

vertretbaren, wissenschaftlich erarbeiteten Grundlage dringendst bedürftig sind. Insofern stellt die klinische Diagnostik also auch noch ein Beispiel für die glückliche Lösung des Problems brauchbarer Routine dar, dem seitens der praktisch angewandten Medizin kaum etwas entgegengesetzt werden kann.

#### Literatur

R. N. Braun: Die gezielte Diagnostik in der Praxis. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1957.

Anschrift des Verfassers: Dr. Robert N. Braun, prakt. Arzt, Brunn an der Wild, N.-Ö.

# Wiener Medizinische Wochenschrift

Separatabdruck aus 109. Jahrg., 1959, Nr. 18 (S. 381 bis 384)

Alle Rechte vorbehalten · Verlag Brüder Hollinek · Wien

## Die klinische Diagnostik im Lichte der praktisch angewandten Medizin <sup>1)</sup>

Von R. N. Braun

Wer sich bemüht, die gegebene Literatur über die ärztliche Berufsproblematik zusammenzustellen, der wird nur wenig Ernstzunehmendes entdecken. Versuchen wir, über die Ursachen für dieses erstaunliche Vakuum Klarheit zu bekommen, dann ergibt sich als eine Bedingung dafür die große Sprödigkeit des Stoffes. Daran allein kann es aber nicht liegen. Der menschliche Geist ist schließlich mit ganz anderen Problemen fertig geworden. In der Tat läßt sich das Vakuum weit besser durch das Wirken gewisser Fiktionen erklären, die das heutige ärztliche Denken beherrschen. Sie lassen eine Beschäftigung mit Fragen der praktisch angewandten Heilkunde für Wissenschaftler ziemlich uninteressant erscheinen.

Da haben wir beispielsweise die Ansicht, die Medizin sei eine Wissenschaft. Natürlich läßt sich von der Medizin als von einer Wissenschaft sprechen! Das Wort hat eben vielerlei Bedeutungen. *De Prez Inlow* hat uns eine Liste dieser Bedeutungen gegeben. Er nennt seine Zusammenstellung eine Definition der Medizin:

„Die Medizin ist jener Zweig von Kenntnissen und Bemühungen, der sich mit dem für Krankheiten empfänglichen und dem kranken Menschen, mit Alter, Tod und biologischen Entartungen beschäftigt. Sie ist die Wissenschaft von der Struk-

<sup>1)</sup> Vortrag, gehalten im berufstheoretischen Seminar der Wiener Ärztekammer an der II. Medizinischen Universitätsklinik (Prof. Dr. K. Fellinger) am 27. Oktober 1958.

tur, den Funktionen, dem Verhalten und der Entwicklung des Menschen; und die Wissenschaft von seiner Umwelt in ihren möglichen und tatsächlichen, normalen und pathologischen Erscheinungen und Wechselwirkungen. Sie ist die Kunst der Erkennung, Wertung, Vorbeugung, Linderung und Kurierung von Krankheiten, wie der Förderung physiologischer Prozesse und biologischer Evolutionen. Sie ist die berufliche Beschäftigung mit diesen Dingen in ihren individuellen, kulturellen (historischen und philosophischen) und sozialen (erzieherischen, gesetzlichen, ökonomischen und ethischen) Verbundenheiten.“

Ohne uns über den Wert seiner Liste als Definition den Kopf zu zerbrechen, können wir mit *De Prez Inlow* drei Elemente des Begriffes „Medizin“ herausheben: Die Bedeutung einer Wissenschaft, die einer Kunst und die eines Berufes. Mit den Begriffen „Wissenschaft“ und „Kunst“ wollen wir uns hier gleichfalls nicht auseinandersetzen. Es sei nur wiederholt, daß — und zwar seit vielen Jahrzehnten — die Fiktion gilt, die Anwendung der Heilkunde sei eine Wissenschaft. Gegen diese Vorstellung hat vor fast 60 Jahren *Ernst Schweninger* überaus temperamentvoll polemisiert. Er versuchte dabei die Eigenständigkeit der ausgeübten Medizin, der forschenden Medizin gegenüber, herauszustellen. *Schweningers* Ideen wurden von dem genialen, heute nahezu vergessenen *Richard Koch* aufgenommen und gründlich auf ihren Wert geprüft. Hierbei ergaben sich für *Richard Koch* unter anderem folgende Schlüsse:

