

# Therapeutische Diagnostik

Wann haben Sie das letzte Mal ein EKG gemacht, um dem Patienten mit höchstwahrscheinlich nicht organisch bedingten Herzschmerzen zu zeigen, dass sein Herz «normal» sei? Und er dann auch wirklich beruhigt schien, wenn er die komplexen «Kurven» anschaute und es hiess, dass sein Herz in Ordnung sei. Eine Beruhigung, die Ihre engagierte Beratung sonst nicht erreichen konnte.

Sie wissen aber, dass solche Folgerungen eigentlich nicht zulässig sind, dass für die Herzschmerzen ganz andere Gründe vorliegen, dass das EKG eigentlich überflüssig ist, dass vielleicht das Herz doch nicht so gesund ist. Aber der Patient zieht zu Frieden von dannen. Und entgeht dadurch vielleicht einer unnötigen, dann wirklich belastenden Koronarographie.

Nun, EBM- und Guidelines-Gewohnthe werden tiefatmend den Kopf schütteln. Erst die richtige Diagnostik und dann die richtige Therapie. Wenn da nur nicht der ständige Druck des Patienten wäre, der Angst vor dem Infarkt hat und inständig ein EKG wünscht. Schnell eine Rechtfertigung: Er könnte ja «Läuse und Flöhe» haben, es könnte ja trotzdem auch etwas Organisches dahinter stecken!! Und schon hab' ich das EKG veranlasst.

Aber da kommt schon ein weiteres schlechtes Gewissen: Jetzt hab ich einen womöglich psychosomatisch Kranken somatisch fixiert, jetzt hab ich die Prävention der somatischen Fixierung verpasst! Kommt er jetzt bald wieder mit den Beschwerden? «Nützt» dann nur noch ein CT oder MRI oder Coro, um ihn zu «therapieren»? Sollte ich ihn nicht doch lieber gleich der psychosomatisch-psychiatrisch versierten Kollegin weiterreichen, damit auch die Arzt-Patient-Beziehung gerettet bleibt? Oder bleibt sie mit dem EKG gerettet, weil noch andere, wichti-

gere Probleme im Leben des Patienten anstehen und diese vielleicht mit meiner Unterstützung gebessert werden könnten? Oder wird sich «mein» Patient sein Coro sowieso über einen anderen Kollegen oder direkt auf der Notfallpforte des Zentralspitals «holen»?

Ärztliches Tun und Lassen ist kaum je nur das eine oder das andere. Die schöne Lehrbuchlinie – vom Symptom zur Differentialdiagnose, dann zur richtigen Diagnose, zur richtigen Therapie, zur Symptombefreiung und schliesslich zur Heilung – greift für viele Probleme des medizinischen Alltags zu kurz. Arbeiten mit ständig wechselnden Arbeitshypothesen und Therapieversuchen ist angesagt. Also nicht nur therapeutische Diagnostik, sondern auch diagnostische Therapie. Oder natürlich Therapie ohne Diagnose (dies auch im Fall, dass die zur Beruhigung gewählte Diagnose falsch ist ...). Wenn nur die schönen Doppelblindstudien nicht mit konstanter Boshaftigkeit immer gerade «meine» Patientinnen und Patienten ausschliessen würden!

In der Hausarztmedizin führt das oft zu Patientengeschichten, die bei besten Absichten und bester evidenzbasierter Fortbildung eben nicht nach Schule laufen, nicht nach Schule laufen können. Vielleicht sogar Gott sei Dank nicht nach Schule laufen und das «Interface Grundversorger» dazwischen steht. Mensch ist so oft nicht gleich Mensch, Mittelwert im Einzelfall nichts wert, Signifikanzen irrelevant. Und manchmal beschleicht einen ja das Gefühl, dass ein Mensch bald zu wenig Lebenszeit und zu wenig Körperöffnungen zur Verfügung hat, wenn jede Guideline jedes Spezialisten erfüllt werden sollte.

Aber nicht nur in der Hausarztmedizin läuft vieles nicht nach Schule, sondern

auch beim Spezialisten oder im Universitätsspital, trotz der zumindest anzunehmenden Nähe von Professoren und Wissenschaft. Was in einem Spital Hausmeinung, ist im anderen verpönt. In einem Land die Regel, im anderen die Ausnahme. Was gestern Kunst, ist heute Kunstfehler. Oder umgekehrt. Mal bei der akuten Nephrolithiasis schwemmen, mal die Flüssigkeit einschränken. Amiodarone mal gut, Amiodarone mal schlecht und jetzt wieder gut. Warum erscheint ein Patient zur Nachkontrolle in der Praxis, der in den Praxisferien wegen eines einfachen grippalen Infekts auf der Notfallstation des Universitätsspitals landete und dort von allen Seiten bebildert und gestochen wurde und womöglich noch das neuste (und teuerste) Antibiotikum mitbringt, das er aber gar nicht eingenommen hat? Nicht von ungefähr wird ja mitunter die Abkürzung EBM unter akademisch lachend vorgehaltener Hand als «Eminence Based Medicine» bezeichnet ...

Vielleicht wäre der Einsatz des EKGs als diagnostisches Therapeutikum einmal eine Fragestellung für die aufkommende hausärztliche Forschung. Oder der Einsatz des Blutdruckapparates. Oder die Frage, warum Hausärztinnen und -ärzte so oft nicht nach Guidelines, nach Algorithmen vorgehen, obwohl sie diese meist bestens kennen.



mediKUSS