

Gegensatz zur Unkenntnis zu bezeichnen“. Trotzdem sei die Widerspiegelungstheorie in differenzierter Anwendung beizubehalten. Die Erkenntnistheorie müsse materialistisch-methodologisch vor allen Dingen im „Kapital“ von Marx unter Beweis gestellt und eingelöst werden. In diesem Sinne kann Erkenntnistheorie niemals ein „endgültig fertiges Gebäude von Lehren“ sein, sondern muß sich selbst immer wieder am Erfahrungshorizont der Praxis in Frage stellen lassen, wie es schon in den Feuerbach-Thesen von Marx gefordert worden sei. Mit ironischer Schärfe wendet sich Haug gegen die von ihm so genannte „Zitatitis“ in marxistischen Disputationen, durch die der wahre Sachverhalt zumeist perfekt vernebelt würde, und die „hilflose Verblüffung von Leuten“ beobachtet werden könne, „die den Kampf der Zitate sprachlos verfolgen, weil sie nicht hauptberuflich die blauen Bände studieren!“⁶⁰ Dem ist nichts hinzuzufügen, zumal eine Zitatitis dieser Beschreibung wohl auch in anderen akademischen Geschäftsbereichen unter ähnlichen Vorzeichen an der Tagesordnung ist.

Medizin ohne Diagnose?

Wolfgang Wieland, *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*, Walter de Gruyter, Berlin–New York 1975, X, 176 S.

Von Claudius STRUBE (Köln)

Allgemein versteht man unter Diagnose die Erkennung der Krankheit. Bei der Erstellung der Diagnose beginnt man mit der Sammlung von Symptomen wie Beschwerden, Befunden und Labordaten, bezieht die gesammelten Symptome sodann auf eine sogenannte Krankheitseinheit, d. h. auf ‚die‘ Krankheit, und kennzeichnet diese Krankheitseinheit schließlich mit einem charakteristischen Namen.¹

Gemäß diesem klassischen Diagnosebegriff wird der Diagnose innerhalb des ärztlichen Handelns eine zentrale Stellung eingeräumt. Repräsentativ für diese traditionelle Auffassung ist die Bemerkung von Rudolf Gross, mit der er sein Buch über „Medizinische Diagnostik“ einleitet. „Diagnose, Prognose und Therapie: Unter diesen eng verbundenen ärztlichen Leistungen ist die Diagnose der wichtigste und häufig der schwierigste Teil. Ist das Wesen einer Erkrankung erkannt, so kann man wegen der Heilungsaussichten oder für die Behandlung die Literatur heranziehen. Nicht so, wenn einem die Natur der Störung unklar bleibt.“²

Es ist nun gerade die Leistungsfähigkeit der Diagnose, die in der Gegenwart von den verschiedensten Seiten her in Zweifel gezogen wird und damit zu einer Kritik am klassischen Diagnosebegriff geführt hat. Bei der Einlösung dieser Kritik zeichnen sich zwei gegensätzliche Tendenzen ab. Die eine möchte pragmatisch eine Medizin ohne Diagnose entwickeln, die andere strebt nach einer strukturellen Verbesserung des Diagnosebegriffs. In der deutschen medizintheoretischen Literatur kann man diese beiden Tendenzen mit Fritz Hartmann und Rudolf Gross personifizieren. Während F. Hartmann umwillen des ärztlichen Auftrages lieber auf die Diagnose verzichten will, sieht R. Gross im Einsatz von logisch-mathematischen Mitteln eine Chance zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Diagnose. Welche Stellung nimmt nun der Verf. innerhalb dieser Alternative ein?

⁶⁰ A. a. O. 667 ff., 688 ff., 699 – (in der Reihenfolge der Zitate).

Formal behandelt er den Diagnosebegriff konservativ. „Will man den Begriff der Diagnose für den gesamten Bereich der Krankenbeurteilung reservieren, an der sich ärztliches Handeln orientiert, so ist eine Medizin ohne Diagnose allerdings unmöglich, wenn ärztliches Handeln nicht darauf verzichten will, vernünftiges, das heißt einer Begründung und Rechtfertigung fähiges Handeln zu sein.“ (171)

In der Sache schließt sich der Verf. jedoch eher der Ansicht von F. Hartmann an. „Es ist daher abzusehen, daß unser heutiges, an Diagnosen orientiertes Beurteilungssystem allmählich einem umfassenderen Beurteilungssystem Platz machen wird. Die klassische Krankheitseinheit ist dann höchstens noch eines unter vielen Leitbildern klinischer Informationsverarbeitung, die Diagnose nur noch eine unter vielen Formen der stets an den Möglichkeiten des Handelns orientierten klinischen Beurteilung. Medizin ohne herkömmliche Diagnose wird nicht einfacher, sondern anspruchsvoller sein als eine vornehmlich an der Diagnose orientierte Medizin. Sie wird sich der Tatsache bewußt sein, daß Diagnostik ein prinzipiell unabschließbarer Prozeß ist, daß es aber gerade deswegen darauf ankommt, den Punkt zu kennen, an dem man diesen Prozeß abbrechen muß.“ (173)

Die These von der allmählichen Relativierung des klassischen Diagnosebegriffs entwickelt der Verf. in einer der Sachproblematik sehr gut entsprechenden Einteilung von vier Kapiteln. Sogleich das erste Kapitel „Randbedingungen des Diagnoseproblems“ macht mit dem Hauptargument des Verf. bekannt. Entscheidend ist nach Ansicht des Verf., daß die Diagnose als Grundbegriff einer *praktischen* Disziplin gesehen wird. Grundbegriffe dieser Art haben nicht nur eine wissenschaftliche Funktion, sondern auch eine praktische Funktion innerhalb von Handlungszusammenhängen. „Damit sind Randbedingungen gegeben, die sich aus einer logischen Begriffsanalyse allein nicht ergeben.“ (13) Offensichtlich liegt es an diesen Randbedingungen, daß die bisherige Kritik des Diagnosebegriffs keine verändernde Wirkung auf die ärztliche Praxis ausgeübt hat.

