kommen. Hier findet sich

Informationsproduktion auf fatale Weise mit Erkenntnisbildung wechselt. In Wirklichkeit wird Erkenntnisgewinnung durch unselektierte Informationsfülle nicht ermöglicht, sondern verhindert.

Bedeutet dies nun, daß der Erarbeitung allgemeiner Kriterien zur Erfassung von Krankheitseinheiten und Krankheitszuständen dadurch ein geringerer Wert zukommt? Durchaus nicht! Im Gegenteil, erst die Orientierungshilfe durch in ihren Kriterien gut ausgewählte formale Verfahren ermöglichen dem Arzt einen geschärften Blick und eine differenzierte Beurteilung des Besonderen. Aber sie nehmen ihm die Last des diagnostischen Urteils eben niemals ab.

Diagnostik als Erfassen von Zusammenhängen

Die Interpretierbarkeit von Einzeldaten setzt im übrigen immer die Erfassung eines Gesamtzusammenhanges voraus. Ein solcher Gesamtzusammenhang ergibt sich dabei keineswegs erst im nachhinein als Addition einzelner Daten. Je nach dem Grad der Erfahrungheit des Arztes ist er vielmehr, wenn auch am Beginn des diagnostischen Prozesses noch vage und unstrukturiert, von Anfang an vorhanden und ermöglicht dem Erfahrenen, noch vor dem Vorliegen einzelner Daten, nicht nur eine Verdachtsdiagnose, sondern ggf. auch die – erst später im Zuge der Therapie verifizierte – Anliebsdiagnose.

So ist es etwa eine geläufige Erfahrung, daß erfahrene Psychiater in bezug auf die individuelle diagnostisch-prognostische Einschätzung über ein und denselben Patienten in hohem Maße übereinstimmen, daß diese Übereinstimmung im Hinblick auf die Zuordnung zu einem Krankheitsbild, also im Hinblick auf eine nosologische Klassifizierung, bereits wesentlich geringer ist, daß aber – und das mag auf den ersten Blick kurios erscheinen – diese Übereinstimmung, die Interraterreliabilität, auf der Ebene der Einzelsymptome am allergeringsten ist. Es ist eben nicht wahr, daß der Arzt primär in stochastischen Modellen denkt und bei seinem Vorgehen nur schlechte Statistik betreibt! Viel mehr als dies heute reflektiert wird, so

scheint mir, nimmt er Gestaltzusammenhänge wahr und nimmt er in Gestaltzusammenhängen wahr. Auch wenn der Gestaltbegriff im Bereich der Naturwissenschaften gänzlich aus der Mode gekommen ist: Auf der Ebene praktisch-ärztlichen Tuns werden wir ständig mit ihm konfrontiert. Dort aber, wo es um Gestaltzusammenhänge geht, erweisen sich statistische Modelle als nicht relevant.

Die Diagnose als Vergegenwärtigung im therapeutischen Prozeß

Ich habe bereits darauf verwiesen, daß die Erstellung einer Diagnose – und damit zugleich einer Prognose – kein einmaliger Akt ist, sondern daß es sich hier um einen sequentiellen diagnostisch-prognostischen Prozeß handelt, der sich von der Erst- bzw. Verdachtsdiagnose bis zur Abschlußdiagnose erstreckt, also über den gesamten Zeitraum der Betreuung eines Patienten. Dies schon deshalb, weil die Diagnose – im Gegensatz zur Beschreibung eines Krankheitsbildes – stets gegenwartsbezogen ist, sich stets auf die gegenwärtige Situation des Patienten bezieht und über die der Diagnose entspringende Prognose konkrete Zukunft erschließt. Das Diagnostizieren bedeutet insofern stets auch eine Vergegenwärtigung des Patienten, genauer: eine je neue Aktualisierung der Arzt-Patient-Beziehung. Und darüber hinaus – nämlich über die Prognose – eine wie immer auch gearbete Verbindung mit dem zukünftigen Schicksal des Kranken.

Auch von daher wird deutlich, daß die Diagnose etwas anderes ist als das Registrieren einer Krankheitseinheit, nämlich ein dynamischer Prozeß in der Betreuung eines Patienten. Wie sehr sie sich als solche von der Exemplifizierung allgemeiner Krankheitseinheiten unterscheidet, zeigt sich deutlicher oft als in der Akutversorgung im Rahmen der rehabilitativen Betreuung. Denn was hier in die prognostischen Erwägungen und in die differentialtherapeutischen Überlegungen mit eingeht, reicht weit über den Bereich des typischen Krankheitsgeschehens hinaus. Dies erfordert von den behandelnden Ärzten, genauer: von allen betroffenen Professionen, die Aufmerksamkeit nicht nur auf die „Krank-

