

Ueber den logischen Charakter der medizinischen Diagnose.

Von Benno Stotopolsky in Zürich.

Die folgenden Betrachtungen bedeuten keine Vermehrung unserer konkreten Kenntnisse, sie sind rein gedanklicher Natur. Aber sie sind auch nicht einmal theoretisch im wahren Sinne des Wortes, da sie kein materielles Problem zum Gegenstand haben; sie beziehen sich vielmehr auf formale Probleme: auf die Methodologie der medizinischen Diagnostik. Eine derartige Untersuchung werden natürlich diejenigen ohne weiteres für wertlos ansehen, denen nur praktisch Brauchbares wichtig erscheint. Jedoch selbst die Vertreter der reinen Forschung dürften im allgemeinen logischen Untersuchungen auf naturwissenschaftlichem Gebiete recht kühl gegenüberstehen, weil sie, der gegenwärtigen Tendenz in der Naturwissenschaft entsprechend, vorwiegend auf konkrete Fragen eingestellt sind. Aber es ist doch ersichtlich, daß der absolute Wert reiner Erkenntnis logischen Einsichten ebenso innewohnt, wie materiellen. Nicht nur das Auge, auch der Geist hat seinen Wissenstrieb. Das gilt selbstverständlich auch für die Medizin, nur daß eben das methodologische Gebiet in der modernen Medizin noch garnicht bebaut ist. Die Technik der medizinischen Diagnostik wird täglich ausgebaut, verfeinert und kritisch analysiert, eine gleiche Behandlung ihrer Methode steht bisher noch aus. Selbstverständlich befolgt jeder Arzt und Kliniker bei der Stellung seiner Diagnosen eine gewisse Methode, selbstverständlich wendet er bestimmte logische Prinzipien dabei an, jedoch nur unbewußt, einer festen Tradition und einem methodologischen Instinkt folgend. Diesen methodologischen Mechanismus zu analysieren und bewußt zu machen bzw. kritisch zu beleuchten, ist Aufgabe einer medizinischen Methodenlehre, zu der die folgenden Zeilen einen kleinen Beitrag liefern sollen.

Die medizinischen Diagnosen sind verschiedener Natur. In der modernen Medizin gebräuchlich ist die Unterscheidung klinischer und pathologisch-anatomischer Diagnosen. Doch ein klarer Begriff wird damit nicht verbunden. Obwohl die Diagnose einer Leukämie, einer perniziösen Anämie einen pathologisch-anatomischen Tatbestand direkt konstatiert, also doch sicherlich eine pathologisch-anatomische Diagnose ist, wird man sie wohl gemeinhin als klinische bezeichnen. Das Gleiche dürfte für viele Diagnosen des Dermatologen, des Ophthalmologen, des Rhinologen, auch des Chirurgen gelten. Wie kommt das? „Klinisch“ und „pathologisch-anatomisch“ schließen sich eben nach dem heutigen Sprachgebrauch nicht aus. „Klinisch“ bedeutet einfach „zu Lebzeiten des Patienten“. Zu Lebzeiten des Patienten lassen sich aber an diesem eben auch pathologisch-anatomische Diagnosen stellen. „Klinische Diagnose“ bezeichnet also keine bestimmte Methode. „Klinisch“ ist kein methodisch, sondern nur ein technisch-praktisch bestimmter Begriff. Leider aber ist der Begriff

des Klinischen auch in dieser rein praktischen Formulierung nicht scharf umrissen. So wird er häufig ganz willkürlich auf die durch Anamnese, Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation gewonnenen Diagnosen beschränkt, während etwa eine Wa.R. als etwas ganz Andersartiges dem Klinischen gegenübergestellt wird. Aus diesem Mangel an einem methodologisch begründeten Begriffe des Klinischen, aus dieser Unklarheit und Willkür fließen dann vom logischen Standpunkt geradezu ungeheuerliche Formulierungen, wie etwa die Antithesen „Klinisch — experimentell“, oder gar „Praktisch klinisch — theoretisch biologisch“ (1). Bei derartigem Mißbrauch des Begriffes „klinisch“ handelt es sich offenbar um eine Verwechslung von Technik und Methode. Eine solche Verwechslung kann unter Umständen, wie das folgende Beispiel aus einem anderen Wissensgebiete zeigen wird, auch sachlich zu schweren Irrtümern führen.