Ein erkenntnistheoretischer Standard für die kritische Behandlung des Diagnoseproblems ist erstmals durch die 1917 erschienene Untersuchung von Richard Koch „Die ärztliche Diagnose“ geschaffen worden. Kochs kritischer Ansatzpunkt ist die vom klassischen Diagnosebegriff gemachte Unterstellung, daß es verschiedene Krankheitsarten gibt, d. h. spezifische Einheiten, die eine restlose Einordnung jeden krankhaften Geschehens erlauben. Sein Zweifel betrifft die Echtheit dieser Arten. „Unter Art verstehen wir eine Gruppe von Eigenschaften, die sich in einer bestimmten Form präsentieren.“³ Pathologische Vorgänge (Entzündung, Tumorbildung u. a.) erfüllen das ge-

¹ Dreierlei gilt es im Hinblick auf diesen Diagnosebegriff zu unterscheiden. 1. Die Diagnose ist nicht das Benennen einer Krankheit, sondern ein Erkenntnisprozeß. 2. Der Begriff der Diagnostik bezieht sich auf einen Teilprozeß der Diagnose; die Diagnostik umfaßt alle Tätigkeiten und Techniken, die der Ermittlung von Symptomen dienen. 3. Der Begriff der Differentialdiagnose, sprachlich ein Pleonasmus, ist keine Sonderform der Diagnose, sondern ein Teilprozeß, der der Diagnosesicherung dient. Dieser Teilprozeß ist immer dann notwendig, wenn die gesammelten Symptome sich auf verschiedene Krankheitseinheiten beziehen lassen. Anders gewendet: Da die meisten Symptome bei mehreren Erkrankungen vorkommen, kommt es oft zu ähnlichen Krankheitsbildern. In der Differentialdiagnose geht es dann um die genaue Unterscheidung solcher ähnlicher Krankheitsbilder.

² Gross, R., Medizinische Diagnostik. Grundlagen und Praxis (Berlin 1969) 1. Sehr charakteristisch für die traditionelle Auffassung ist auch die vielzitierte Bemerkung von Peter Bamm über die Diagnose. „Sie ist das Kreuz des Arztes und zugleich der feinste geistige Genuß, welchen die medizinische Wissenschaft dem Arzt zu bieten hat.“ (Ex Ovo, Stuttgart 1963, 59.)

³ R. Koch, Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens (Wiesbaden 1917) 37.

nannte Kriterium einer Art. Ebenso gibt es auch bei den krankhaften Erscheinungen (Fieber, Erbrechen, Durchfall u. a.) echte Arten. Und schließlich lassen sich auch bei den Krankheitsursachen (plötzliche Abkühlung, Erreger u. a.) echte Arten ausmachen. Aus diesen drei Gruppen setzt sich jedes Krankheitsbild zusammen. Die möglichen Kombinationen sind dabei unendlich groß. Denn es ist ja nicht so, daß Krankheitsursache, Krankheitsprozeß und Krankheitserscheinung gewissermaßen parallel auftreten, so daß eine bestimmte Ursache auch immer nur einen bestimmten pathologischen Vorgang zur Folge hätte. Gibt es aber unendlich viele Kombinationsmöglichkeiten, dann können die Krankheitsbilder auch keine echten Arten darstellen. Es entsteht dann allerdings die Frage, wie es in der Erfahrung zum Schein von Krankheitsarten kommt. Koch erklärt sich das so, daß mit der prinzipiellen Möglichkeit unendlich großer Kombinationen noch nichts über die Wirklichkeit entschieden ist. Es kann nämlich sein, daß bestimmte Kombinationen gehäuft auftreten. Ein solches Krankheitsbild, das bloß die Präsentation einer gehäuft auftretenden Kombination (von Krankheitsursache, Krankheitsprozeß und Krankheitserscheinung) ist, kann nur als *Typus* bezeichnet werden. Die Diagnose hat es demnach nicht mit Krankheitsarten, außerhalb derer es nichts Krankhaftes mehr geben kann, sondern bestenfalls mit Krankheitstypen zu tun. Will man den Diagnosebegriff überhaupt noch aufrechterhalten, müßte man seine Definition dahingehend abändern, daß „die Diagnose der Ausdruck für das sein will, was an einem Organismus Krankhaftes geschieht“. ⁴ Da es aber keine *vollkommene* Erkenntnis des krankhaften Geschehens geben kann, kommt Koch zu dem nüchternen Ergebnis: „Die Diagnose ist also ein Ausdruck für die Summe der Erkenntnis, die den Arzt zu seinem Handeln und Verhalten veranlaßt.“ ⁵

