

Vom Prozess des Diagnostizierens



Dass vor einer erfolgreichen Therapie eine angemessene Diagnose steht, ist eine Binsenweisheit. Diagnosestellung durch die Generalistin erfolgt prozesshaft, und immer kontextbezogen. Anders als (idealerweise) in Spezialistinnenpraxen, kommen Patientinnen nicht sortiert nach Verdachtsdiagnosen in die Hausarztpraxis, sondern mit mehr oder weniger diffusen, mehrdeutigen Beschwerden und Symptomen. Das offene

und dennoch zielgerichtete Hören expliziter und implizierter Äußerungen der Patientin ist Voraussetzung für das Finden des richtigen Weges. Es erfordert ärztliche Expertise: Erst umfassende Ausbildung und ausreichende Erfahrung setzen die Ärztin in den Stand, die auf den unterschiedlichen Ebenen erhaltenen Informationen einzuordnen, zu präzisieren und zu einer Hypothese zu formen. Dieser Prozess ist komplex, führt nicht immer gleich zu Gewissheiten, und ist nach außen in vielen seiner Aspekte schwer darstellbar. Zudem enthält er, als Ergebnis einer Interaktion, immer ein (unterschiedlich hohes) Maß an Subjektivität, und damit auch zahlreiche Gefahren.

Evidenzbasierte Instrumente sind wichtig. Gute, fachbezogene Algorithmen, die Raum für Komplexität und für kontrollierte Subjektivität lassen, schaffen Sicherheit (allerdings nicht immer Gewissheit). Sie stellen Fachwissen zur raschen Verfügung und reduzieren zufällige Subjektivität durch Einflüsse

wie Tagesverfassung, Müdigkeit, eigene Ängste und Wünsche, Zeitdruck, Abrufbarkeit des Wissens etc. Evidenzbasierte Entscheidungshilfen bilden ein Gerüst, das durch die verständige ärztliche Koordination und Integration komplexer Wahrnehmungen geformt und vervollständigt werden kann. Sie ermöglichen das kompetente, bewusste Oszillieren zwischen den Polen Objektivität und Subjektivität.

Gute Werkzeuge müssen entsprechend ihres Einsatzortes entwickelt werden. Vereinfachte Pfade und Entscheidungsbäume, die auf reinen Ja/Nein-Abfrageschemata beruhen, werden in einigen Bereichen zielführend eingesetzt. Sie eignen sich für Situationen mit niedriger Komplexität oder hoher Dringlichkeit (Rettungsleitstellen etc.), und auch dort sind definierte Handlungsspielräume nach Maßgabe der verfügbaren Expertise sinnvoll. Instrumente, die Komplexität reduzieren, erfüllen ihren Zweck als Absicherungsmaßnahme für Ärztinnen (und Institutionen) nur im oben beschriebenen Kontext. Als Ersatz für ärztliche Expertise können sie – ohne Qualitätsverlust – nicht eingesetzt werden.

Das Missverstehen von Entscheidungshilfen als Mittel zum Ersatz von Entscheidung hat zu dem geführt, was Trisha Greenhalgh in ihrer Analyse als „Overemphasis on following algorithmic rules“* bezeichnet und als einen der Gründe für die von ihr und anderen georteten „Krise der evidenzbasierten Medizin“ anführt.

Der Fallbericht einer Kollegin im vorliegenden Heft demonstriert am Beispiel der DEGAM-Leitlinie „Brustschmerz“, wie gut handhabbare, auf das Fach und seine Besonderheiten zugeschnittene Instrumente als Unterstützung vorhandener Expertise geschätzt und genützt werden können.

Susanne Rabady

*Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348: g3725