„Die Heilkunde kann nicht Naturwissenschaft, kann überhaupt nicht Wissenschaft sein. Ihr Zweck ist nicht Erkenntnis, sondern Befriedigung eines Bedürfnisses . . . Die Medizin ist die Fähigkeit des Menschen, das in Krankheiten Nützliche zu tun . . . Sie ist eine Fähigkeit des Menschen, eine ‚Techne‘. Und wenn das Wort ‚Technik‘ für uns heute nicht einen anderen, engeren Inhalt hätte, könnte man sie wohl so bezeichnen . . .“

*Richard Koch* gelangte schließlich zu dem Ergebnis, „ . . . daß die Medizin, die selbst keine Wissenschaft ist, die Wissenschaft mit Erfolg angewendet hat und nicht mehr entbehren kann. Ihre Denkweise ist aber nicht die einer Wissenschaft.“

Wäre *Richard Koch* seinerzeit wirklich verstanden worden, so hätte sich die berufstheoretische Problematik diesem oder

jenem ganz von selbst gestellt. Dann stünde heute schon längst vieles von dem, an das wir uns im Dunkeln eben heranzutasten beginnen, im vollen Lichte der Erkenntnis. Halten wir, angesichts unserer tatsächlichen Situation, demgegenüber folgendes fest: Die Fiktion von der angewandten Medizin als einer Wissenschaft dürfte maßgeblich daran beteiligt sein, daß bisher kein tieferes Interesse für berufstheoretische Fragen aufkam. Man meinte und meint ferner, daß die für den Beruf wesentlichen Kenntnisse mit dem üblichen Hochschulunterricht in Fächern zureichend mitgeteilt seien und daß die Summe dieser Erkenntnisse als theoretische Grundlage für das ärztliche Handeln genüge. Dem wiederum liegt die Vorstellung zugrunde, es bildeten je eine abgegrenzte Gruppe von Krankheiten ein Fach und die Fächer insgesamt — wie bei einem Zusammenlegen — die gesamte Medizin. Auch das ist unrichtig.

Daß die Krankheiten keine „echten“ Arten, sondern nur Orientierungsstellen im ärztlichen Denken sein können, hat *Richard Koch* gleichfalls, und zwar schon vor über 40 Jahren überzeugend dargelegt. *Mainzer* fügte wenige Jahre später hinzu, exakte Abgrenzungen zwischen Typenbegriffen (und solchen müssen unsere in der Praxis gestellten Diagnosen ja ganz überwiegend zugehören) wären logisch gesprochen wertlos, naturwissenschaftlich gesprochen unmöglich. Man darf diese Abgrenzung zwischen Typenbegriffen nun aber nicht mit der Diagnostik beim Einzelfall verwechseln! Mit dem Vorhergehenden wurde keineswegs behauptet, es sei unmöglich, exakte Diagnosen zu stellen. Das ist ein ganz anderes Kapitel.

Meine eigenen Überlegungen haben nun die Fächer — genauer gesagt die diagnostischen Spezialfächer — als wissenschaftliche Pflegestellen bestimmter Typen von Gesundheitsstörungen im Rahmen eines Organs, einer Körperregion, einer Altersgruppe usw. erkennen lassen. Daneben gibt es (etwa in der Geschwulstforschung) auch Spezialfächer für Arten von Gesundheitsstörungen.

All dies führt zu Erkenntnissen von außerordentlicher Tragweite. Wenn nämlich zwischen den Krankheitsbegriffen klare Grenzen in der Regel nicht möglich sind, wenn wiederum die Fächer ziemlich unklar zueinander liegen und wenn die Spezialfächer sich zudem (ihrer Idee nach) nur mit solchen Fällen beschäftigen, die sich einem von ihnen gepflegten Dia-

gnosenbegriff zuordnen lassen, dann muß es zwischen den Diagnosenbegriffen bzw. zwischen den Spezialfächern riesige Flächen wissenschaftlichen und damit auch diagnostisch-nomenklatorischen Brachlandes geben. Denn für Nichtdiagnostizierbares hat sich bis nun noch kein Spezialfach für zuständig erklärt. Und ihrer Natur nach hätten die gegebenen Spezialfächer die hier nötige Arbeit auch gar nicht zu leisten vermocht.