Obwohl diese erkenntnistheoretische Kritik fundamental war, so blieb sie doch folgenlos. Ebenso erging es der historischen Kritik des Diagnosebegriffs. Diese Kritik hat mit Recht die Abhängigkeit des klassischen Diagnosebegriffs von einem geschichtlichen Wandel in der Krankheitsauffassung betont. Dieser Wandel ist durch Thomas Sydenham (1624–1689) ⁶ vollzogen worden. Während in der Antike die Krankheit als ein krankhaftes Geschehen angesehen wurde, dem der Kranke eine individuelle Ausprägung gab, hat Thomas Sydenham die Krankheit als eine natürliche Spezies gedeutet, die der individuelle Krankheitsfall lediglich *vertritt*. Da wir heute Krankheiten immer schon als spezifische Einheiten ansehen, möchte Owsei Temkin den Begriff der Krankheit für die Interpretation der hippokratischen Medizin fallenlassen. „An Stelle der Krankheiten steht bei Hippokrates etwas ganz anderes im Vordergrund, nämlich die erkrankten Menschen als Einzelfälle und die ‚Erkrankungen‘ als unendlich viele und mannigfaltige Formen jeweiligen Krankseins.“ ⁷ Seit Sydenham richtet sich das Augenmerk primär auf die Krankheitsart. In jedem Kranken ist diese Krankheitsart wirksam, der Kranke leidet *an* einer Krankheit. Mit dieser Konzeption änderte sich allmählich auch die ärztliche Handlungsstruktur. Für den Arzt kam es jetzt erst einmal darauf an, die Krankheitsart zu erkennen. ‚Die‘ Krankheit wird jetzt das primäre Erkenntnisziel. Die Diagnose wird zum Zentrum des ärztlichen Handelns. Besonders kritisch hat F. Hartmann diesen historischen Vorgang beurteilt. „Seit etwa 200 Jahren haben sich in

⁴ A. a. O. 42.

⁵ A. a. O. 64.

⁶ Sydenham, mit dem der 8 Jahre jüngere Locke befreundet war, machte die Beobachtung am Krankenbett wieder zur Grundlage der Medizin.

⁷ Owsei Temkin, Die Krankheitsauffassung von Hippokrates und Sydenham in ihren „Epidemien“. Archiv für Geschichte der Medizin. Bd. 20 (1928) 337.

der Medizin vor den Menschen, seine Gesunderhaltung oder seine Heilung die Begriffe der Krankheiten und ihrer Diagnosen geschoben. Der Vorgang hat auch zwischen Kranken und Arzt eine akademische Distanz gesetzt, das ursprüngliche helfende Verhältnis verschleiert und seine Kraft gemindert, ohne einen vollen wissenschaftlichen Ersatz zu geben.“⁸

Beide Formen der Kritik des klassischen Diagnosebegriffs waren fundamental und dennoch wirkungslos. Angesichts dieser Tatsache macht der Verf. den sogleich einleuchtenden Vorschlag, vor der Kritik zunächst einmal die Handlungszusammenhänge, in denen die Diagnosestellung geschieht, zu thematisieren. Dabei zeigt sich, daß – zumindest in den gegenwärtigen Handlungszusammenhängen – ein „Zwang zur Diagnose“ besteht.

1. Zunächst einmal zwingt sich der Arzt selbst, in jedem Falle von Erkrankung eine Diagnose zu stellen. Die Gefahr einer solchen Einstellung besteht für den Arzt darin, „Diagnosen anstatt Patienten zum Partner zu haben, Diagnosen anstatt Patienten zu behandeln“ (17). Zweifellos ist dieser Zwang ein Ergebnis der am Leitbild der Diagnose orientierten Ausbildung. – 2. Ein Zwang zur Diagnose geht auch vom ärztlichen Kollegen aus. Die Diagnose ist nämlich immer auch ein Kommunikationsmittel, eine Art begriffliches Stenogramm für den medizinischen Experten. – 3. Ein weiterer Zwang zur Diagnose ergibt sich aus den sozialen Systemen der Vorsorge (z. B. Diagnose als Mittel zur Legitimierung sozialer Ansprüche) und der verwalteten Krankheit (Formulardiagnose!). – 4. Schließlich zwingt auch der Patient durch seine Erwartungshaltung den Arzt zur Diagnosestellung. Eigentlich geht es dem Patienten um die Prognose; er möchte wissen, ob er etwas „Schlimmes“ hat oder nicht. Aber zu sehr ist im Bewußtsein verankert, daß der Weg zur Prognose über die Diagnose führt. Diese Erwartungshaltung wird gegenwärtig insbesondere durch die starke Gesundheitsaufklärung der Massenmedien gefördert.

Leider versäumt der Verf., zwischen strukturellen und historischen Argumenten genau zu unterscheiden. Der Verf. gibt im Hinblick auf die kommunikative Funktion der Diagnose selbst zu, daß auch nach einer Relativierung des klassischen Diagnosebegriffs der Zwang zur Diagnose bestehen bleibt. Unklar ist hier jedoch, was praktische Notwendigkeit und was Zwang ist.

Nach dieser Einsicht in die Handlungszusammenhänge der Diagnosestellung ist entschieden, wie eine auf die Praxis wirkende Kritik am Diagnosebegriff auszusehen hat. Eine solche Kritik muß von der Praxis selbst ausgehen, ihr Maßstab ist der ärztliche Auftrag.

„Der ärztliche Auftrag läßt sich in optimaler Weise erfüllen, wenn zwischen den Möglichkeiten ärztlichen Handelns und den Möglichkeiten einer adäquaten Beurteilung der Situation, in die das Handeln eingreifen soll, ein ausgewogenes Verhältnis besteht.“ (29) Gegenwärtig deutet nun vieles darauf hin, daß der klassische Diagnosebegriff unter den Bedingungen einer sprunghaften Zunahme von medizinischen Informations- und Handlungsmöglichkeiten die beiden genannten Möglichkeitsreihen eher divergieren als konvergieren läßt.

