

- lungsprinzipien – so z. B. auch des Diabetes mellitus – findet sich in: Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: Deppe, H.-U. (Hrg.): Vernachlässigte Gesundheit – Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat und Gesellschaft in der BRD. Köln 1980 (erscheint Sommer 1980)
- 58 Committee of Principal Investigators: A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrat. *Brit. Heart. J.* 1978, 40, 1069-1118
- 59 siehe z. B. Überblick bei: Borgers, D.: Milder Hochdruck: Pharmakoprophylaxe oder Primärprävention? *Münch. Med. Wschr.* 1979, 121, 1407-10
- 60 In diesem Zusammenhang muß wohl auch die gegenwärtig in der Bundesrepublik laufende Diskussion über die ethische Bedenklichkeit von klinisch-epidemiologischen Studien gesehen werden. Mit dieser Feststellung soll in keinem Fall die subjektive Redlichkeit der beteiligten Autoren in Zweifel gezogen werden. Es ist jedoch bemerkenswert, daß die gleiche Debatte bereits in den 60er und 70er Jahren in Großbritannien geführt und mit der allgemein akzeptierten Befürwortung klinisch-epidemiologischer Studien als der ethisch besten Lösung abgeschlossen wurde. Einen zusammenfassenden Überblick aus der US-amerikanischen Situation geben: D. Byar et al., *Randomized clinical trials – Perspectives on some recent ideas.* *New Engl. J. Med.* 1976, 295, S. 74 - 80. Von der Diskussion über die ethische Bedenklichkeit klinischer Pharma-Forschung muß deutlich das Problem unterschieden werden, daß Pharma-Unternehmen häufig wissenschaftlich völlig sinnlose, die Patienten belästigende oder gefährdende Studien in Auftrag geben. Zur systematischen Vermengung dieser beiden Problemkreise vgl. z. B. *Der Spiegel/Nr. 37/1978: Experiment gelungen, Patienten tot, S. 54ff*

Bertram Häussler

Das Falldenken als Vermittlung zwischen medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Praxis

Im Rahmen der Problematisierung des Gesundheitssystems und der gegenwärtigen Medizin bekam die Kritik am medizinischen Krankheitsbegriff einen zentralen Stellenwert. Wissenschaftssoziologisch auch unter dem Begriff des ‚medizinischen Paradigmas‘ gefaßt, wurde am herrschenden Krankheitsbegriff eine Reihe eng zusammenhängender Mängel kritisiert. Im Mittelpunkt steht dabei die naturwissenschaftliche Fixierung der Medizin, die Krankheit ausschließlich als eine mit dem Instrumentarium der Naturwissenschaften erklärbare Störung des organismischen Systems versteht und die die Therapie deshalb ausschließlich auf den Körper konzentriert: die Arzneimitteltherapie ist stellvertretend für die gesamte Medizin der herausragende Angriffspunkt. Weiterhin wird der naturwissenschaftliche Reduktionismus der

Medizin mit der fast vollkommenen Vernachlässigung der Prävention sowie der Passivierung des Patienten in Zusammenhang gebracht. Andere Kritiken verstehen den medizinischen Ansatz am Körper als an den Ursachen vorbeigehend, als ‚Symptomkuriererei‘ und verweisen damit auf die gesellschaftsstabilisierende, ideologische Funktion der Medizin.

In den vorliegenden Überlegungen soll die Bedeutung des Krankheitsbegriffes für die unmittelbare medizinische Praxis untersucht werden. Denn neben der „theoretischen Reproduktion der grundsätzlich allen Krankheiten zukommenden Merkmale“, also der „wissenschaftstheoretischen Funktion (..) beinhaltet der Krankheitsbegriff eine wesentlich praktische Dimension, indem er die Kriterien festlegt für die Bestimmung von ‚gesund‘ und ‚krank‘ und damit auch für den Einsatz therapeutischer Maßnahmen.“ (Thoma 1975, S. 38.) Im Unterschied zu den oben angeführten Kritiken, die die Verknüpfung von Krankheitsbegriff und medizinischer Praxis über den ausschließlichen naturwissenschaftlichen Inhalt sehen, soll hier untersucht werden, wie und ob der Krankheitsbegriff bei der einzelnen medizinischen Handlung deren Anleitung sein kann, d. h. ob er in Praxis und Wissenschaft der Medizin hilfreich ist. Es wird damit die Frage nach der Form, der ‚Feinstruktur‘ des Systems medizinischen Wissens und seiner Transformation in die Praxis gestellt. Dabei kann nicht mehr von *dem* Krankheitsbegriff ausgegangen werden, der als allgemeine Kategorie in der medizinischen Praxis umgesetzt wird. Er ist als die Summe vieler einzelner Krankheitsbegriffe zu verstehen, die bei medizinischen Handlungen das Zentrum der Transformation von Wissen bzw. Wissenschaft in die Praxis bilden.

Die Frage nach dem Krankheitsbegriff im einzelnen soll wissenschaftstheoretisch angegangen werden: es wird die Frage nach einer Basiskategorie der Medizin gestellt. Bei der Durchsicht der spärlichen medizinisch-wissenschaftstheoretischen Literatur finden sich immer wieder die Kategorien der ‚Krankheitseinheit‘ und des ‚Falles‘. Dies stimmt mit Alltagserfahrungen aus der Medizin überein: medizinisches Denken und Handeln bewegen sich um ‚Diagnosen‘, um ‚Fälle‘, es wird in Absehung von konkreten Patienten über allgemeine, festgefügte Sachverhalte gesprochen. Auch die Alltagserfahrungen der Betroffenen sind von dieser Problematik mitgeprägt: Im Medizinbetrieb als ‚Fall X‘ behandelt zu werden, ist als Kristallisationspunkt des Unbehagens an der gesamten Gesundheitsversorgung wohlbekannt.