Es ist also nichts mit der Fiktion der Heilkunde als eines Zusammenlegspiels, als eines Mosaiks, in dem die verschiedenfarbigen Flächen (wenn wir uns die Summe der in ein Fach einschlägigen Diagnosen so vorgestellt hatten) sich scharf abgrenzbar zu einem Ganzen zusammenfügen. Es ist auch nichts mit den Krankheiten als stets klar diagnostizierbaren Arten.

Eine vierte Fiktion schließlich ist, die klinische Diagnostik, wie sie heute allgemein und ausschließlich gelehrt wird, reiche für die Meisterung der diagnostischen Probleme im Berufsalltag aus. Zusammen mit der Fiktion, die allermeisten Gesundheitsstörungen wären als Krankheiten exakt diagnostizierbar, hat jene letztgenannte Fiktion zu dem von *Volhard* gern zitierten Dogma *Naegelis* geführt: Vor die Therapie hat Gott die Diagnose gesetzt.

Das *Naegelische* Dogma — übrigens hat schon *Avicenna* die Priorität der Diagnose vor der Therapie betont — ist Mahnung und Vorwurf zugleich.

Zweifellos drückt sich hierin eine Vielfalt böser Erfahrungen aus. Man sieht den von hohem Ethos erfüllten Kliniker vor sich, der es z. B. immer wieder erleben muß, daß Menschen mit Darmbeschwerden nach monatelanger „Behandlung“ rektal ununtersucht als inoperable (zu Beginn der Konsultationen aber höchstwahrscheinlich zu retten gewesene) Karzinompatienten eingeliefert werden. Man sieht die Kliniker vor sich, die bezüglich vieler anderer Fälle, etwa von perniziöser Anämie oder von Diabetes mellitus, Ähnliches erfahren haben.

Diesen Klinikern ist unbegreiflich, wie ein Praktiker einen Darmkrebskranken monatelang (als Kolitis) mit Obstipantien, wie er jenen Perniziosafall (ohne Blutuntersuchung als „allgemeine Schwäche“) mit Roborantien, und die diabetische Neuritis lange Zeit (bloß symptomatisch) „behandeln“ kann.

Der Kliniker will den Praktiker infolgedessen durch das

Dogma von dem Primat der exakten Diagnosestellung zu einem hohen Grad von Genauigkeit zwingen.

Was anderes aber hatte der Praktiker gelernt, als die Genauigkeit der klinischen Diagnostik?

Damit erschiene es eigentlich lohnender, zu ergründen, warum die praktischen Ärzte sich denn vielfach so weit von der ihnen anerzogenen Form der Diagnostik entfernt haben, daß sie bei Situationen, die sie als Examenskandidaten fraglos gemeistert hätten, nicht allzu selten so bedauerlich versagen. Sind die Praktiker bloß fahrlässig geworden, oder was sonst ist mit ihnen geschehen?

Wenn der junge Arzt mit allerlei nützlichen Kenntnissen vollgepackt in die Praxis geht, dann muß er sehr Wichtiges entbehren:

1. Eine sachliche Korrektur der von mir bereits dargelegten Fiktionen und
2. die Kenntnis, welche Ereignisse den Praxisalltag hauptsächlich ausfüllen.

Es gibt nun in der Praxis Ereignisse genug, bei denen die Diagnosestellung entweder schon vom Patienten gemacht oder sonst Sache eines Blickes ist. Das gilt für verschiedenste Verletzungen, pyogene Infektionen, Hernien, Kinderkrankheiten usw. Andererseits gibt es — selten — Fälle schwerer Natur, bei denen es überhaupt nicht so sehr auf eine richtige Diagnosestellung, als auf eine rasche Krankenhauseinweisung ankommt. Man denke nur an schwerste Verletzungen, an akute abdominelle Bilder, an foudroyante Infektionskrankheiten. In all den genannten Fällen ist also entweder die Diagnose sofort klar, oder aber — bei den besagten schweren Bildern — das Handeln des Praktikers von sehr kurzer Dauer und nicht notwendigerweise mit einer richtigen diagnostischen Einschätzung verknüpft.