Als die bekannten Präzipitinreaktionen von Friedental, Nuttall u. a. eine gewisse chemische Uebereinstimmung zwischen dem Blute des Menschen und der menschenähnlichen Affen ergaben, da hieß es sogleich — und noch heute herrscht diese Meinung —, nun sei die Stammesverwandtschaft von Affe und Mensch „experimentell“ erwiesen. In Wahrheit aber war dadurch zu den längst bekannten zahlreichen anatomischen Uebereinstimmungen noch eine interessante physiologische getreten, und die Methode, mittels derer man diese ermittelte, ist von der Methode des Anatomen garnicht verschieden. Was verschieden ist, ist nur die Technik. Das eine Mal wurde mit Messer und Pinzette, das andere Mal mit dem Reagenzglas gearbeitet, doch beide Male nach derselben, nämlich nach der vergleichenden Methode. Zwei Objekte wurden verglichen und die Gemeinsamkeit gewisser Merkmale konstatiert. Mit der experimentellen Methode, die auf Isolation und Variation von Bedingungen beruht, um einen funktionellen Zusammenhang aufzudecken, haben die vergleichenden Blutuntersuchungen an Affe und Mensch nichts zu tun, nur daß eben die dabei vorgenommenen Hantierungen dazu verführten, zu meinen, es handle sich dabei um eine Experimentaluntersuchung.¹⁾

Wir gingen davon aus, daß in der neueren Medizin pathologisch-anatomische und klinische Diagnosen unterschieden werden, haben aber gesehen, daß diese Differenzierung für unsere methodologischen Zwecke wertlos ist. Wir müssen von anderen Gesichtspunkten ausgehen.

Insofern als die Naturwissenschaft Beziehungen zwischen den Naturphänomenen aufstellt, kann sie das auf zweierlei Art tun: auf begriffliche und auf reale Art. Wenn ich sage: Scharlach und Typhus haben ein gemeinsames Merkmal, sie werden durch Bakterien hervorgerufen; beide sind Infektionskrankheiten, so ist damit eine begriffliche Beziehung zwischen diesen beiden Naturerscheinungen gefunden, und beide sind zu einem gemeinsamen Oberbegriffe vereinigt worden. Sage ich dagegen: Das systolische Geräusch bei Mitralinsuffizienz kommt dadurch zustande, daß im Moment der Systole an der nicht schließenden Mitralklappe durch das in den Vorhof zurückströmende Blut Wirbelbewegungen entstehen, so ist damit zwischen diesen beiden Phänomenen (dem Geräusch und der Klappenveränderung) eine reale Beziehung gefunden. Beide Phänomene sind in einen funktionellen Zusammenhang gebracht. Die charakterisierten beiden geistigen Tätigkeiten sind voneinander grundverschieden und führen auch zu verschiedenen Resultaten, die eine zur Prägnanz von Begriffen, die andere zur Aufstellung von Kausalzusammenhängen. Es können nun demgemäß auch an den Naturforscher zwei methodologisch ganz verschiedene Aufgaben heranreten: ein vorliegendes Naturobjekt auf seine Merkmale zu untersuchen und danach unter den entsprechenden Begriff zu rubrizieren, zu klassifizieren, es zu „bestimmen“, oder aber für eine vorliegende Naturerscheinung die Ursache anzugeben. Die erste Aufgabe bildet das tägliche Brot des botanischen und zoologischen „Systematikers“, die zweite wird fortwährend dem Physiologen gestellt. Der medizinische Diagnostiker hat es mit beiden Aufgaben zu tun und demgemäß auch methodisch je nach dem vorliegenden Falle ganz verschiedenartiges zu leisten. Hat er z. B. eine psychiatrische Diagnose zu stellen, so verfährt er in der Regel prinzipiell gleich, wie etwa der botanische Systematiker bei einer Pflanzenbestimmung. Er untersucht das vorliegende Objekt (in diesem Falle die Krankheit) auf seine Merkmale und rubriziert es danach unter den zugehörigen Begriff. Die dabei angewandte rein vergleichende Methode (Vergleich des Begriffsinhaltes mit den Merkmalen der Krankheit) möchte ich als medizinische Systematik bezeichnen. Derartige Diagnosen — in der Psychiatrie so häufig — kommen auch in der inneren Medizin vor. Nicht nur Diagnosen, wie etwa „Menièrescher Symptomenkomplex“, sondern auch viele andere, z. B. gerade wie „Grippe“, und ähnlich, vor der Entdeckung des Malariaparasiten, „Malaria“, erscheinen als nichts weiter, denn als bloße Symptomenkomplexe, d. h. als bloße Begriffe. Die Diagnose wird in diesen Fällen durch rein vergleichende Gedankenoperationen gestellt. Es gibt einen Begriff „Grippe“. Er enthält die Merkmale: Akuter Beginn, Fieber, Kopf-, Augen- und Gliederschmerzen, große Hinfälligkeit, katarrhalische Erscheinungen. Der vorliegende Fall wird auf seine Merkmale untersucht, mit dem obigen Begriff verglichen und im Falle der Uebereinstimmung der Merkmale als Grippe bezeichnet, genau so, wie

¹⁾ Eine ausführliche und sehr klare Darstellung dieser logischen Verirrung der modernen Deszendenztheorie hat zuerst Tschulok gegeben in „Das System der Biologie in Forschung und Lehre“ S. 187/191.

irgendeine Pflanze mit ihrem Gattungsnamen. Methodologisch liegt die Sache bei den Diagnosen des Pathologischen Anatomen, sowie bei den direkten Diagnosen des Dermatologen, Ophthalmologen, Laryngologen, obwohl alle diese uns mehr sagen, nicht anders. Hier gibt es eben bestimmte pathologisch-anatomische Begriffe (so, wie dort symptomatologische), deren jeder durch einen bestimmten Merkmalskomplex gebildet wird. Mit ihm wird das vorliegende Objekt verglichen und danach die Diagnose gestellt. Alle diese Diagnosen kommen auf direktem Wege zustande durch eine begriffliche Verwertung des erhobenen Status. Von ganz anderer Art ist die Mehrzahl der Diagnosen der internen Medizin. Sie sind indirekte, erschlossene Diagnosen. Sie kommen durch kausale Verwertung des erhobenen Status zustande. Enthält ein solcher z. B. u. a. die Symptome: Systolisches Geräusch über der Mitralis und akzentuierter zweiter Pulmonalton, so schließe ich aus dem einen auf eine Insuffizienz der Mitralis, aus dem anderen indirekt ebenfalls, und so kommt durch einen Schluß die Diagnose zustande. Der gleiche Denkprozeß vollzieht sich, wenn ich aus dem Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe bei erhaltener willkürlicher Bewegung, kombiniert mit Ataxie und lanzinierenden Schmerzen, auf eine Erkrankung der ersten Neurone der sensiblen Bahn, also auf eine Tabes dorsalis schließe. In allen diesen Fällen ist mit dem Status die Diagnose nicht einfach gegeben, sie muß erst aus ihm erschlossen werden. Das ist im Gegensatz zur medizinischen Systematik pathologische Physiologie.

Der verschiedene Charakter der beiden Arten medizinischer Diagnosen (direkte und indirekte Diagnosen) hat, soweit diese zu Lebzeiten des Patienten gestellt werden, eine gewisse praktische Bedeutung. Bei den direkten, begrifflichen (auch medizinisch-systematischen) Diagnosen ist ein Irrtum kaum möglich; hier wird sich der medizinische Diagnostiker ebensowenig irren, wie der botanische oder zoologische Systematiker bei einer Bestimmung. Es kommt dabei nur auf die richtige Erhebung des Status an. Ganz anders bei den indirekten, erschlossenen Diagnosen. Hier kann der Schluß häufig ein Trugschluß sein, hier kann ein exakter Schluß aus dem Status auf das zugrundeliegende Leiden oft garnicht möglich sein, und nur hier kann die „klinische Diagnose“ durch den Pathologischen Anatomen modifiziert oder ad absurdum geführt werden. Bei den medizinisch-systematischen Diagnosen ist das nicht möglich. Entweder fallen sie mit pathologisch-anatomischen direkt zusammen (hämatologische, dermatologische Diagnosen usw.), oder sie zielen garnicht auf die Angabe von Organveränderungen ab, sondern sind nur Namen für Symptomenkomplexe (viele psychiatrische Diagnosen, Neurosen usw.). In der inneren Medizin geht seit Rokitansky und Skoda die Tendenz dahin, die rein begrifflichen direkten Symptomenkomplexdiagnosen immer mehr durch erschlossene, indirekte Organveränderungsdiagnosen zu ersetzen. Deshalb hat heute der interne Diagnostiker einen weit schwereren Stand als etwa vor 100 Jahren. „Zur Kontrolle der ärztlichen am Krankenbett gestellten Diagnosen dienten (damals) die Sektionen noch wenig, weil die Diagnosen bis dahin nur symptomatisch gewesen waren. Man entnahm sie nur dem Symptomenbild am Lebenden und sprach von Wassersucht, Gelbsucht, Blausucht, hitzigem Fieber, Schlagfluß, Brechdurchfall usw. wie von wesentlichen Krankheiten, während diese Zustände und Vorgänge nichts als die äußeren Erscheinungen innerer physiologischer Geschehnisse und anatomischer Veränderungen sind. Deckte nun nach dem Tode das Messer den Sitz des Leidens und die Natur der krankhaften Veränderungen auf, so lief der Arzt keine Gefahr, durch den Leichenbefund bloßgestellt zu werden. Hatte er z. B. Wassersucht diagnostiziert, so brauchte diese Diagnose keine Bestätigung, sie war unter allen Umständen richtig, die Sektion zeigte nur noch weiter, von wo die Wassersucht ihren Ausgang genommen hatte...“¹⁾