Einerseits enthalten die heutigen Diagnosen viel leerlaufende Informationen, d. h. Informationen, die therapeutisch folgenlos bleiben. Der Verf. spricht in diesem Zusammenhang von einem „diagnostischen Überschuß“. So ist beispielsweise auf dem Gebiet der Viruskrankheiten, wo man die Krankheitserreger gut spezifizieren kann, das alte Ideal einer exakten Diagnose

⁸ Fritz Hartmann: Der historische Diagnosebegriff und seine Entwicklung. In: Münchener Medizinische Wochenschrift. Jg. 114 (1972) 90.

relativ leicht zu erreichen. Aber dieser diagnostischen Differenzierung entspricht keine therapeutische Differenzierung. – Andererseits werden heute für die ärztlichen Entscheidungen Informationen benötigt, die der klassische Diagnosebegriff nicht zu liefern vermag. So ist beispielsweise von den verschiedenen pharmazeutischen Mitteln, die bei einer bestimmten diagnostizierten Krankheit indiziert sind, dasjenige für die Therapie ausgeschlossen (kontraindiziert), gegen das der Patient bereits eine Allergie entwickelt hat. In diesem Fall beruht die therapeutische Differenzierung nicht auf der Diagnose, sondern auf der Kenntnis der individuellen Disposition des Patienten. (R. Gross spricht in diesen Fällen in Analogie zur „Diagnosis ex juvenibus“ von einer „Diagnosis e nocentibus“. Aber hier ist die Diagnose nur ein Hilfsbegriff und hat nichts mit der Diagnose als Krankheitserkennung zu tun.)

Der klassische Diagnosebegriff scheint also in der Gegenwart für den ärztlichen Auftrag eher hinderlich zu werden. Klassische Diagnosen sind informationstheoretisch gesehen redundant. Diese Redundanz ist für das soziale Gesundheitssystem jedoch nicht folgenlos. Die durch den zunehmenden Einsatz diagnostischer Techniken enorm gestiegenen Kosten können als das empirische Äquivalent dieser Redundanz angesehen werden. (Der Verf. legt hier eine Koalition von kritischer Medizintheorie und moderner Gesundheitspolitik nahe, die es verdient, weiter durchdacht zu werden.) – Zum andern vermag die klassische Diagnose nicht alle diejenigen Informationen zu bündeln, die das therapeutische Handeln tatsächlich entscheiden. (Das würde zugleich bedeuten, daß der klassische Diagnosebegriff in Wirklichkeit bereits gar nicht mehr im Zentrum des ärztlichen Handelns steht.) Hier bietet sich die elektronische Datenverarbeitung (EDV) an. Denn ihre Möglichkeiten bestehen gerade darin, die verschiedensten Daten frei zu kombinieren. Damit steht das technische Instrumentarium zum Aufbau eines neuen Beurteilungssystems zur Verfügung.

Das zweite Kapitel unterbricht die kritische Prüfung der Leistungsfähigkeit der klassischen Diagnose. Es geht jetzt um die Aufklärung ihrer formalen Struktur. Dabei läßt sich der Verf. von der Auffassung leiten, daß die moderne Wissenschaftstheorie ihre Chancen vor allem darin hat, daß sie die „Strukturprobleme einer Wissenschaft als Probleme von Aussagenanalysen zu behandeln“ (49) vermag. Demgemäß bestimmt er die Diagnose als eine Aussage, und zwar als eine *Singuläraussage*. „Mittels ihrer wird einem bestimmten, individuellen Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt ein bestimmter Krankheitsbegriff zugeordnet.“ (46) Singuläraussagen haben also einen Allgemeinbegriff, in denen die für eine Handlung nötigen Informationen gespeichert sind, zum Prädikat und ein Individuum zum Subjekt. Dem Verf. geht es bei der Wahl dieses Ausdrucks vor allem um eine deutliche Unterscheidung der Diagnose von den im strengen Sinne wissenschaftlichen Erkenntnissen, die ja positive universelle Aussagen darstellen. Die Herausarbeitung dieses Unterschieds von Diagnosen und Erkenntnissen im strengen Sinne ist eines der besonderen Verdienste dieser Untersuchung. Viele Mißverständnisse in der Diagnosenproblematik gehen von der Nichtberücksichtigung dieses Unterschieds aus. In der Diagnose sollen keine Erkenntnisse gewonnen werden, das ist die Aufgabe der klinischen Forschung. Vielmehr werden diese Erkenntnisse bereits vorausgesetzt, und zwar in Form eines Systems von Krankheitsbegriffen. Die übliche Übersetzung von Diagnose mit Krankheitserkennung ist also falsch, zumindest zweideutig. Die Wahl des Ausdrucks ‚Singuläraussage‘ ist allerdings auch nicht glücklich. Er enthält die Gefahr einer Verwechslung mit singulären Aussagen, d. h. Beschreibungen von singulären Tatsachen und Ereignissen. Und genau dieser Gefahr erliegt der Verf., wie man sogleich sehen wird.

