

Die Intuition diktiert mit

Ausgesprochenes und Unausgesprochenes im radiologischen Befundbericht

Werner Golder

Die kreative Leistung des diagnostischen Radiologen wird am schriftlichen Befundbericht, die Qualität der Mitteilung aber nicht ausschließlich an der Treffsicherheit der medizinischen Aus-

auch die Variationsbreite diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen.

Die mit dem radiologischen Befundbericht verbundene intellektuelle Leistung wird traditionell als Interpretation

fängers, also dessen Reaktion auf das mitgeteilte Resultat. Unabhängig davon, ob die diagnostische Aussage richtig ist oder nur mehr oder weniger zutrifft, wird das Verhalten, das sie beim Auftraggeber auslöst, durch die Formulierung geprägt. Zum anderen bestimmt sie den Grad der Zufriedenheit des gewählten Empfängers mit der diagnostischen Leistung und seine Bereitschaft, die Zusammenarbeit mit dem Radiologen in gleichem oder anderem Umfang fortzusetzen. Beide Effekte sind in der Praxis-Radiologie stärker ausgeprägt als in der Krankenhaus-Radiologie. Beim Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bzw. umgekehrt werden sie daher vielfach besonders gut sichtbar.

Prof. Dr. med. Werner Golder ...



... ist Arzt für Radiologie und hat zwei Jahrzehnte an den Kliniken der Technischen Universität München und der Freien Universität Berlin gearbeitet, gelehrt und geforscht. Seit 2004 ist er in Frankreich in seinem Fachgebiet tätig. Das Interesse an philologischen Fragen der Medizin entspringt einem Zweitstudium der Gräzistik, Latinistik und Vorderasiatischen Archäologie.

sage gemessen. Ein und derselbe Befund kann auf verschiedene Weise formuliert werden. Zahlreiche habituelle und akzidentelle Faktoren nehmen Einfluss darauf, was ausgesprochen und was nicht ausgesprochen wird bzw. was wie gewertet wird und was ohne Bewertung bleibt, also nur als Faktum kommuniziert wird. Je weniger sicher eine Diagnose ist und je weniger vorhersehbar ihre möglichen Konsequenzen sind, desto mehr Abstufungen und Umschreibungen sind im Bericht zu erwarten.

Die Entscheidung über Art und Umfang des schriftlichen Befunds fällt nicht erst im Moment des Diktats, sondern wird durch Kenntnisse der Vorgeschichte und Symptomatik, den persönlichen Kontakt mit dem Patienten sowie durch eine Reihe von Umständen bei der Betrachtung der Bilder beeinflusst [1, 2]. Die Radiologen setzen Beobachtung und Fachwissen in intra- und interindividuell unterschiedlicher Art und Weise in die diagnostische Botschaft um. Die Intuition, also das instinktive Erfassen der gebotenen Proportionen beim Informationstransfer in der bildgebenden Diagnostik, erklärt nicht nur die Unterschiede in Umfang und Tiefe von Diagnose und Differenzialdiagnose, sondern

bezeichnet. Dieser Terminus beschreibt den in Etappen ablaufenden Prozess der Urteilsfindung allerdings nur unvollständig. Er suggeriert, der Radiologe habe etwas Fertiges zu interpretieren – wie der Philologe ein Gedicht oder der Musiker eine Partitur. Das radiologische Bildokument ist aber ein Produkt, dessen Herstellung und Qualität der Interpretationsverantwortlich prägt und dessen Eigenschaften er verändern kann. Hinzu kommt, dass der Untersucher auf allen Stufen der Bildung seines diagnostischen Urteils von einer Reihe emotionaler Faktoren beeinflusst wird, die mehr oder weniger vorhersehbar sind, mehr oder weniger bewusst wahrgenommen werden und mehr oder weniger starke Wirkung entfalten. Was schließlich im Befundbericht steht und in welche Sätze es dort gefasst wird, bahnt sich im Vor- und Umfeld der Untersuchung an. Befundberichte sind Schriftsätze, in denen Objektivität durch Intuition moderiert wird. Wie groß der Einfluss ist, hängt vom urteilenden Arzt ab und der Situation, in der er sich befindet.

Die Variationsbreite des schriftlichen Informationstransfers hat zwei wesentliche Konsequenzen. Sie beeinflusst zum einen die Antwort des Emp-

Die Erwartung prägt den Befund

Die diagnostische Mitteilung wird, noch bevor der Radiologe mit der Untersuchung begonnen bzw. die Bilder betrachtet hat, durch die Art und Weise geprägt, wie der Untersuchungsantrag gestellt ist. Der Abgleich der formalen Angaben (Alter, Geschlecht und Beruf des Patienten, Fachrichtung des zuweisenden Arztes) mit epidemiologischen Kenntnissen und Erfahrungen löst grundsätzlich eine bestimmte Erwartungshaltung aus; der Radiologe justiert dementsprechend seinen Erwartungshorizont. Der Blick in die Stammdaten lässt eine Reihe von Diagnosen und Differenzialdiagnosen weitgehend ausschließen und macht dafür andere wahrscheinlich. Einen ähnlichen vorentscheidenden Effekt hat die Mitteilung, ob es sich um eine Erstuntersuchung, eine Wiederholungs- bzw. Folgeuntersuchung, eine Screeninguntersuchung oder ggf. um die Untersuchung im Rahmen einer Studie handelt. Wenn diese

Information fehlt, steht dem Bericht ein Verlust an Prägnanz bevor [3]. Befunde zu Bildern, die ohne ausreichende Kenntnis klinischer Daten erstellt werden, sind zumeist sowohl länger als auch breiter und wirken weniger verlässlich. Dass darin fast unweigerlich manche Elemente beschrieben und bewertet werden, die mit dem aktuellen klinischen Problem wenig oder nichts zu tun haben – müssen sie doch zu jeder denkbaren Konstellation passen –, mindert ihren Wert aber nicht grundsätzlich. Umgekehrt ist der Untersucher bei bildgebender Diagnostik, die obligat mit Patientenkontakt verbunden ist, z.B. bei der Sonografie, eher geneigt, sich festzulegen und einen objektiv geringfügigen Befund nicht nur als verdächtig, sondern als positiv zu werten, wenn der klinische Kontext dafür spricht.