heit“ im engeren Sinne zu fokussieren, sondern den Kranken aus wechselnden Perspektiven zu diagnostizieren, also eine Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, eine Perspektivenbeweglichkeit zu entwickeln. Hier gilt es dann, ein in der Akutmedizin vorherrschendes pathogenetisches Denken um Aspekte der Salutogenese nicht nur zu ergänzen, sondern gegeneinander abzuwägen. Und hier spielen hinsichtlich der prognostischen Einschätzung und der Therapiewahl oftmals ganz andere diagnostische Aspekte die mitunter entscheidendere Rolle, nämlich konstitutionelle Aspekte, die prä-morbide Persönlichkeitsstruktur, die soziale, berufliche, familiäre Situation, die Motivierungsfähigkeit des Patienten, auch die Frage nach der Bedeutung der Biographie für den Verlauf und den Umgang mit der Krankheit – sowie schließlich die Frage nach der Bedeutung der Krankheit für die Biographie des betreffenden Menschen. Auch hier zeigt sich, daß der diagnostische Prozeß im Zuge der Spezialisierung notwendigerweise und zu recht längst ein arbeitsteiliger geworden ist, wobei die verschiedenen Berufsgruppen, sollen sie nicht nur Erfüllungsgehilfen eines hypertrophen Selbstverständnisses der Ärzteschaft sein, ihre je eigenen, originären Beiträge zur Diagnose liefern können und müssen, um eigenständig therapeutische Aufgaben übernehmen zu können. Würde es sich bei der Diagnose nur um das Auffinden genereller Gesichtspunkte und Gesetzmäßigkeiten handeln, dann würde der eine ganze Kranke als leibliche, seelische und geistige Individualität, sich allein schon in Folge der arbeitsteiligen Struktur unseres Gesundheitswesens in lauter einzelne Fragmente bzw. Konstrukte auflösen. Gerade die Bezogenheit des Diagnosebegriffs auf eine konkrete Person und damit auf ein unaustauschbar-einmaliges und insofern geschichtliches Geschehen stellt aber den Boden dafür dar, daß Interprofessionalität nicht zu multipler disziplinärer Selbstgenügsamkeit verkommt, sondern daß sich die Vertreter der einzelnen Berufsgruppen – so verschiedenartig auch ihre Ausgangspositionen sind – in ein und derselben Erkenntnis- und Handlungsaufgabe zusammensuchen können.

Fazit für die Praxis

Bei aller inhaltlichen Überholtheit macht es auch heute noch den Charaktere und die Faszination der hippokratischen Medizin aus, daß sie nicht nur therapeutische Lehre, sondern daß sie vor allem eine Diagnose – und damit zugleich eine Prognose – orientierte Medizin gewesen ist.

Um diese Aufgabe des Diagnostizierens, eines Durch-und-durch-Erkennens und Beurteilens der uns anvertrauten Kranken wahrnehmen zu können, benötigen wir stets beides: Ein Wissen um die allgemeinen Regeln und Gesetzmäßigkeiten von Krankheitsprozessen und – ausgerüstet mit diesem Wissen – auf der anderen Seite die Fähigkeit, den einzelnen Kranken in seiner unaustauschbar-einmaligen Situation zu erkennen.

Nur dort, wo wir beide Elemente zur Grundlage unseres ärztlichen Bemühens machen, wo wir in der Begegnung mit dem Kranken sowohl nach den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten fragen als auch bei der Beschäftigung mit dem Allgemeinen den konkreten Patienten nicht aus

den Augen verlieren, wo wir weder holistischen Phantasiegebilden noch reduktionistischen Fiktionen vom Menschen erliegen, wird es uns möglich, eine Diagnose zu stellen, die diesen Namen zu Recht verdient.

Aber es scheint, als ob wir allein mit unseren intellektuellen Fähigkeiten zwar für den Umgang mit objektivierbarem, formalem Wissen schon zu Beginn unserer ärztlichen Tätigkeit gut gerüstet sind, daß wir aber zum Diagnostizieren des individuellen Menschen ein Wahrnehmungsorgan, ein Erkenntnisorgan benötigen, das wir erst mühsam im praktischen Umgang mit kranken Menschen schrittweise ausbilden und weiterentwickeln müssen. Die Ausbildung eines solchen Organs der Wahrnehmung, der Erfahrung, der Auffassung des Anderen in Krankheit und Gesundheit fordert uns nicht nur den Einsatz von rationalem Kalkül, sondern aller unserer Fähigkeiten ab.

In Abwandlung eines Goethesatzes¹ möchte ich daher schließen:

Die Diagnose erfordert den ganzen Arzt, weil sie sich auf den ganzen Kranken bezieht.

¹ Goethe: „Die Medizin beschäftigt den ganzen Menschen, weil sie sich mit dem ganzen Menschen beschäftigt“ (Wilhelm Meister)

Literatur

- Blankenburg W (1982) Kritik der modernen Pharmakotherapie. In: Tellenbach H (Hrsg) Psychiatrische Therapie heute. Enke, Stuttgart
- Gross R (1969) Medizinische Diagnostik – Grundlagen und Praxis. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Kienle G (1978) Ärztliche und technische Leistung. *Ärztl Lab* 24: 1115–1118
- Koch R (1920) Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens, 2. umgearb Aufl. Bergmann, Wiesbaden
- Matthiessen PF (1984) Befund und Befinden in ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie. *Witten: Themen* 2: 8–11
- Matthiessen PF (1994) Zum Paradigmenpluralismus in der Medizin. *Hufeland J* 1994 (3): 61–71
- Matthiessen PF (1995) Gibt es eine Alternativmedizin? Zur Pluralismusfrage in der Medizin. *Das Magazin. Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen* 2: 20–21
- Meador CK (1994) Occasional notes. *N Engl J Med* 3: 440–441
- Preiser G (1988) Richard Koch. Zu Leben und Werk eines Frankfurter Arztes. In: Preiser G (Hrsg) Frankfurter Beiträge zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Bd 1: Richard Koch und die ärztliche Diagnose. Weidmann, Hildesheim
- Rosenhan DL (1973) On being sane in insane places. *Science* 179: 250–258
- Theunissen M (1977) Der Andere. de Gruyter, Berlin
- Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (1996) Systemische Therapie als Begegnung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wieland W (1975) Diagnose. Überlegungen zur Medizinthorie. de Gruyter, Berlin
- Wieland W (1986) Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. Winter, Heidelberg