Im folgenden soll deshalb versucht werden, ausgehend von einem kurzen Abriss der Geschichte des Falldenken dessen wesentliche Aspekte herauszuarbeiten. Es sollen dabei sowohl Fragen der ‚Validität‘, also des Angemessenseins an die entsprechenden Strukturen der Wirklichkeit untersucht werden, als auch diejenigen Probleme, die sich

aus der praktischen Dimension des Falles ergeben. Insbesondere soll die Möglichkeit geprüft werden, wie medizinisch-praktisches Handeln durch medizinische Wissenschaft begründet werden kann. Es wird sich eine Kritik an der Kategorie der Krankheitseinheit, am ‚nosologischen Denken‘ anschließen, Notwendigkeiten und Möglichkeiten seiner Überwindung werden angedeutet.

Zur Geschichte des Falldenkens

Als frühe Form des Falldenkens sind die Entstehung von ‚Nosologie‘ und ‚Nosographie‘ im Rahmen der von der praktischen Medizin geschiedenen akademischen Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts zu erwähnen. Sie stehen am Anfang der Verwissenschaftlichung der Medizin und sind im Zusammenhang mit den damals existierenden Wissenschaften, insbesondere der Botanik und der Zoologie, zu sehen. Ihnen nacheifernd, fing die wissenschaftliche Medizin damit an, ihr Gegenstandsgebiet, die Krankheiten, zu beschreiben, ihnen Namen zu geben und alles in eine Ordnung, in ein System zu bringen, also hauptsächlich klassifikatorisch vorzugehen.

Eine Nosologie, ein ‚nosologisches Tableau‘ im damaligen Sinne ist dabei wie das Tier- und Pflanzenreich in Familien, Klassen und Gattungen eingeteilt. Dabei spielen die Bestimmungen des Systems für die Abgrenzung und Einordnung der nosologischen Einheiten eine weit größere Rolle als tatsächliche empirische Beobachtungen. Insbesondere kann die zeitliche Dimension einer Erkrankung keinen Ausdruck finden: zu einer einzigen Krankheit gehörende Phänomene wie z. B. Fieber und Krämpfe werden auseinandergerissen, ihre zeitliche Aufeinanderfolge kann nicht als Ausdruck desselben Leidens verstanden werden. Wie für Tier- und Pflanzenreich wird auch bei den Krankheiten angenommen, daß die gefundene Ordnung gottgewollt ist: „Das Höchste Wesen hat sich bei der Hervorbringung der Krankheiten bzw. bei der Reifung der krankmachenden Körpersäfte von nicht geringeren Gesetzen leiten lassen als bei der Kreuzung der Pflanzen und Tiere.“ (Sydenham, zit. bei Foucault 1973, S. 23.) Da bei dieser Vorgehensweise ärztliche Erfahrung und empirisches Wissen doktrinärer Theorie untergeordnet sind, kann für praktisches Handeln wenig Konsequenz daraus gezogen werden. Der überwiegende Teil der medizinischen Versorgung lag zu dieser Zeit deshalb auch bei den nicht-akademischen Handwerkspraktikern.

Mit der Anfang des 19. Jahrhunderts entstehenden medizinischen Klinik als Ort der Behandlung und Forschung und dem sich herausbildenden ‚anatomischen Gedanken‘ (Morgagni), wurde das Falldenken auf eine neue Basis gestellt: die am Krankenbett beobachteten Fälle

wurden post mortem im Sektionsraum auf Läsionen von Organen und Geweben untersucht. Der Fall dient also zwar weiterhin – bis heute – der Strukturierung des klinischen Denkens, wurde aber über die anatomische Forschung der ‚natürlichen‘ gottgewollten Ordnung entrissen und in den Zusammenhang des Körpers gestellt: er wird zum Gegenstand der Pathologie.

Dieses Wissen über den Körper hat sich bis heute sprunghaft vermehrt und zwar sowohl durch klinische Forschung als auch durch die sich ab der Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelnden medizinischen Grundlagenwissenschaften, die sich in einen mehr morphologischen und einen eher funktionellen Zweig aufteilen lassen. In der Grundlagenforschung – so muß im Hinblick auf die weiteren Ausführungen bemerkt werden – tritt die Bedeutung des klinischen Falles als Ordnungselement zurück. Versucht die Klinik unter seiner Beibehaltung die Vielfalt der krankhaften Erscheinungen zu klassifizieren und fall-spezifische Therapien zu formulieren, so geht es in der Grundlagenforschung um die theoretische Rekonstruktion des Organismus als eines materiellen Systems, dem bestimmte Funktionen zu eigen sind.

Bedeutung und Eigenschaften des Falldenkens und seine Problematik

Für die folgenden Überlegungen müssen einige terminologische Anmerkungen gemacht werden. Es muß zunächst, was in der medizinischen Literatur häufig nicht der Fall ist, zwischen ‚Fall‘ und ‚Krankheitseinheit‘ unterschieden werden. Eine Krankheitseinheit wie z. B. *die* Poliomyelitis, wird von der Medizin als ein Sachverhalt beschrieben, der unabhängig von konkreten Personen existiert. Ein ‚Fall‘ dagegen liegt dann vor, wenn die Erkrankung einer konkreten Person unter eine bestimmte Kategorie, eine Krankheitseinheit, subsumiert worden ist, d. h. eine diagnostische Einordnung erfolgt ist. ‚Fall‘ und ‚Diagnose‘ können deshalb gleichgesetzt werden.

Eine Krankheitseinheit stellt sich zunächst als eine ganz bestimmte Kombination von Symptomen und festgelegten Befunden mit einem Namen, dem der Krankheit, dar; es handelt sich also um eine Definition. Die Art und Weise der Kombination kann dabei verschieden sein: so gibt es ‚pathognomonische‘, d. h. obligatorische und beweisende Symptome oder Befunde, aber auch Symptome und Befunde, die bei vielen verschiedenen Krankheiten vorliegen, also für eine einzelne Krankheit nicht ausschließlich charakteristisch sind.

Hinter der nosologisch-klassifikatorischen Definition steht die Gesamtheit aller derzeit möglichen Sätze aus dem Bereich des Pathologischen, die über eine bestimmte Krankheit ausgesagt werden können.

Neben morphologischen und funktionellen Aussagen ist dabei die Ätiologie von besonderer Bedeutung. Es bleibt das erhoffte Ziel der nosologischen Forschung, „daß es einmal gelingt, ein System zu vollenden, in welchem alle Krankheitsbegriffe ätiologisch zentriert sind. (...) Unvollkommenheiten in diesem System wird man immer mit Lücken erklären, die durch künftige nosologische Forschung noch geschlossen werden müssen.“ (Wieland 1975, S. 121f.) Vom Vorliegen einer ätiologischen Aussage hängt es ab, ob es sich um eine ‚echte‘ Krankheitseinheit oder ein sogenanntes ‚Syndrom‘ handelt. Durch die zumeist auch heute noch ungeklärte Ursachenfrage sind Syndrome weitaus häufiger als echte Krankheitseinheiten. In der Umgangssprache und dem Selbstverständnis der Medizin wird allerdings auch dann von Krankheitseinheiten gesprochen, wenn es sich um Syndrome handelt. Syndrome und Krankheitseinheiten in einem System ‚kasuistischen Wissens‘ (Elsner) zusammenfassend, kommt der Nosologie in der theoretischen und praktischen Medizin eine zentrale Stellung zu. Dieses Wissenssystem strukturiert einen großen Teil der ärztlichen Ausbildung, es dient der ärztlichen Kommunikation über den Patienten, bildet die Grundlage für viele administrative Vorgänge, hilft dem Patienten, seinen Zustand zu benennen und ihm dadurch einen Teil seiner Unsicherheit zu nehmen. Vor allem dient die Krankheitseinheit der klinischen Forschung als Basiskategorie und somit auch der medizinischen Praxis als Bezugspunkt.

Die klinische Forschung bedarf der methodisch-wissenschaftlichen Prüfung ihrer therapeutischen Konzepte. Statistische Verfahren, das ‚klinische Experiment‘ (Feinstein) erfordern dabei die genaue Bezeichnung des dem Experiment unterzogenen Objektes, das von der Krankheitseinheit repräsentiert wird. Dadurch wird versucht, die Bedingungen der Repräsentativität, der Validität und der Reliabilität zu erfüllen. Klinische Forschung identifiziert und definiert demnach die Grundkategorie der Krankheit, stellt durch methodische Prüfungen Beziehungen zwischen Krankheiten, Therapien und Therapieerfolgen her und kodifiziert sie. Bei der Definition von Krankheitseinheiten ist die klinische Forschung natürlich bemüht, möglichst wesentliche Aspekte zusammenzufassen. Würde z. B. das gemeinsame Auftreten von Fieber und Kopfschmerz als Krankheitseinheit definiert, wäre damit weder eine wesentliche Aussage über Krankheitsablauf und Ätiologie gemacht, noch wäre diese Krankheitseinheit therapeutisch sinnvoll; nur ein kleiner Teil aller ‚Fälle‘ wäre z. B. mit Penicillin therapierbar.

Über das konkrete medizinisch-praktische Handeln liegen bisher kaum theoretische und empirische Untersuchungen vor. Der Status der Kategorie der Krankheitseinheit ist diesbezüglich auch unklar. Von medizinischer Seite her fehlen metatheoretische Überlegungen zur Klä-

zung des diagnostisch-therapeutischen Erkenntnis- und Handlungsprozesses weitgehend. Von sozialwissenschaftlicher Seite wird medizinisches Handeln lediglich im juristischen, ökonomischen, organisatorischen, sozialpsychologischen usw. Zusammenhang gesehen. Ausgehend von der Tatsache, daß das Konzept der Krankheitseinheit das derzeit einzige in der Medizin ist, wird im folgenden der Versuch unternommen zu untersuchen, welche Rolle es im medizinischen praktischen Handeln spielen kann.

Medizinisch-praktisches Handeln, als diagnostisch-therapeutischer Gesamtprozeß verstanden, setzt sich aus zwei ineinanderlaufenden, mehr oder weniger langen ‚Spiralen‘, einer diagnostischen und einer therapeutischen, zusammen. Die ‚diagnostische Spirale‘ (Gross) bezeichnet das fortgesetzte Abwechseln von logischem Schließen und diagnostischer Befunderhebung, an dessen Ende eine mehr oder weniger gesicherte Diagnose steht. Die diagnostische Spirale beginnt damit, daß der Arzt bereits nach den ersten Eindrücken eine vorläufige Diagnose stellt. Diese „muß nun auf ihre Richtigkeit gegenüber neuen Informationen, Labordaten, gezielten Untersuchungen usw. deduktiv geprüft werden. (...) Die vorläufige Diagnose wird dabei entweder verifiziert oder falsifiziert und damit verworfen. Wenn die meisten physikalischen und chemischen Untersuchungen die vermutete Diagnose nicht bestätigen oder widerlegen, beginnt der ganze Prozeß nochmals, diesmal aber bereits mit eingeeengten differential-diagnostischen Hypothesen.“ (Gross 1975, S. 579.)