Nach übereinstimmender Ansicht sind präzise klinische Daten und gezielte Fragen des überweisenden Kollegen der beste Wegweiser zu schlüssigen und therapeutisch verwertbaren Aussagen des Radiologen. Andererseits wird er durch eben diese Angaben unter einen gewissen Druck und in eine gewisse Ausrichtung des Denkens gesetzt. Der überweisende Kollege erwartet, dass der Radiologe das geschilderte Problem sowohl methodisch als auch interpretatorisch löst und das Resultat in einen ebenso intelligenten wie sensiblen Befundbericht fasst.

Wenn es dem Untersucher nicht gelingt, den Auftrag inhaltlich befriedigend zu erfüllen, wird auch die Formulierung des Berichts zum Problem. Es fällt leichter, eine Verdachtsdiagnose zu bestätigen als sie zurückzuweisen und eine Alternativaussage zu präsentieren, die aufgrund von Vorgeschichte und Befunden womöglich weniger naheliegt. So kann dieselbe Diagnose, um Rücksicht auf den Zuweiser zu nehmen, einmal im Brustton der Überzeugung und das andere Mal mit einem weichen Akzent geäußert werden. Es kommt zwar eher selten vor, dass der Radiologe für eine Verdachtsdiagnose, die sich als falsch herausstellt, kritisiert wird. Dennoch wird generell der vorsichtig ausgesprochenen Warnung der Vorzug vor dem schrillen Alarmruf gegeben. Eine ähnliche Herausforderung an die Formulierungskunst kann die Rolle bedeuten, in die der Radiologe bei post-interventionellen Kontrolluntersuchungen als mehr oder weniger unfreiwilliger Kontrolleur des Thera-

pieerfolgs der Vertreter der klinischen Disziplinen gerät. Während er einen günstigen Verlauf mit wenigen Worten adäquat beschreiben kann, zieht er sich für die Darstellung des Gegenteils in Worthülsen oder halb offene Aussagen zurück.

In der ambulanten Praxis ist es manchmal auch der Radiologe, der dem Patienten den Befund demonstriert und mögliche Konsequenzen anspricht. Ausnahmsweise kehrt ein Patient auch nach der Lektüre des Berichts zu ihm zurück, um sich Details im Lichte weiterer Befunde oder im Hinblick auf geplante Maßnahmen erklären zu lassen. Auch und gerade in dieser Situation ist es von Vorteil, wenn der Bericht keine Aussagen oder Formulierungen enthält, die später relativiert werden müssen. Dies gilt gerade für Verdachtsdiagnosen oder atypische Befunde. Der Radiologe erweist sowohl sich als auch den Patienten einen Gefallen, wenn er in Zweifelsfällen Zurückhaltung übt und die Grenzen seiner Aussagen klar benennt. Beurteilungen, die mehr als drei oder vier Differenzialdiagnosen umfassen, werden innerhalb wie außerhalb akademischer Institutionen gemieden. Sie gelten nicht nur als aus Büchern geschöpfte Weisheit, sondern sind es meistens auch. Ebenso ist es ein Zeichen von Souveränität, wenn unauffällige Befunde in aller Kürze präsentiert werden. Der Ausdruck „sonst normal“ ist – unabhängig von der Art des angewandten bildgebenden Verfahrens – als Summenkürzel für alle diagnostisch nicht relevanten negativen Befunde vollständig ausreichend.

Der diagnostische Radiologe ist nicht Händler, sondern Handlungsbeauftragter. Dennoch hat er die Informationen, um die er gebeten worden ist, zu verkaufen. Das Vertrauen, das man ihm mit der Überweisung geschenkt hat, wird im Befundbericht durch die Kombination aus Zuwendung, Beobachtung und Beurteilung erwidert. Die explizite sprachliche Verknüpfung von Röntgenbefunden und Röntgenzeichen mit klinischen Diagnosen, wie sie etwa aus der Formulierung „als Hinweis auf ...“ ersichtlich ist, wird von vielen auftraggebenden Ärzten geschätzt. Sie sehen darin einen Hinweis auf klinische Kompetenz und das Bemühen um eine praxisnahe Interpretation. Beurteilungen, in denen deskriptive Elemente dominieren und der Verfasser sich nicht festlegt, werden hingegen als Zei-

chen dafür gewertet, dass der Radiologe die Übernahme von Verantwortung scheut und die abschließende Deutung der bildgebenden Diagnostik denen überlässt, die am Krankenbett stehen oder dem Patienten gegenüber sitzen und über die Behandlung zu entscheiden haben.

Der Radiologe hat durch die Entwicklung des interventionellen Sektors seiner Disziplin in den letzten drei Jahrzehnten neues Prestige gewonnen. Quantitativ ist dieser Bereich aber nachgeordnet. