

# WAS INTERNISTEN wissen müssen

Über die Faszination des diagnostischen Prozesses

→ Franco Salomon

**D**er diagnostische Prozess ist die intellektuelle Faszination in unserem Beruf. Er fordert uns auf allen Ebenen und er verlangt ein hohes Mass an Hingabe und Konzentration. Er ist Quelle von Freud und Leid.

Der erste Teil des diagnostischen Prozesses ist der Hypothesenbildung gewidmet. Die Geschichte des Patienten, und die Befunde der körperlichen Untersuchung lösen gewisse Diagnosen oder diagnostische Kategorien aus. Der zweite Teil dient der zusätzlichen Beschaffung, Verarbeitung und Überprüfung von Informationen. Man wird zusätzliche Untersuchungen anordnen, diese interpretieren und versuchen, ein kausales Modell für das Krankheitsbild zu erarbeiten und man wird überprüfen, ob darin alle wesentlichen Beschwerden und Befunde auch wirklich erklärt sind. Dies ist kein geradliniger Prozess, sondern er verläuft in Schlaufen. Man geht oft wieder zurück, erhebt nochmals und detaillierter Beschwerden und Befunde – bis man zu einer Diagnose kommt.

Bei unserer Arbeit sollten wir uns von folgenden Grundgedanken leiten lassen:

**Neugier:** Wenn der diagnostische Prozess die Grundlage des internistischen Handelns ist, so ist die Neugier die treibende Kraft, sozusagen der Bewegungsapparat der Inneren Medizin. Neugier auf Geschichten – denn Auskultationsbefunde, Laborwerte, Röntgenbilder, Diagnosen mögen sich wiederholen. Doch die Geschichten, die wir von den Menschen hören, sind einmalig.

Überspitzt gesagt: Es gibt keine langweiligen Patientinnen und Patienten, sondern nur langweilige Kolleginnen und Kollegen. Dazu gibt es eine schöne Anekdote der US-amerikanischen Internistin Faith Fitzgerald. Bei den morgendlichen Besprechungen der Neueintritte liess sie sich – im Gegensatz zu den meisten anderen Vorgesetzten – von den Assistenten jeweils den langweiligsten Fall

vorstellen. Eines Morgens wurde ihr eine ältere Dame vorgestellt, eingeliefert als sogenannter Pflegenotfall, weil sie aus ihrer Wohnung herausgeworfen worden war. Das Gespräch mit der Patientin ergab keine interessanten Anhaltspunkte. Sie hatte ein Leben lang in einem Hotel als Zimmermädchen gearbeitet und anscheinend ein einzigartig ereignisloses Dasein gefristet. Faith Fitzgerald versuchte verzweifelt, irgendetwas Interessantes zu finden.

Kurz vor dem Eingeständnis, dass ihre goldene Regel auch Ausnahmen hatte, fragte sie: «Wie lange leben sie schon in San Francisco?» «Jahrzehnte», war die Antwort. «Vor dem Erdbeben?» «Nein, nachher.» «Woher kamen Sie?» «Irland.» «Wann war das?» «1912.» «Waren Sie schon einmal in einem Spital?» «Einmal.» «Wieso?» «Armbruch.» «Wie kam es zu diesem Armbruch?» «Ein Koffer ist darauf gefallen.» «Ein Koffer?» «Ja.» «Was für eine Art von Koffer war denn das?» «Ein Überseekoffer.» «Wie passierte das?» «Das Schiff wurde plötzlich durchgeschüttelt.» «Das Schiff?» «Ja.» «Wieso wurde das Schiff ...» «Es fuhr auf einen Eisberg auf.»

Plötzlich war die Patientin nicht mehr langweilig, sogar die lokalen Zeitungen und Fernsehstationen berich-

*Es ist viel wichtiger zu wissen, was die Leute gespürt haben, als was andere, v.a. Ärzte davon gehalten haben.*

teten über sie. Sie war eine der letzten Überlebenden der grossen Katastrophe.

Unsere Neugier für den Menschen und seine Krankheit ist die Basis für eine empathische Beziehung. Sie bringt uns die nötigen Informationen für Diagnose und Behandlung – und von Zeit zu Zeit wunderschöne Ge-

*Der ist ein Arzt, der das Unsichtbare weiss, das keinen Namen hat, keine Materie und doch seine Wirkung.* Paracelsus



schichten. Unser Fragen und Nachfragen, unser Interesse für den Menschen ist das, was unsere Patientinnen und Patienten als Sorge um sie empfinden, auch wenn sie uns erst einige Minuten kennen. *FPI not TLC* ist die Kurzformel für dieses Verhalten, also: friendly professional interest und nicht tender loving care; Letzteres sparen wir uns besser für unsere Familien auf.

**Genauigkeit:** Der Wert der Genauigkeit im diagnostischen Prozess kann nicht überschätzt werden. Die genaue Erfassung aller möglichen Daten ist die Voraussetzung für die richtige Diagnose. Wir müssen in den späteren Schritten des diagnostischen Prozesses so viele Annahmen, Schätzungen und Extrapolationen anwenden, dass die Ausgangsbasis solid sein sollte. Wir haben es in unserem Beruf mit so vielen nicht messbaren Größen zu tun, dass man wenigstens die wenigen Tatsachen, die man numerisch festhalten kann, unbedingt in die Krankengeschichte aufnehmen sollte. Es gibt keinen «guten» Blutdruckwert, sondern eine zwei- oder dreistellige Zahl des systolischen und diastolischen Blutdruckes. Alles andere ist unbrauchbar. Dieser Teil unserer Arbeit ist wie Sudoku spielen. Dort können wir ja auch nicht «gut» oder «schlecht» oder «hoch» oder «tief» einsetzen, sondern nur eine Zahl.

**Übersicht:** Die Übersicht ist das Herz und das Blut der Inneren Medizin. Dieses Herzblut ist konkurrenzlos in der ganzen Medizin, und niemand wird uns das nehmen können. Auch nicht die Niemands, die sich als akademische Pseudo-Odysee verkleiden; denn wir sind nicht einäugig. Um Übersicht zu gewinnen gilt es, die Geschichten, die wir hören, in Kapitel zu ordnen, Beschwerden und Befunde in die richtige Reihenfolge zu bringen. Die Aufgabe tönt banal, ist es aber ganz und gar nicht. Bei der Anamnese – der Krankheitsgeschichte – ist vor allem darauf zu achten, dass die Information klar von der Interpretation getrennt wird. Es ist viel wichtiger zu


wissen, was die Leute gespürt haben, als was andere, v.a. Ärzte davon gehalten haben.

In meiner Arbeit bin ich immer wieder damit konfrontiert worden, wie schwierig es ist, den Beginn einer Krankheit zu lokalisieren. Häufig wird das unmittelbare Ereignis, das zur Hospitalisierung führte, als Beginn angenommen, gar schlimmer, der Zeitpunkt, an dem der Patient oder die Patientin in die zuständige Klinik eintrat. Ist dieser Zeitpunkt falsch gewählt, riskiert man, die Übersicht zu verlieren und Wichtiges zu übersehen.

Der Prozess der Beschaffung, Sichtung und Ordnung der Fakten ist zuweilen mühsam und mit viel Zeitaufwand verbunden. Darum glauben viele, man könne ihn

*Von Miss Marple die Beobachtungsgabe und das logische Denken; von Maigret die Fähigkeit, die psychologischen und sozialen Umstände zu erfassen; von Columbo das scharfe Auge für die feinen Unterschiede und das Erkennen von Ungereimtheiten.*

ungestraft weglassen. Telefon dahin, Fax dorthin, schriftliche Anfrage hier, nächtlicher Gang ins Archiv dort. Aber oft ist eine wichtige und unerwartete Diagnose der Lohn für diese Mühen.

**Synthese:** Es gibt nichts, das uns nicht interessieren sollte – und sei es der Wochenplan der Coiffeurbesuche einer betagten Lady mit wiederholten Fieberattacken. Die Korrelation der Coiffeurbesuche mit den Fieberepisoden führte zur Lösung des Problems: Es handelte sich um eine allergische Reaktion auf das Haarfärbemittel. Wenn es also nichts gibt, das uns nicht interessieren sollte, so ist die Selektion und Gewichtung der Informationen aus 

*Ein guter Arzt rettet,  
wenn nicht immer von der  
Krankheit, so doch von  
einem schlechten Arzte.*

Jean Paul



einem weiten Feld das Gehirn der Inneren Medizin. Unzweifelhaft werden die Ansprüche immer höher. Nicht nur sollen die medizinischen Probleme fokussiert und hierarchisiert werden, sie sollen vor allem auch in Übereinstimmung mit den persönlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gebracht werden. Dieser Kristallisationspunkt von subjektiven und objektiven Tatsachen, von Messbarem und Unmessbarem, von Logik und Gefühlen, dieses Zusammentreffen also ist für mich eine der grossen Faszinationen unseres Berufes und war eine meiner primären Motivationen, Internist zu werden.

Im British Medical Journal haben drei italienische Kollegen die Untersuchungsmethoden von literarischen Detektivfiguren analysiert und mit dem diagnostischen Prozess verglichen. Davon abgeleitet wäre der ideale Internist ein «MMC». Die Abkürzung steht für Miss Marple, Maigret und Columbo. Von Miss Marple die Beobachtungsgabe und das logische Denken, das alles kombiniert. Von Maigret die Fähigkeit, die psychologischen und sozialen Umstände zu erfassen und Leute zu befragen. Von Columbo das scharfe Auge für die feinen Unterschiede und das Erkennen von Ungereimtheiten.

**Unsicherheit:** In der klinischen Medizin ist die Unsicherheit sowohl in der Diagnose wie auch in der Therapie allgegenwärtig. Die emotionale Verdauung und Verarbeitung der Unsicherheit bereitet oft ein mulmiges Gefühl im Magen-Darm-Trakt.

Im englischen Kurort Tunbridge Wells hat Pfarrer Thomas Bayes das Problem schon vor über 250 Jahren theoretisch erforscht. Es gibt mehr oder wenig komplizierte Formeln, die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose in Zahlen zu fassen.

Persönlich liebe ich aber die poetische Variante, die ich erstmals von einem Chirurgie-Professor im Zürcher Waidspital hörte und die mir enormen Eindruck machte, obwohl ich damals das Wesen der Aussage noch nicht ganz erfasste: «En medicine comme en amour il n'y a ni jamais ni toujours ...» Darum lieben wir ja beides so.

Wie viel Unsicherheit ausgehalten wird, hängt sowohl

von der Berufserfahrung wie auch von der Übersicht der medizinischen Probleme ab. Je breiter und weiter der Blick, desto eher kann das Problem als Ganzes erfasst werden. Es können Abgrenzungen gezogen werden, ohne jeden Meter der Grenze abzulaufen, beziehungsweise alle erdenklichen Tests durchzuführen. Je enger das Blickfeld, desto höher ist das Bedürfnis nach Sicherheit. Diese beiden Betrachtungsweisen sind in der Medizin komplementär – und wenn sie in der richtigen Reihenfolge und Mischung angewendet werden, ist die darauf basierende Medizin sehr erfolgreich.

Der Umgang mit der Unsicherheit ist also zentral in unserem Beruf und fordert viel Kraft. Einerseits werden wir immer wieder mit der Unsicherheit einer Diagnose oder Therapie konfrontiert, andererseits dürfen wir dadurch nicht gelähmt werden und Entscheidungen unnötig verzögern. Als zusätzliche Schwierigkeit kommt die Kommunikation der Unsicherheit an die Patientinnen und Patienten hinzu. Wie viel soll ich mitteilen, wann soll ich es sagen, was behalte ich für mich und dies alles, ohne dass wir das reale Bild verzerren?

**Begeisterung:** Damit wäre ich beim sechsten Punkt, dem Unspezifischsten, aber wohl für jeden von uns persönlich wichtigsten. Wenn die Begeisterung fehlt, wird das Leben eine Mühsal; und Begeisterung wie auch Niedergeschlagenheit sind infektiös und kontagiös. Sie sind Vorbedingung für den Weg zum «Schloss des Erfolgs». Dort anzukommen ist zwar schön, aber es genügt nicht. Will man ins Schloss hinein, braucht Frau/Mann einen Schlüssel. Diesen Schlüssel finden wir durch inneres Gleichgewicht. Damit wir den Erfolg auch geniessen können.

**PD Dr. Franco Salomon** ist in Zürich als selbständiger Internist tätig ([www.spitalinternist.ch](http://www.spitalinternist.ch)). Von 1989 bis 2006 arbeitete er am Universitätsspital Zürich, ab 1997 als leitender Arzt und Chefarzt-Stellvertreter der Medizinischen Klinik. Von 2006 bis 2010 war er Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin im Spital Lachen. Beim Text handelt es sich um eine gekürzte Version seiner Abschiedsvorlesung an der Universität Zürich im Jahr 2006 unter dem Titel «Sechs Memos für Internistinnen und Internisten».

*Das Geheimnis der Medizin besteht darin, den Patienten abzulenken, während die Natur sich selber hilft.*

Voltaire