Treffender ist die Wahl eines anderen Ausdrucks, den der Verf. terminologisch für Diagnosen verwendet. Singuläraussagen, die in praktischen Disziplinen dazu dienen,

Handlungen zu entscheiden und zu rechtfertigen, nennt der Verf. auch *Beurteilungen*. Dieser Ausdruck markiert den Unterschied von Diagnosen und Erkenntnissen sehr gut. Denn bei Beurteilungen geht es nicht um die Auffindung von Regeln, sondern um „die Entscheidung, ob es sich bei einem vorliegenden individuellen Gegenstand um einen Fall handelt, auf den jene Regel paßt“ (96). Beurteilungen verlangen daher auch nicht Gelehrsamkeit, sondern Scharfsinn. „Keine Regel und kein Begriff können von sich aus zeigen, wann sie anwendbar sind und wann nicht. Ob ein bestimmter Fall der Fall einer Regel ist, läßt sich niemals von dieser Regel allein aus entscheiden.“ (96) Damit wäre in der Exposition der Diagnosenproblematik ein Punkt erreicht, von dem an sich eine Fortsetzung unter hermeneutischen Gesichtspunkten durchaus lohnte. Leider geht der Verf. darauf nicht ein.

Nach der Bestimmung des „systematischen Status“ der Diagnose wird deren Verhältnis zur Erklärung untersucht. Ist die Diagnose Explanans oder Explanandum?

Nach Ansicht des Verf. ist die Diagnose ein Teil der ärztlichen Erklärung, und zwar gemäß dem Hempel-Oppenheim-Schema der wissenschaftlichen Erklärung die Antecedensbedingung. Explanandum der ärztlichen Erklärung ist jeweils das Beschwerdebild des Patienten. Im Falle einer akuten Glomerulonephritis (d. i. eine bestimmte Art der Nierenentzündung) sieht die ärztliche Erklärung dann folgendermaßen aus.

Gesetzesaussage: Wenn eine akute Glomerulonephritis gegeben ist, liegen Hämaturie und Ödeme und Hypertonie und Proteinurie vor.

Antecedens: Der Patient X hat eine akute Glomerulonephritis.

Explanandum: Der Patient X zeigt Hämaturie und Ödeme und Hypertonie und Proteinurie.

Bei Sadegh-Zadeh⁹ nimmt dieses Beispiel dagegen eine andere Form an. Ant.: 1. X zeigt Hämaturie, 2. X zeigt Ödeme, 3. X zeigt Hypertonie, 4. X zeigt Proteinurie. – G.: Wenn immer 1–4 gegeben sind, dann liegt eine akute Glomerulonephritis vor. – Explanandum: X hat eine akute Glomerulonephritis.

Zunächst einmal ist dem Verf. darin völlig zuzustimmen, daß allein das Symptomen- und Beschwerdebild des Patienten erklärungsbedürftig ist, nicht aber die Diagnose. Da die hier verwendeten Symptome als die Kardinalsymptome der genannten Krankheit gelten, kann ihr Vorhandensein bei einem bestimmten Patienten mittels einer entsprechenden Diagnose erklärt werden. Bei Sadegh-Zadeh handelt es sich dagegen gar nicht um eine Erklärung, sondern lediglich um eine logische Ableitung.

Überprüft man indessen das Muster des Verf., so entdeckt man, daß auch hier keine wirkliche Erklärung vorliegt. Geht man nämlich von dem berechtigten Anspruch des Verf. aus, das Beschwerdebild eines Patienten, d. h. also einen singulären Tatbestand, zu erklären, so verlangt das H-O-Schema, daß die Antecedensbedingung ebenfalls aus singulären Tatsachen besteht. Gerade dies ist beim Verf. nicht der Fall. Die Singuläraussage ist eben keine singuläre Aussage, die in ihr verwendeten Prädikate müssen nämlich per definitionem generelle Tatbestände bezeichnen. Bei dem genannten Beispiel kommt noch hinzu, daß die dritte Adäquatheitsbedingung für deduktiv-nomologische Erklärungen, wonach das Explanans einen empirischen Gehalt besitzen muß, nicht erfüllt ist.¹⁰ Im Unterschied zu dermatologischen und chirurgischen Krankheitsbegriffen be-

⁹ K. Sadegh-Zadeh, Zur Logik und Methodologie der ärztlichen Urteilsbildung. In: *Methods of Information in Medicine. Methodik der Information in der Medizin*. Bd. 11 (1972) 203 ff.

¹⁰ Vgl. Wolfgang Stegmüller, *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie*. Bd. I, 86.

zeichnen die internistischen Krankheitsbegriffe Tatbestände, die nicht direkt beobachtbar sind. Internistische Krankheitsbegriffe können also nur durch die Angabe von sogenannten Indikatoren, d. h. empirische Äquivalente für den angenommenen Tatbestand, zur Realdefinition gelangen. Solche Indikatoren für innere Krankheiten zu bilden, ist die Funktion der Symptome. – Schließlich ist auch die vom Verf. verwendete Gesetzesaussage nur der Schein einer solchen. Wenn es um die Erklärung von singulären Tatsachen geht, so müssen die verwendeten Gesetzesaussagen aus der Beschreibung eines gesetzmäßigen Zusammenhangs zwischen zwei singulären Tatsachen bestehen. Für die Dann-Komponente ist diese Bedingung in dem genannten Beispiel erfüllt, nicht aber für die Wenn-Komponente. Das ist bei inneren Krankheiten z. B. dann der Fall, wenn sich ein bestimmter Krankheitserreger angeben läßt.¹¹ Für das Beispiel der akuten Glomerulonephritis könnte man das folgende (stark vereinfachte und auch nur für das Vollbild der Krankheit geltende) Muster entwerfen.