Beim Gros der in der Alltagspraxis gesehenen Gesundheitsstörungen können aber weder die Diagnose sofort gestellt, noch die Fälle schnellstens abgegeben werden. Es handelt sich zumeist um relativ flüchtige und gutartige Verläufe, deren genaue diagnostische Analyse die Umstände gar nicht zulassen. Im übrigen wären solche Analysen aus ökonomischen Gründen auch nicht vertretbar. Endlich weiß man, daß bei derlei Fällen, z. B. bei den banalen Infektionen des Respirationstraktes, der

Versuch einer ätiologischen Klärung selbst mit den modernsten Forschungsmethoden bei der überwiegenden Mehrzahl ergebnislos endet.

Nun lernt der Praktiker aber — und dies ist der Ausbildungsmangel Nummer

3. — nirgends mit solchen Praxisfällen akzeptabel umzugehen. Er muß also aus sich selbst heraus die erlernte Diagnostik seinen Zwecken anpassen. Dieser unumgängliche Prozeß pflegt unterschwellig abzulaufen. Der Praktiker weiß also heute kaum, daß er anders arbeitet, als ihm anezogen wurde. Das Resultat ist eine mehr oder weniger nützliche, zielende Routine.

Die eigentliche Existenzberechtigung des Allgemeinpraktikers, des Mannes an der ersten ärztlichen Barriere, muß nun unter anderem sehr wesentlich damit verknüpft sein, wie weit er mittels seiner zielenden Routine imstande ist, die abwendbar gefährlichen Verläufe von Gesundheitsstörungen aus der Masse an sich ähnlich erscheinender, jedoch banaler Infektionen herauszufinden, bzw. inwieweit er die dazu nötige Diagnostik veranlaßt.

Verschiedene kritische Beobachtungen von Praktikern bei ihrer Berufsarbeit in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien vermitteln hier einen gewissen Einblick in die Qualität des dort Geleisteten. Soweit sich die Ergebnisse für unsere Fragestellung verwerten lassen, ergibt sich, daß die Leistungen von praktischen Ärzten in der genannten diagnostischen Hinsicht sehr viel zu wünschen übrig lassen. Dieses Resultat ist gewiß keine Überraschung.

Selbstverständlich liegen die Verhältnisse bei uns um nichts besser. Davon abgesehen müssen wir dem Allgemeinpraktiker aber, da er — wie wir sagten — die große klinische Routine nicht als Methode übernehmen kann, (in bezug auf die Kriterien für seine Existenzberechtigung) prinzipiell zugestehen, daß er bei seiner Diagnostik mit einem relativ hohen Risiko arbeiten darf. Wir haben uns also bei den sogenannten Fehldiagnosen von praktischen Ärzten immer wieder zu fragen, ob solche unrichtigen diagnostischen Zuordnungen nicht im Bereich der unvermeidlichen Risiken ihrer unentbehrlichen ärztlichen Tätigkeit liegen.

So betrachtet, gewinnen auch gewisse Gerichtsprozesse um ärztliche diagnostische „Kunstfehler“ einen neuen Aspekt. Man

war bisher gewohnt, daß großzügige „Decken“ ärztlicher Fehldiagnosen seitens der ärztlichen Prominenz als noble Geste hinzunehmen. Bei unserer neuartigen Betrachtung erkennen wir aber, daß diese Deckung zu erhalten, das gute Recht der Praktiker ist; zumindest so lange, als es keine akzeptablen Regeln für die Ausübung der praktisch angewandten Medizin gibt.