Diese im Vorangegangenen vorgenommene scharfe Trennung der beiden logischen Formen der medizinischen Diagnose scheint eine Analyse der praktischen diagnostischen Betätigung auf den ersten Blick hin nicht ganz zu bestätigen. In der Tat wird scheinbar in praxi bei der Diagnose eines Herzklappenfehlers, einer Tabes dorsalis, die wir doch als typische Schlußdiagnosen charakterisieren, gar kein Schluß gezogen, vielmehr der ermittelte Symptomenkomplex in gleicher Weise, wie bei den begrifflichen Diagnosen nach der vergleichenden Methode unter einen Begriff rubriziert, der sich mit der betreffenden Diagnose deckt. Es vollzieht sich in solchen Fällen bei dem Diagnostiker, gleichgültig, ob er den funktionellen Zusammenhang zwischen Krankheit und Symptomen kennt oder nicht, offenbar folgender Gedankengang: Ich konstatiere fehlende Patellarreflexe, Ataxie, lanzinierende Schmerzen; das ist ein Symptomenkomplex, der sich mit den Merkmalen der Tabes deckt. Der Patient hat demgemäß Tabes. Das wäre ganz der Typus einer medizinisch-systematischen Diagnose. Nun aber ist doch Tabes für den Diagnostiker kein bloßes Wort. Er verbindet doch einen pathologisch-anatomischen Begriff damit, und hier liegt nun der springende Punkt: Die vorhandenen Symptome rubriziert der Diagnostiker in diesem Falle ja gewiß nur in medizinisch-systematischer Weise unter einem Begriff, aber unter den Begriff der „Folgeerscheinungen der Tabes“. Die Tabes selbst aber muß er aus diesen erst noch erschließen. Also beruht diese Diagnose letzten Endes doch auf einem Schlusse. Das erscheint vielleicht etwas haarspälterisch,

ist es aber keineswegs: Ein und dieselben Folgeerscheinungen brauchen nicht immer von der gleichen Krankheit herzurühren. Daher ist ein solcher Schluß nicht eine Banalität, ja manchmal kann er ein Trugschluß sein. Das folgende Beispiel wird das gut illustrieren. Bei einem Leukämischen, dessen riesiger Milztumor die linke Pleurahöhle beträchtlich verdrängt hat, ergibt die Untersuchung des Thorax absolute Dämpfung hinten unten und im Gebiete des Traubeschen Raumes, abgeschwächtes Atemgeräusch und verminderten Stimmfremitus, also alle Symptome einer Pleuritis exsudativa sinistra. Trotzdem ist eine solche hier natürlich nicht vorhanden. Wollte man nun den gefundenen Symptomenkomplex, wie oben in dem Falle der Tabes, einfach unter den (scheinbar!) zugehörigen Begriff Pleuritis subsumieren, so würde man einen schweren Fehler machen. Der gefundene Symptomenkomplex ist nämlich nicht mit dem Begriff Pleuritis, sondern nur mit dem Begriff „Folgeerscheinungen der Pleuritis“ identisch. Aus diesen Folgeerscheinungen wird erst auf eine Pleuritis geschlossen werden und darf eben, wie das Beispiel zeigt, nicht ohne weiteres geschlossen werden. Die Diagnose Pleuritis kann bei Lebzeiten des Patienten nur durch einen Schluß gestellt werden, die direkte begriffliche Stellung der Diagnose ist hier nur scheinbar möglich.

Indem wir also auf den verwirrenden und nur praktisch abgrenzbaren Begriff des Klinischen für die logische Charakterisierung der medizinischen Diagnose verzichteten, kamen wir zu einer Einteilung der Diagnosen in:

I. Begriffliche (direkte, vergleichende, medizinisch-systematische) Diagnosen, worunter auch die pathologisch-anatomischen Diagnosen zu begreifen sind.

II. Kausale (indirekte, erschlossene, pathologisch-physiologische) Diagnosen.

Auf diese beiden Arten von Denkprozessen läßt sich die Methode nicht nur der medizinischen Diagnostik, sondern sämtlicher biologischer Wissenschaften zurückführen, insofern, als sie Phänomene zueinander in Beziehung setzen. Der Biologe S. Tschulok hat diese beiden methodologisch verschiedenen Formen biologischer Forschung als Biotaxie und Biophysik bezeichnet.¹⁾ Die vorstehenden Betrachtungen sind eine Anwendung dieser methodologischen Auffassung auf die medizinische Diagnostik.

¹⁾ Kussmaul, Jugenderinnerungen eines alten Arztes, S. 213 u. 214.