Gesetzesaussage:	Wenn es zu einer Streptokokkeninfektion durch den (nephritogenen) Typ 12 oder Typ 4 kommt, dann entsteht eine entzündliche Nierenerkrankung mit mehr oder weniger ausgeprägtem Befall aller Glomerula, die sich durch das Auftreten von Hämaturie, Ödeme, Hypertonie und Proteinurie anzeigt.
Antecedensbedingung:	Diagnostische Untersuchungen weisen bei dem Patienten X einen Streptokokkeninfekt nach.
Explanandum:	Der Patient X hat die Krankheitserscheinungen: Hämaturie, Ödeme, Hypertonie, Proteinurie.

Nicht die Diagnose, wie der Verf. meint, sondern die Diagnostik hat eine Funktion in der ärztlichen Erklärung. Die Diagnostik liefert nämlich diejenigen singulären Tatsachen und Ereignisse, die als Antecedensbedingungen fungieren können. Die Diagnose kann dagegen, wie gezeigt wurde, in keinem Teil der Erklärung vorkommen. Vielmehr setzt eine ärztliche Erklärung die Diagnosestellung bereits voraus. Erst wenn der Arzt dem Patienten einen Krankheitsbegriff – *wie* auch immer¹² – zugeordnet hat, können die in der Definition des Krankheitsbegriffs enthaltenen Merkmale benutzt werden.¹³

¹¹ In dem von R. Gross und D. Jahn herausgegebenen Lehrbuch der Inneren Medizin (Stuttgart 1966) wird für die akute Glomerulonephritis die folgende Ätiologie und Pathogenese angegeben. „Schon sehr früh wurde erkannt, daß dem Ausbruch einer akuten Glomerulonephritis eine Infektion des oberen Respirationstraktes vorausgeht. In 80% der Fälle sind es Pharyngitis, Tonsillitis, Sinusitis oder Otitis media. Weitere 5–10% treten nach schweren Infektionen der Haut auf. Ähnlich wie bei akutem rheumatischem Fieber gehören die Erreger den β -hämolytischen Streptokokken an. Das einmal sporadische und ein anderes Mal nahezu epidemische Auftreten einer Glomerulonephritis wird durch den Nachweis von Streptokokken mit besonderer nephritogener Eigenschaft erklärt. Am häufigsten sind die Typen 12 und 4, weniger häufig kommen die Typen 1, 49, 6, 3 und 25 vor.“

¹² Der Prozeß der Zuordnung ist erkenntnistheoretisch noch völlig dunkel. Zumeist benutzt man hier die Begriffe der Erfahrung und der Intuition. Ein schönes Beispiel für das Phänomen der ärztlichen Intuition wird bei R. Gross, a. a. O. 51, wiedergegeben: Als Ortner einmal nach der autoptischen Bestätigung einer glänzenden Diagnose gefragt wurde, wie er darauf gekommen sei, sagte er nach einigem Zögern: „Es war nur so ein Gedanke . . .“

¹³ Die vollständige Realdefinition eines internistischen Krankheitsbegriffs verlangt die Angabe von Merkmalen aus drei verschiedenen Kategorien: 1. Ätiologie (d. i. die tiefere anhaltende Ursache) und Pathogenese (d. i. der Anlaß, der die Krankheitserscheinungen auslöst), 2. Pathologische Anatomie, 3. Klinik (Symptomatik).

So ist übrigens auch verständlich, warum dem Patienten die Diagnose bereits als „Erklärung“ genügt. Der Patient darf nämlich in der Regel mit Recht voraussetzen, daß ein Krankheitsbegriff auch Erklärungselemente impliziert.

Im weiteren Verlauf des zweiten Kapitels geht der Verf. zu den handlungstheoretischen Gesichtspunkten der Diagnose über. „Da jede Diagnose in einem Handlungszusammenhang steht, wachsen ihr gleichsam von dort aus ihre Eigenschaften zu, die sie als Aussage und zugleich als Handlungselement charakterisieren.“ (71 f.) Die Diagnose muß also als *praktische Aussage* verstanden werden, d. h. sie kann im Unterschied zu theoretischen Aussagen nicht von der Bindung an die Realzeit absehen. Eine Diagnose kann nie vorläufig sein. Daher ist es auch falsch, wie der Verf. zu Recht betont, die Diagnose mit einer Hypothese zu vergleichen. Während eine Hypothese zurückgenommen, korrigiert oder durch eine andere Hypothese ersetzt werden kann, schafft eine Diagnose Folgen, die als solche nicht mehr aufgehoben werden können. Diagnosen können nicht ungeschehen gemacht werden. Bestenfalls kann man die unerwünschten Folgen durch eine neue Diagnose zu korrigieren versuchen; es handelt sich dann aber bereits um eine andere Situation.

Das dritte Kapitel thematisiert die Voraussetzung aller Diagnosen: ein vorhandenes System von Krankheitsbegriffen. Damit kehrt die Untersuchung zugleich zur Kritik des klassischen Diagnosebegriffs zurück. Diese Kritik kann nunmehr auch als Zweifel an der eindeutigen Klassifizierbarkeit individueller Krankheitszustände aufgefaßt werden. Dieser Anspruch geht zurück auf Sydenhams Konzeption der natürlichen Krankheitseinheit, der *species morbose*. Wird Krankheit nämlich als eine Spezies verstanden¹⁴, dann kann es „außerhalb“ solcher Spezies nichts Krankhaftes geben. Bezeichnend für diese Konzeption ist die Empfehlung Sydenhams, die Methode der Botaniker zum Vorbild zu nehmen.¹⁵ – In der gegenwärtigen Medizin ist dieser Anspruch durch die Einführung des Begriffs des Syndroms gesenkt worden. Unter Syndrom versteht man heute eine Gruppe von Symptomen mit unbekannter oder verschiedener Ursache. Syndrome sind gewissermaßen „Krankheiten im Wartestand“. (Den gegenwärtigen Bestand an Krankheiten und Syndromen schätzt B. Leiber auf 30 000.) – Der Verf. hebt hervor, daß die Konzeption der „substantiellen Krankheitseinheiten“ eigentlich nur bei den Infektionskrankheiten eine reale Grundlage hat (111). Nur dieser Gruppe von Krankheiten eignet ein hohes Maß an „Randschärfe“ des Krankheitsbildes. Funktionelle Leiden haben hingegen das geringste Ausmaß an Randschärfe.

Hauptproblem der medizinischen Klassifikation (Taxonomie) ist das Problem der Überschneidungen; ein Problem, das es in der botanischen und zoologischen Taxonomie natürlich nicht gibt. Solche Überschneidungen gehören zum Alltag eines jeden diagnostizierenden Arztes. Da sie jedoch als Systemmängel angesehen werden, lösen sie selten Kritik aus. Von den verschiedenen kritischen Auseinandersetzungen mit diesem Pro-

¹⁴ Diese Konzeption der Krankheit wird auch als „ontologischer Krankheitsbegriff“ charakterisiert. Der Verf. bevorzugt den Ausdruck „substantieller Krankheitsbegriff“.

¹⁵ Wahrscheinlich unter dem Eindruck des taxonomischen Erfolgs von Linné hat Boissier de Sauvages diese Empfehlung Sydenhams so verstanden, „daß die Krankheiten, wie die Pflanzen, etwas Gemeinsames haben, das ihnen neben individuellen Verschiedenheiten bestimmte Ähnlichkeiten gibt. Nach diesen Ähnlichkeiten kann man die Krankheiten wie die Pflanzen in Klassen, Ordnungen, Familien, Gattungen und Arten zusammenfassen. Sie sind miteinander verwandt. (. . .) Sauvages kennt 10 verschiedene Krankheitsklassen mit Unterabteilungen, z. B. die Fieber, die ‚Krämpfe‘, die Atemstörungen, die Ausflüsse, die Geisteskrankheiten.“ (Paul Diepgen, Geschichte der Medizin, II/1, Berlin 1959, 12)

blem ist vor allem der Lösungsvorschlag von A. Feinstein zu nennen. In seinem 1967 erschienenen Buch „Clinical Judgment“ zog er aus dem Scheitern der bisherigen Versuche, solche Überschneidungen („overlap“) zu entfernen, die überraschende Konsequenz, die Überschneidungen durch ein besonderes Verfahren zu bewahren und geradezu zu klassifizieren. Ein solches Verfahren böte sich ihm in der Boole'schen Algebra sowie in den Venn'schen Diagrammen. Auf diese Weise wird das System der substantiellen Krankheitseinheiten allmählich unterlaufen.

Im vierten Kapitel werden schließlich aus diesen Einsichten über die Problematik des Krankheitsbegriffs die Konsequenzen für die Kausalitätsproblematik in der Medizin gezogen. Aufgrund seiner Bevorzugung der statistischen Deutung der Krankheitseinheit, die er von R. Koch übernimmt, versagt er sich auch dem naiven Modell der Unikausalität; statt dessen wählt er den von J. St. Mill und E. Mach ausgehenden Konditionalismus. (Diesen Überlegungen des Verf. nachzugeben, wäre lohnenswert, würde hier aber zu weit führen. Der Schwerpunkt sollte auf der Diagnoseproblematik liegen.)

Man könnte die vorliegende Untersuchung nunmehr wie folgt zusammenfassen. Die Diagnose hat den systematischen Charakter einer Beurteilung. Jede Beurteilung – hier ist m. E. eine Verallgemeinerung im Interesse des Verf. erforderlich – besteht in der Zuordnung einer individuellen Erkrankung zu einem Begriff von Erkrankungsmöglichkeiten. Das klassische Beurteilungssystem hat diesen Begriff von Erkrankungsmöglichkeiten in Form einer natürlichen Krankheitseinheit konzipiert; die Ordnung dieser Krankheitseinheiten ist – nach dem Scheitern der natürlichen nosologischen Systeme (vgl. Anmerk. 15) – seit dem 19. Jahrhundert durch das Primat des „anatomischen Gedankens“ bestimmt. Dieses klassische Beurteilungssystem beginnt sich seit dem Beginn dieses Jahrhunderts in zunehmendem Maße durch eine statistische Deutung der Krankheitseinheit aufzulockern. Dieser statistischen Deutung entspricht auf der Ebene des Klassifikationsproblems vor allem der Versuch einer numerischen Taxonomie. Den eigentlichen Gegensatz zum Konzept der natürlichen Krankheitseinheit bildet eine Position, die auch beim Verf. vorhanden ist, aber dort wegen dessen Relativierungsthese ihre brisante Polarität verloren hat. Diese Position ist der von F. Hartmann ausgesprochene Gedanke, die bisherigen Krankheitseinheiten durch Problemeinheiten zu ersetzen. Die Aufgabe lautet nach seiner Ansicht: „Ersatz der Diagnose im bisherigen Sinne durch Probleme, die die gesamte Wirklichkeit des kranken Menschen decken, besser aufdecken.“¹⁶ Ein solches problemorientiertes Denken in der Medizin würde zu neuartigen Krankheitseinheiten, wie sie ja jede Beurteilung voraussetzt, führen. „Die Krankheitsbilder und Diagnosen wären zu zerlegen in Einheiten pathogenetischer Ereignisketten. Diese Einheiten zwischen Symptom und Krankheit im bisherigen Sinne müssen mit allen Mitteln der Morphologie, Physiologie, Biochemie, Psychologie, Soziologie definiert und – wenn möglich – quantifiziert werden. Die Einheiten sind in Netzschemata miteinander zu verbinden.“¹⁷ Auch für die Klassifikation hat F. Hartmann ein anderes Prinzip. Statt der Taxonomie schwebt ihm der Leibniz'sche Gedanke einer „ars characteristica“ vor, „eine Logistik der Heilkunde im Fließgleichgewicht mit der Entwicklung ihres Wissens, ihres Könnens und ihrer Problemeinsicht“.¹⁸

Es wäre wünschenswert und interessant gewesen, diesen Gegensatz weiterzuerforschen. Dem Verf. schwebte wahrscheinlich zunächst einmal eine kritische Bestandsauf-

¹⁶ F. Hartmann, Definition von Krankheitseinheiten. In: Computerunterstützte ärztliche Diagnostik (Stuttgart 1973) 65.

¹⁷ A. a. O. 66.

¹⁸ A. a. O. 67.

nahme vor, was ihm in der Tat völlig geglückt ist. Die Untersuchung vermittelt einen nahezu vollständigen Überblick über die bisherige medizintheoretische Diskussion zum Diagnoseproblem. Das überzeugende Argument des Verf., wonach für Grundbegriffe praktischer Disziplinen eine wissenschaftstheoretische Untersuchung im engeren Sinne nicht ausreicht und durch handlungstheoretische Überlegungen ergänzt werden muß, hat der Diskussion zudem eine bessere Basis gegeben. In Zukunft ist insbesondere von der Vertiefung des handlungstheoretischen Gesichtspunktes ein Fortschritt zu erwarten. Es ist zu hoffen, daß der Verf. dieses Thema nicht aus den Augen verliert.

August Vetter als Metaphysiker

Von Alois DEMPFF (München)

August Vetter, 1887 in Elberfeld geboren und im Oktober 1976 in Ammerland am Starnberger See gestorben, hat mit der ihm eigenen auf Gemeinverständlichkeit bedachten Sprachgewalt in „Psychologie in Selbstdarstellungen“ seine Lebens- und Werkgeschichte geschrieben, die Geschichte eines Gläubigen, eines Denkers und Seelenforschers. Daß er schon im Elternhaus die Atmosphäre der drei Konfessionen erlebte (der Vater war reformiert, die Mutter evangelisch und der Großvater katholisch), war für ihn wohl von Bedeutung. Er hat die Gegensätze später in der eigenen Persönlichkeit zu binden gelernt, ihre anthropologischen Voraussetzungen erforscht, in der Geistesgeschichte verfolgt und schließlich die Lösung der Zeitnot von der Glaubenseinigung erwartet.

In seinem Frühwerk von 1913, „Die dämonische Zeit“, das erst 1919 veröffentlicht wurde, ist die Konzeption seines Lebenswerkes enthalten. Von Anfang an erkannte er den Zusammenhang von Erkenntnistheorie, Logik und Ontologie. Angeregt durch Kants „Transzendente Ästhetik“ und Bergsons Zeitlehre, untersucht er die Synthese und Antithese von Raum und Zeit in Materie und Geist und sucht das durch Kant nach „innen“ verschobene Gleichgewicht durch die betonte Entsprechung zwischen Natur- und Geistesgesetz wieder auszugleichen. „Die Relation von Zeit und Raum, die an sich das Absolute ist und als solches die apriorische Voraussetzung schlechthin bleibt, erscheint (konkret) in Zeit und Raum als Kausalität und kategorischer Imperativ“ (Dämonische Zeit II 52). Auch Einsteins Einführung der Zeit in die Physik hat Vetter ontologisch verstanden. Allerdings wollte er die Zeit nicht als vierte Dimension bezeichnen, er nennt sie Bewegungskraftgröße, *numerus motus*, die in notwendiger Wechselwirkung mit dem Zubewegenden die Gestalt bildet.

In der Theorie des Willens und der Liebe betont Vetter eine andere Entsprechung. „Auch Wille und Zwang, Freiheit und Notwendigkeit stehen in absoluter Relation“, „wir werden um so freier, je besser wir die Notwendigkeit kennenlernen“ (Dämonische Zeit II 52). Aus dem Lebensgrund erwachsen Phantasie und Streben, die in ihrer Erlebensbedeutung erkannt werden müssen. Diese Linie wird in dem neuen Buch von 1923 „Die Kritik des Gefühls“ weiterverfolgt. Die tiefenpsychologischen Vermögen werden im „Gemüt“ geeint, das Ausdruck der Leibseele ist. Damit korrigiert Vetter den „Es-komplex“ der naturwissenschaftlichen Tiefenpsychologen. Die Leibseele oder der Lebensgrund ist Wesenseinheit. Daß der Psychologe und Tiefenpsychologe die metaphysische Einheit immer im Auge behält, macht seine Sonderstellung unter seinen Zeitge-