Wissenschaftlich angeleitete Therapie greift auf die oben erwähnten Ergebnisse der klinischen nosologischen und therapeutischen Forschung zurück. Auf der Basis der gewonnenen, mehr oder weniger gesicherten Diagnose werden die erforschten Zusammenhänge zwischen Krankheitseinheiten, therapeutischen Handlungen und Erfolgen daraufhin überprüft, welche der alternativen Handlungen zu dem Ergebnis mit dem größtmöglichen ‚Nutzen‘ bzw. Erfolg führt. (Vgl. Hofer 1974.)

Diese Ausführungen beschreiben das bisher einzige Konzept der Medizin für eine wissenschaftliche und methodische Grundlage ihres Handelns. Danach ermöglicht es das nosologische Krankheitsverständnis, der klinisch-wissenschaftlichen Forschung als theoretische Basis zu dienen und der diagnostisch-therapeutischen Praxis eine wissenschaftliche Legitimation für ihr ‚vernünftiges Handeln‘ zu geben. Zugestandene Mängel werden als durch fleißige Forschungsarbeit behebbar interpretiert. Dies gilt zum einen für den mangelnden Systemcharakter des nosologischen Wissens. Dem Ideal der ätiologisch definierten Krankheitseinheit widerspricht die überwiegende und rasch zunehmende Zahl von nicht ätiologisch bestimmbar Syndromen sowie die

Heterogenität der Konstruktionsprinzipien der einzelnen Krankheitseinheiten: pathogenetisch, morphologisch, symptomatisch, therapeutisch und funktionell zentrierte Definitionen stehen nebeneinander (Wieland 1975, S. 122). Zum anderen sind die einzelnen Krankheitseinheiten nicht ‚randscharf‘ definiert, d. h. daß sich die Definitionen der einzelnen Krankheitsbilder so überschneiden, daß die diagnostische Subsumtion eines individuellen Zustandsbildes schon aus prinzipiellen Gründen nicht möglich ist. „Schon aus diesem Grunde haben konkrete Diagnosen je nach dem Typus des dem Patienten zugeordneten Krankheitsbildes ganz unterschiedliche Gewißheitsgrade.“ (Wieland 1975, S. 121.)

Nach dieser Darstellung der Konzeption der Krankheitseinheit, die hier als die bisher einzige einheitliche wissenschaftliche Grundlage des medizinischen Handelns angesehen wird, soll nun nach ihrer Zulänglichkeit und Nützlichkeit gefragt werden. Es soll danach gefragt werden, ob sie ihrem ‚Gegenstand‘, dem erkrankten Menschen, angemessen ist und ob sie dem handelnden Arzt eine wirkliche Basis bieten kann. Dies ist zu bezweifeln, wenn man grundlegende Eigenschaften dieser nosologischen Krankheitsauffassung betrachtet. Die nosologische Krankheitsauffassung ist dadurch gekennzeichnet, daß sie bei ihrer Kategorienbildung von drei wesentlichen Aspekten abstrahiert und sie dadurch unberücksichtigt läßt. Sie abstrahiert von

- a. der Dynamik des Krankheitsgeschehens,
- b. der Individualität jeder Erkrankung,
- c. den psychischen und sozialen Bedingungen der Krankheit.

zu a: Krankheitseinheiten sind Abstraktionen von prozeßhaftem Geschehen. Sie sind allgemeine Sachverhalte, deren spätere Diagnose ebenfalls wieder zeitlich punktförmig zu verstehen ist. In den nosologischen Symptomkombinationen in ihrer klassischen Form ist das Moment der Bewegung von Symptom zu Symptom bzw. von einem organischen Stadium zu einem anderen nicht erfaßt, obwohl diese Bewegung sehr wohl gesetzmäßigen Charakter haben und erklärbar sein kann. Eine definierte Krankheitseinheit kann nicht sie selbst und gleichzeitig eine andere sein; dies würde den Bedingungen der Exaktheit und Diagnostizierbarkeit widersprechen. Gerade aber die Dynamik spielt im Krankheitsgeschehen eine wesentliche Rolle. Zunächst ist dabei an die körperliche Eigendynamik zu denken. Z. B. läßt sich die Dynamik des Krankheitsbildes einer Glomerulonephritis nach ‚Auslösung‘ durch einen Infekt weder in ihrer detaillierten Pathogenese noch in ihrer prognostischen Dimension zuverlässig beschreiben. Was unter ‚Glomerulonephritis‘ als Krankheitseinheit verstanden wird, bezeichnet kein einheitliches Bild. Auch die Konstruktion bzw. Erweiterung in verschiedene pathomorphologische Sub-Krankheitseinheiten erlaubt

keine nur annähernd zuverlässige prognostische Aussage. Hinzu kommt eine weitere Dynamik, die durch das ärztliche Eingreifen einsetzt. Ärztliches Eingreifen erzeugt – im nosologischen Denken ausgedrückt – einen veränderten Zustand: es entsteht eine Handlungskette der Form „Krankheit K – Therapie T – das Resultat K'“, eine veränderte Krankheitseinheit. Da solche Handlungsketten jedoch durch die oft große Zeitspanne ärztlicher Behandlung mehrfach verlängert werden, ergibt sich das Problem, die einzelnen Zwischenschritte K', K'... kategorial zu erfassen, denn nach erfolgter Behandlung ist es nicht mehr die ursprüngliche Krankheitseinheit, die therapiert wird. So ist z. B. das klinisch erstmalig aufgetretene Krankheitsbild einer reumatoiden Arthritis sowohl nach Symptomatik als auch zum Teil nach Laborbefunden sowie nach Prognostik und therapeutischer Dimension eine andere Einheit als die Krankheitseinheit ‚rheumatoide Arthritis‘ bei einem Patienten, der hierunter seit 10 Jahren leidet. „Würde man dieser wirklichen Struktur krankhaften Geschehens mit Diagnosen (d. h. Subsumtionen unter Krankheitseinheiten – B. H.) gerecht werden wollen, so müßte man sie im Verlaufe eines solchen Geschehens dauernd ändern oder mit Beiwörtern situationsgerecht überprüfen.“ (Hartmann 1972, S. 121.) Nosologische Kategorien, konsequent zu Ende gedacht, müßten praktisch für sämtliche Therapiestufen ermittelt und kategorisiert werden und ihre Zahl praktisch ins Unendliche gesteigert werden.

zu b: Krankheitseinheiten, als Zusammengriffe allgemeiner Sachverhalte, klammern individuelle Besonderheiten als randständige aus. Es spielt dabei zunächst keine Rolle, ob es sich um Individualitäten aus dem organismischen Bereich oder aus dem psychisch-sozialen Bereich handelt. Nicht in Krankheitseinheiten enthaltene Informationen über individuelle Besonderheiten können im diagnostischen und therapeutischen Prozeß deshalb auch nicht berücksichtigt werden. So ist z. B. die Krankheitseinheit ‚ischämischer Insult‘, der übliche Schlaganfall, der durch eine Minderdurchblutung und nicht durch eine zerebrale Blutung verursacht ist, vorwiegend auf der Basis der angenommenen Pathogenese und des Erscheinungsbildes (Halbseitenlähmung, Sprachstörung etc.) definiert. Die Tatsache der sehr hohen Variabilität des Verlaufes oder die Tatsache, daß bei allen bekannten Therapieverfahren möglicherweise nur einige wenige Patienten von diesen Verfahren profitieren, weist darauf hin, daß im gewählten Beispiel prognostische und therapeutische Aspekte in die Definition der Krankheitseinheit keinen nennenswerten Eingang gefunden haben. An diesem Beispiel kann die Frage gestellt werden, ob es wissenschaftlich und therapeutisch gerechtfertigt ist, alle Patienten mit Halbseitenlähmung, Sprachstörung und mangelnder Durchblutung unter der Krankheitseinheit ‚ischämischer Insult‘ zusammenzufassen, wo doch individuelle Besonderheiten wie

der Blutdruck, der aktuelle Blutzuckerwert, der Hämatokrit, das Alter des Patienten und anderes diagnostisch, therapeutisch und prognostisch eine größere Rolle spielen kann. Zwar ist die Möglichkeit denkbar, Sub-Einheiten zu bilden, die alle individuellen Größen erfassen, wodurch die grundsätzliche Problematik der Erfassung individueller Zustände durch nosologische Begrifflichkeiten jedoch nicht gelöst wird, wie unten noch gezeigt werden wird. An diesem Beispiel sollte auch deutlich werden, wie problematisch die Nützlichkeit des nosologischen Konzeptes für die medizinische Praxis und Wissenschaft ist. Besonders dann, wenn die Therapie sich starr an die diagnostizierte Krankheitseinheit hält, wenn sie ‚schulmäßig‘ als ‚Fall X‘ durchgeführt wird, sind therapeutische Nicht- oder Mißerfolge wahrscheinlich.

zu c: Daß die heutige naturwissenschaftliche Medizin besonders von psychischen und sozialen Momenten abstrahiert und welche negativen Konsequenzen sich daraus ergeben, soll hier nicht gesondert ausgeführt werden. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß theoretisch psychosoziale Momente in nosologische Kategorien gefaßt werden könnten. Sie würden dann wie organische Daten erfaßt werden, wobei jedoch der lebensgeschichtliche Sinnzusammenhang, in dem sie für den Patienten stehen, im nosologischen Formalismus völlig untergehen würde. In der Realität kommt es jedoch deshalb erst gar nicht zu einer Berücksichtigung der psychosozialen Dimension, da eine therapeutische Einflußnahme auf diesen Bereich meist gar nicht zum Aufgabenbereich der Medizin gerechnet wird. Selbst, wenn wie beim Beispiel der Patienten mit essentiell Hochdruck, die psychosoziale Dimension gesehen wird, die die Krankheitseinheit ‚essentieller Hochdruck‘ mitbestimmt (Bluthochdruck fördernde Arbeitsplätze, konfliktvolle Familiensituationen etc.), so findet dies in der Regel bei der Therapie keinen Eingang.

Bezüglich zeitlicher, individueller und psychosozialer Besonderheiten, so hat sich gezeigt, besteht eine Spannung zwischen dem tatsächlich Vorliegenden, der Erkrankung eines bestimmten Patienten und der darauf bezogenen Kategorie der Krankheitseinheit. Begriff und Gegenstand fallen auseinander. Krankheitseinheiten, als ‚Modelle‘ im weitesten Sinne verstanden, besitzen zumindest für zeitliche, individuelle und psychosoziale Momente des Objektbereiches eine eingeschränkte Validität.

Auf der Basis des nosologischen Denkens betritt die Medizin nun die folgenden zwei Wege, um trotz der eingeschränkten Validität der nosologischen Kategorien handlungsfähig zu bleiben.

a. durch Differenzierung und Erhöhung der Zahl der Kategorien werden diese den Einzelfällen angepaßt,

b. die Spannung zwischen Begriff und Einzelfall wird hingegenommen und nach alternativen Orientierungen für praktisches Handeln gesucht.