Von all dem abgesehen, geht es in der gesamten Medizin bei der angewandten Heilkunde um dieselbe Problematik. Die Unterschiede sind nur graduell. Die klinische, umfassendste Durchuntersuchung stellt ja selber auch nur einen bescheidenen Kompromiß angesichts von unzähligen Untersuchungsmöglichkeiten dar. Die Verhältnisse liegen also ein wenig so wie bei einem Automechaniker, der den Wagen seines Klienten schließlich auch nicht bei jedem Service ganz zerlegt. Wenn der Mechaniker daher beim Abschmierdienst einen Bruch der Motoraufhängung übersieht, wird man ihm deswegen keinen Vorwurf machen dürfen. Und selbst die großen Überwachungsdienste gehen vorbei, ohne daß dieses oder jenes durchaus hörbare Geräusch beseitigt werden könnte.

Der Praktiker sichtet seine Fälle. Nicht zwingend Zuordenbares muß er im Auge behalten. In der Regel geschieht das vermittels einer Ermahnung des Patienten, ihn wieder holen zu lassen oder sich einzufinden, falls der aktuelle Verlauf von der umrissenen Prognose zu sehr abweichen sollte. Der günstige Ablauf des Durchschnittsfalles macht aber weitere diagnostische Bemühungen in der Regel überflüssig.

Ist der Verlauf einer unklaren Gesundheitsstörung ein schleppender oder sonstwie ungünstiger, dann heißt es auf der Hut sein. Zwar ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich nun um einen abwendbar gefährlichen Verlauf handelt, immer noch sehr gering, relativ gesehen hat sie jedoch erheblich zugenommen. Dementsprechend wird auch die Wahrscheinlichkeit größer, wegweisende Befunde erheben zu können. Praktisch kommt es aber immer noch darauf hinaus, daß der Arzt weit seltener einen gefährlichen Verlauf entdecken als einen solchen mit einiger Sicherheit ausschließen können wird.

Das muß natürlich um so gründlicher und zielbewußter geschehen, je größer der Verdacht auf eine gefährliche Affektion ist. Hier tritt nun nötigenfalls die klassische, umfassende Diagnostik in ihre Rechte. Im Lichte der praktisch angewandten

Medizin ist die klinische Diagnostik also zunächst ein Hilfsmittel für gewisse Sonderfälle.

Bei den der Klinik bzw. klinischer Diagnostik designierten, seitens des Praktikers unklärbaren Fällen können wir nun zweierlei extreme Formen unterscheiden: solche mit schleichendem, leicht aussehendem und solche mit akutem, offenbar schwerem Verlauf.

Nimmt man die klinische Diagnostik beim letztgenannten, dem dramatischen Fall etwas unter die Lupe, so erweist sich, daß gerade solche Situationen auch den Kliniker zwingen können, dem *Naegelischen* Dogma von dem Primat der exakten Diagnosestellung zuwiderzuhandeln. Es sind Fälle, in denen das Handeln des Klinikers mindestens ebenso von der Schwere des Verlaufes, bzw. von den Gefahren eines Hinauszögerns, wie von der Schlüssigkeit der diagnostischen Erhebungen diktiert wird. Insofern kommt beispielsweise der Leiberöffnung beim akuten Abdomen oft genug eher der Charakter einer diagnostischen Laparotomie als der eines exakt fundierten therapeutischen Eingriffes zu. Dies wird im allgemeinen übersehen. De facto läuft hier jedenfalls die Diagnostik vielfach neben der Therapie einher.

Anders ist es beim Verdacht auf einen beginnenden, abwendbar gefährlichen, vorerst aber noch eher harmlos erscheinenden Verlauf. Hier wiederum handelt es sich zumeist um Bilder, die ebensogut nicht nur verschiedensten Bagatellen, sondern auch verschiedenen gefährlichen Verläufen zugehören können. Hierfür hat sich die klassische Von-Kopf-zu-Fuß-Durchuntersuchung (zunächst durch den Praktiker und dann eventuell) in umfassendster Form an internen oder pädiatrischen Kliniken bestens bewährt.

Die klassische klinische Durchuntersuchung legt sich von Anfang an in keiner Weise fest. Systematisch sucht man eingangs vom Patienten so viel als möglich zu erfragen. Dabei werden die effektiven Klagen der Kranken grundsätzlich nicht in den Mittelpunkt, sondern den anderen anamnestisch erhobenen Daten gleichgestellt. Der Ausfragung folgt für gewöhnlich eine subtile physikalische Durchuntersuchung, folgen zahlreiche laboratoriumsmäßige Erhebungen. Weitere Methoden, notfalls weitere Spezialisten werden herangezogen. Es geschieht um so mehr, je unklarer die Situation sich darbietet. Schließ-

lich ist die Krankengeschichte des Herrn Y oder der Frau X zu einem stattlichen Akt angewachsen.

Oft genug lohnt sich die Mühe. Nehmen wir an, es hätte sich um abdominelle Beschwerden gehandelt, sie wären einer chronischen Appendizitis zugeordnet, der Wurmfortsatz entfernt worden und die postoperative Beschwerdefreiheit hätte die diagnostische Annahme zwingend erhärtet. Angenehmerweise wissen wir über unseren Patienten dann gleich eine Menge weiterer Dinge. Wir wissen, daß er — wenigstens bis vor kurzer Zeit — soundso viele im Bereich der Norm liegende und gewisse abnorme Befunde geboten hatte. Es sind Kenntnisse, die uns später einmal recht nützlich sein können.

Solche Erfolge der klinischen Diagnostik sind, von der Praxis aus gesehen, leider nicht die Regel. Mindestens ebenso oft liefert die Klinik eine Diagnose, die wohl an sich korrekt ist und Bezug auf die Beschwerden hat. Trotzdem „fehlt“ unserem Patienten offensichtlich etwas anderes. Und es ist nicht gesagt, daß die sonstigen, aufgezählten objektiven pathologischen Befunde in solchen Fällen weiterhelfen.

Schließlich gibt es auch Krankenhausberichte, die auf die eigentliche Beratungsursache kaum Bezug nehmen. Hier haben die Spezialisten gleichsam eine Diagnose ihrer Wahl zum Gegenstand der hauptsächlichen Bemühungen gemacht.

Ich habe vor einiger Zeit erlebt, daß bei einem zur Klärung eingewiesenen Fall von Lymphdrüenschwellung eine Ovarialzyste festgestellt (operiert) und die Frau mit dieser Diagnose — ohne Rücksicht auf meine Anfrage also — entlassen wurde. Da sind dann wiederum diejenigen Berichte, die sich darauf beschränken, eine Liste der erhobenen Abnormitäten zu geben, manchmal besser brauchbar; besonders zur Exklusion faßbarer gefährlicher Verläufe.

Wir erkennen daraus, daß die fachärztliche bis hinauf zur „kompletten“ klinischen Durchuntersuchung beim unklaren, möglicherweise schweren Fall ihrem Charakter nach eine Ergänzung und Vertiefung der hausärztlichen Diagnostik darstellen sollte. Dies setzt naturgemäß voraus, daß der erstversorgende Allgemeinpraktiker selbst saubere Vorarbeit geleistet hat. Er muß die Krankenhausärzte und die Spezialisten hinreichend davon in Kenntnis setzen, wie weit er diagnostisch selbst vorgekommen ist, was er sich dabei gedacht hat und denkt, wie

schließlich, was er überhaupt vom Kliniker oder Spezialisten erfahren will. Nur unter solchen Umständen kann die Überweisung eines Kranken Glied einer sinnvollen ärztlichen Zusammenarbeit sein.

Den Ausdruck „Teamwork“ vermeide ich hier ganz bewußt. Mit einer Gruppenarbeit hat die ärztliche Versorgung herzlich wenig zu tun. Für den Kranken muß letztlich ein einziger Arzt voll verantwortlich sein. Diese Rolle fällt ganz natürlicherweise dem Allgemeinpraktiker zu. So also sollte es sein. Zuzugeben dagegen ist, daß gegenwärtig die Verzettlung der ärztlichen Verantwortung sehr zum Nachteil der Patienten verschiedenlich Ausmaße erreicht hat, auf die letztlich die Bezeichnung „Teamwork“ passen würde. Ich kann dies nur als einen Irrweg der Heilkunde ansehen. Daneben braucht wohl nicht betont zu werden, daß die heutigen Allgemeinpraktiker vielfach weit davon entfernt sind, ihrerseits als optimale Glieder der interkollegialen diagnostischen Zusammenarbeit zu fungieren.

Die große klinische Diagnostik hat naturgemäß die Tendenz, möglichst nichts zu übersehen. Damit wohnt ihr das Bestreben inne, sich auszudehnen. An der bedeutenden Chicago Medical School beispielsweise umfaßte im Jahre 1957 eine Krankengeschichte (vom Decursus abgesehen) etwa 30 handgeschriebene Seiten. Bei der Anamnese und dem Status praesens sind dort (ausschließlich der Laboratoriumsbefunde) ärztlicherseits ungefähr je 300, insgesamt also rund 600 fixe Punkte zu berücksichtigen. Im Vergleich mit der im Jahre 1942 erschienenen 62. Auflage der „Medizinisch-klinischen Diagnostik“ von Müller-Seifert-v. Kress fällt besonders die Vervierfachung der fixen Punkte zur Anamnese auf.

So wichtig nun bei indizierten Fällen diese diagnostische Form ist, schon bei ambulanten, das heißt poliklinischen Untersuchungen müssen erheblich abgekürzte Methoden angewendet werden. Von der Inneren und der Pädiatrischen abgesehen, bedienen sich jedoch auch die meisten anderen Kliniken auch bei stationären Fällen ohnedies einer vergleichsweise abgekürzten, meist sehr speziell ausgerichteten Routine. Infolgedessen wird auf der Augenklinik ein erhöhter Innendruck des Auges weit eher aufgedeckt werden als auf der Urologie oder auch auf der Inneren Klinik. Den Ophthalmologen wird andererseits, ebenso wie den Internisten, ein bei der urologischen

Durchuntersuchung mit ziemlicher Sicherheit auffallender kleiner Blasentumor zumeist entgehen. Es gibt also sehr unterschiedliche Formen klinisch-diagnostischer Routinen.

An kleineren und kleinsten Krankenhäusern läßt sich das Nichtsübersehenwollen aus mannigfachen Gründen nicht so weit realisieren, wie an Universitätsinstituten üblich ist. Damit müssen dort ungleich mehr faßbare pathologische Befunde übersehen werden. Ähnliches gilt für die freipraktizierenden Spezialisten. Darauf soll indessen nicht weiter eingegangen werden.

Begnügen wir uns mit der Feststellung, daß der heutigen Ärztegeneration allenthalben eine Untersuchungsmethodik an-erzogen wird, deren routinemäßiger Gebrauch (außerhalb der größeren Kliniken) sehr beschränkt ist. Ohne damit den erzieherischen Wert und die erzieherische Notwendigkeit erschöpfender Befragungen und Untersuchungen im geringsten anzutasten, muß doch festgestellt werden, daß selbst die meisten Spezialisten in ihrem Berufsleben gezwungen sind, mit mehr oder weniger weitgehenden Modifizierungen des Gelernten zu arbeiten. Bei den Modifikationen haben wir es nun mit rein empirischen, individuellen, in langen Jahren erfolgten Anpassungen an die verschiedenen Formen der ärztlichen Berufsausübung zu tun.

In Analogie zu den etwas geklärten Verhältnissen in der Allgemeinpraxis muß man annehmen, daß auch die selbst entwickelten Verfahrensweisen der außerhalb der großen Kliniken tätigen (vor allem der freipraktizierenden) Spezialisten von einem erreichbaren Optimum mehr oder weniger weit entfernt sind. Bei dem völligen Mangel an berufstheoretischen Forschungen kann das auch gar nicht anders sein.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die klinische Diagnostik, im Lichte der praktisch angewandten Medizin betrachtet, ein unerläßliches Hilfsmittel für gewisse Sonderfälle bedeutet. Als spezialistische Untersuchung sollte sie grundsätzlich eine Ergänzung und Vertiefung der Diagnostik des verantwortlichen Hausarztes darstellen. Während die große klinische Diagnostik den Charakter einer sinnvoll ausgeklügelten Routine besitzt, sind die diagnostischen Verfahrensweisen in der Praxis individuell entwickelt. Man weiß immerhin schon genug darüber, um vermuten zu können, daß auch sie einer