Es ist nun zu fragen, welche Folgen sich aus diesen Versuchen ergeben.

zu a. Die von Dynamik und Individuellem abstrahierenden Kategorien werden individuellen Sachverhalten immer stärker angepaßt. Die Dynamik betreffend heißt dies, das nosologische System um die Gesamtheit aller Krankheitseinheiten zu erweitern, die das Resultat diagnostisch-therapeutischer Prozesse sind, also um K' , K'' ... Das Individuelle betreffend heißt dies, für Abweichungen von einer Krankheitseinheit selbst nochmals eine Kategorie zu bilden; für Abweichungen davon eine weitere und so fort. Dies hieße beispielsweise, nicht mehr von der Krankheitseinheit ‚akutes Nierenversagen‘ sondern von der Einheit ‚akutes Nierenversagen/postoperativ/bei bestehender pulmonaler Insuffizienz/beim Alter X des Patienten/beim Blutdruck Y/bei der familiären Lebenssituation Z etc.‘ zu sprechen. Somit käme es zu einer maßlosen Vermehrung der Zahl der Krankheitseinheiten; erst recht wäre dies der Fall, wenn zusätzlich zu somatischen Individualitäten noch solche aus dem Bereich des Psychisch-Sozialen aufgenommen werden würden. In letzter Konsequenz führte dies also zu einer symptomatischen Angleichung der Zahl der nosologischen Kategorien an die Zahl der denkbar möglichen Fälle, also gegen unendlich. Die aktuelle Anzahl von 30 000 bis 50 000 Kategorien würde damit noch weit überschritten. Die nosologische Art der Abstraktion treibt so aber ihrer eigenen Aufhebung entgegen, denn durch die Angleichung der Begriffe an die empirischen Einzelfälle wird Abstraktion und damit Theorie aufgehoben. Das Endresultat wäre die Abschaffung von Allgemeinbegriffen und die Reduktion auf einen absoluten Empirismus, der nur noch Aussagen der Art zuläßt, daß ein Zustand vorliegt, weil er eben vorliegt. Eine wesentliche Funktion von Theorie, die der Reduktion von Komplexität, ginge damit verloren.

zu b. Eine derartige Entwicklung ist jedoch weder praktisch noch theoretisch-logisch möglich. Medizinisch-praktisches Handeln auf der Basis der Nosologie richtet sich deshalb weiter auf die Spannung zwischen Kategorie und Einzelfall ein und versucht, mit alternativen Orientierungen zu diagnostisch-therapeutischen Entscheidungen zu gelangen. In diesem Sinne trifft Hartmann die „Feststellung, daß jede Beobachtung, jede Einsicht, mag man sie nun Erkenntnis nennen oder nicht, Ausgangspunkt für ärztliche Entscheidungen und Handeln sein kann.“ Dies sei wichtiger „als dieses Tätigwerden des Arztes von einer Diagnose abhängig zu machen.“ (Hartmann 1972, S. 120.) Zur Verdeutlichung soll ein Beispiel angeführt werden: „Unter mehreren Phar-

maka, die bei einer bestimmten Diagnose angewendet werden können, kommt ein Mittel dann nicht in Betracht, wenn der Patient gegen dieses Mittel bereits eine Allergie entwickelt hat. Hier liegt eine therapeutische Differenzierung vor, die nicht auf der Diagnose der zu behandelnden Krankheit beruht, sondern durch eine Disposition, nämlich durch eine bestimmte Reaktionsweise des von der diagnostizierbaren Krankheit befallenen Individuum erzwungen wird.“ (Wieland 1975, S. 33.)

Diese alternativen Orientierungen stützen sich hauptsächlich auf ein Wissen, das unter Umgehung nosologischer Abstraktionen besonders in der medizinischen Grundlagenwissenschaft entstanden ist. Eine unvollständige Aufzählung alternativer Orientierungen müßte enthalten: individuelle Reaktionsweisen, Allergien, Konstitutionen, Umweltbedingungen, Partialfunktionen einzelner Organsysteme etc. (Vgl. Wieland 1975, S. 33, 109, 110, 115, 130). Im Unterschied zur Angleichung der Begriffe an die Einzelfälle ergibt sich durch die alternativen Orientierungen folgendes Dilemma: Die Nosologie strukturiert Denken und Handeln, impliziert aber, daß ihrer Anwendung in der therapeutischen Praxis aufgrund der Spannung zwischen Kategorie und Einzelfall prinzipielle Grenzen gesetzt sind. Andererseits existiert ein alternatives Wissen, das zur diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsfindung auch herangezogen wird. Dieses Wissen ist aber weder systematisch entwickelt, noch gibt es einen geregelten Modus seiner Anwendung, insbesondere wie und wann die beiden Wissenssysteme alternativ angewandt werden sollen. „Es gibt gegenwärtig keine standardisierte Methode, Logik, Ordnung, System, Struktur oder rationales Verfahren zur Klassifikation der klinischen Daten menschlicher Krankheit.“ (Feinstein 1967, S. 124f – Übersetzung B.H.) Gleiches gilt für den therapeutischen Prozeß. Die Existenz von mindestens zwei konkurrierenden Entscheidungsgrundlagen führt aber zur systematischen Blockierung der Anwendbarkeit von Wissenschaft. Dieser Mangel im System medizinischen Wissens wird auf den einzelnen Arzt abgewälzt. Er muß zwischen den verschiedenen Orientierungen auswählen, ohne daß ihm ein Konzept oder gar eine integrierende theoretische Vorstellung vom Menschen dazu zur Verfügung stehen. Wie er letztlich handelt, ist von seiner individuellen Erfahrung abhängig, die sich isoliert und ohne theoretische Unterstützung bilden mußte. Der diagnostisch-therapeutische Prozeß bekommt dadurch tendenziell den Charakter des Zufälligen und Nichtbegründbaren, was Feinstein ‚clinical judgment‘ nennt. „Jeder Kliniker weiß sehr gut, daß seine therapeutischen Entscheidungen permanent nicht nur von einem diagnostischen Etikett beeinflusst sind, sondern auch von den Schattierungen seiner eigenen klinischen Beobachtung. Jeder Kliniker klassifiziert und wendet diese klinischen Schattierungen andauernd an und zwar nicht nur

bei den Schlußfolgerungen seiner diagnostischen Überlegungen, sondern besonders bei den Entscheidungen und Bewertungen der Therapie. Der Kliniker bemerkt jedoch selten seine eigenen Klassifikationen und die Anwendung dieser Schattierungen, weil er sie informell, mannigfaltig oder unbewußt macht – mit all den offenkundigen oder versteckten Nuancierungen einer Schattierung. Indem er glaubt, daß seine Unterscheidungen nicht identifizierbare Nuancen seien und indem er nicht in der Lage ist, den Weg zu bezeichnen, auf dem er sie benutzt, kommen ihm seine eigenen therapeutischen Überlegungen als eine nicht reproduzierbare Handlung vor und er nennt sie das klinische Urteil (clinical judgment).“ (Feinstein 1967, S. 125 – Übersetzung B.H.) Es fehlt also eine Methodik, derartige Erfahrungen mit Theorie zu verbinden, da Diskurs und Abstraktion stark behindert sind; die Theoriebildung ist erschwert. Letztlich leitet dies über zu Entscheidungsregeln, denen eine Wissensbasis vollständig fehlt: „Wegen der Komplexität und Unfertigkeit medizinischer Wissenschaft in Forschung und Praxis muß notwendig immer wieder auf außermedizinische Entscheidungs- und Interpretationsregeln zurückgegriffen werden.“ (Elsner 1975, S. 85.) Diese bestehen in Magie und Irrationalität: „die wichtigsten Eigenschaften, die der Arzt besitzen muß, sind irrational, also nicht meßbar.“ So betrachtet sind zwei Drittel von dem, was der Arzt in seiner Sprechstunde treiben muß, Psychotherapie – und magische Heilkunde.“ (Lippross 1971, S. 24 und 95.)

Aspekte einer zukünftigen Medizin: gegenständliches statt nosologisches Denken

Die oben dargestellten ‚alternativen Orientierungen‘ medizinischen Denkens und Handelns weisen in eine Richtung, die für die zukünftige Medizin charakteristisch sein dürfte. Bei dieser Entwicklung spielen zwei Momente eine wesentliche Rolle: das sich verändernde Krankheitsspektrum und die Zunahme medizinischen Wissens, d. h. die zunehmende Fähigkeit der medizinischen Wissenschaft, den komplexen Zusammenhang des menschlichen Organismus und des gesamten Menschen theoretisch zu reproduzieren.

Während der Entstehung der naturwissenschaftlich fixierten Medizin und des nosologischen Denkens hatten bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts die akut-infektiösen Krankheiten absoluten Vorrang vor den chronisch-funktionellen; die Entstehung sowohl der naturwissenschaftlichen Ausrichtung als auch des nosologischen Denkens müssen in diesem Zusammenhang gesehen werden. Nosologische Kategorien haben für diesen Typus eine größere Validität: ihre Ätiologie ist häufig geklärt und von einfacherer Art; ihr Verlauf ist meist kurz, genau

beschreibbar, eng umgrenzt und variiert weniger von Individuum zu Individuum; körperliche Manifestationen sind meist deutlich und begleiten fast die gesamte Erkrankung. Bei diesen Krankheiten ist es demnach am ehesten angebracht, sie als selbständige Entitäten zu betrachten, ihnen ein eigenes Wesen zuzuschreiben, sie als *die Pest, die Cholera* etc. zu bezeichnen. Es ist allerdings zu beachten, daß lange Zeit nur Teilmomente der Ätiologie bekannt waren: die Infektionserreger. Heute ist bekannt, daß diese nur eine notwendige Voraussetzung für die jeweilige Erkrankung sind. Ob jedoch der Kontakt mit dem Erreger zur Krankheit mit klinisch faßbaren Symptomen führt und wie der Krankheitsverlauf sich entwickelt, ist nachgewiesenermaßen vom Ernährungszustand sowie dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden abhängig. Wie McKeown in einer sehr überzeugenden historischen Analyse zeigen konnte, ist die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten wesentlich aus der Verbesserung der Lebensumstände zu erklären und nicht nur aus der Zurückdrängung und Bekämpfung der Infektionserreger.

Im 20. Jahrhundert hat sich das Spektrum beständig auf die Seite der chronisch-funktionellen Krankheiten verschoben. Bei chronischen Erkrankungen lassen sich selten deutlich voneinander abgrenzende Symptommuster zusammenfassen – unter anderem die Folge dessen, daß der Körper in einer relativ langen Latenzphase versucht, seine normale Funktionsweise aufrechtzuerhalten: „Es entstehen flüchtige Symptome, die bald wieder verschwinden. Andere verstärken sich und bleiben schließlich übrig, wenn die Auseinandersetzung zu einer umschriebenen Störung mit ihren Ausläufern geführt hat.“ (Rothschuh 1965, S. 188.) Das Ziel der nosologischen Kategoriebildung, genau definierte, zeitlich punktförmige Symptommuster zusammenzufassen und ätiologisch auszurichten, kann bei chronischen Erkrankungen aufgrund deren dynamischer Struktur nur sehr schlecht erreicht werden; nosologische Kategorien sind bezüglich chronischer Erkrankungen sehr eingeschränkt valide, wodurch die Notwendigkeit und die Möglichkeit ihrer Ablösung gegeben ist: „Der Zustand des Kranken und damit der Ansatzpunkt zur Therapie ist dynamisch und zeitbezogen. Er kann durch statische Klassifikationen nicht hinreichend gekennzeichnet werden.“ (Hartmann 1972, S. 121.)

Bei der Entstehung alternativer Orientierungen des Denkens und Handelns spielen nicht-nosologische Kenntnisse, vor allem über den Organismus als komplexes System, eine zunehmende Rolle. Dies zeigt eine Zielrichtung der Neufassung medizinischer Begrifflichkeiten an: „An die Stelle der Entitäten tritt das Rechnen mit quasi-stationären Durchgängen, mit Parametern und Organlimits, wird das allzu rigide Schema von Gesundheit und Krankheit durch Bestimmung von Aber-

rationen innerhalb von gewissen Schwankungsbreiten und Stabilitätsgrenzen ersetzt.“ (Lüth 1972, S. 109.) Damit bildet sich aber ein neues Verhältnis von medizinischer Theorie und der Realität krankhaften Geschehens heraus: An die Stelle kasuistischen Denkens tritt ein Denken, das einen umfassenden Begriff vom ganzen Menschen, zumindest von seinem Körper, hat. Dies soll als ‚gegenständliches Denken‘ bezeichnet werden.

Unter dem herrschenden, wohlgerneht unzulänglichen naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin entsteht in der Form des kybernetischen Theoriebildungsprinzips ein solches alternatives Denken und Handeln. Die Kybernetik bietet auf der Basis der organismischen Auffassung vom Menschen das, was die Nosologie nicht kann: sie stellt ein Instrument zur Modellierung der komplexen Funktionsabläufe des Organismus zur Verfügung, aus dessen konkretisierten Elementen gleichzeitig ein Schema für Krankheiten abgeleitet werden, Krankheit also in Begriffen des Körpers gefaßt werden kann. „Überträgt man dieses stark vereinfachte Modell auf die Definitionsversuche von Krankheit, so können wir sagen: Krankheit ist eine Störung des Regelverhaltens. Unter Störung soll hier eine nicht optimale Sollwerteneinstellung verstanden werden.“ (Höpker 1977, S. 3.) In der Praxis ist damit die Möglichkeit gegeben, nosologisches Denken in der Form starrer „Krankheit – Therapie – veränderte Krankheit“-Ketten abzulösen: „Das Einbahnstraßenverhältnis Diagnose → Therapie“ würde ersetzt „durch ein Fließgleichgewicht, ein Wechselverhältnis von Krankheitsablauf und Therapie, in dem der Arzt oft mit technischen Hilfen Ist- und Sollwerte gegeneinander abgleicht.“ (Hartmann 1972, S. 11.) Aber auch die Kybernetik, die sämtliche Momente der Realität als gleichartige in einen sinnleeren, nicht verstehbaren Zusammenhang setzt, ist nicht in der Lage, einen umfassenden Begriff vom Menschen zu liefern.

Mit der zuletzt dargestellten Tendenz sollte gezeigt werden, daß in der theoretischen und praktischen Medizin eine Entwicklung notwendig und möglich wird, die sich durch eine Abkehr von der nosologischen Fassung des Krankheitsbegriffes auszeichnet und sich am ‚Gegenstand Mensch‘ orientiert, nicht an einer von ihm isolierten Größe, der ‚Krankheit‘. In diesem Sinne ist die Einbeziehung der Kybernetik als ein gewisser Fortschritt zu bezeichnen, der jedoch so lange unbefriedigend bleiben muß, so lange es nicht gelingt, die körperliche, die psychische und die soziale Dimension menschlichen Lebens in das medizinische Denken und Handeln zu integrieren, eine ‚allgemeine und integrierende Theorie der Medizin‘ (Thoma 1975, S. 37) zu schaffen.

Literaturverzeichnis

- Elsner, Gine: Medizinische Wissenschaft und ärztliche Tätigkeit, in: Gewerkschaften und Medizin 5, Westberlin 1975.
- Feinstein, Alvan, R.: Clinical judgment, New York 1967.
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik, München 1973.
- Gross, R.: Zur allgemeinen Theorie der medizinischen Diagnostik und Therapie; in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 35/1975.
- Hartmann, F.: Begriff und Funktion der Diagnose; in: Münch. medizinische Wochenschrift, 114. Jhg., Heft 4, Jan. 1972.
- Höpker, Wilhelm-Wolfgang: Das Problem der Diagnose und ihre operationale Darstellung in der Medizin, Berlin-Heidelberg-New York 1977.
- Hofer, E.: Die ärztliche Entscheidung; in: Deutsches Gesundheitswesen, 1974, H. 6-10.
- Lippross, O.: Medizin und Heilerfolg, Frankfurt a. M./Hamburg 1971.
- Lüth, P.: Kritische Medizin, Reinbek 1972.
- Rothschuh, K.E.: Prinzipien der Medizin, München/Berlin 1965.
- Thoma, P.: Zur Bedeutung der Mensch-Umwelt-Beziehung in der Medizin – Zur theoretischen Begründung der Medizinsoziologie; in: Geissler, B./Thoma P. (Hrsg.): Medizinsoziologie, Frankfurt a. M. 1975.
- Wieland, W.: Diagnose – Überlegungen zur Medizintheorie, Berlin/New York 1975.

Gunther Kruse

Situation und Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratungsstellen am Beispiel der Beratungsstelle Linden (Hannover)*

Im Januar 1972 wurde in Hannover die erste sozialpsychiatrische Beratungsstelle eröffnet, es folgten vier weitere. Die Initiative ging im wesentlichen von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) aus. Von dort wurde auch die Sektorisierung Hannovers in 5 Bereiche mit jeweils einer Beratungsstelle vorangetrieben, die mit dem zugeordneten psychiatrischen Krankenhaus zusammenarbeiten. Die Vorgeschichte und die Erfahrungen mit der sektorierten Psychiatrie hat *Bauer*¹ für den Hochschulbereich ausführlich dargestellt. Basaglia soll die Modelleinrichtung der MHH das „Brasilia der deutschen Psychiatrie“² genannt haben.

*Dieser Aufsatz beruht in einigen Teilen auf einer Darstellung⁴¹ in den „Sozialpsychiatrischen Informationen“, die vom Team der BS Linden erstellt wurde.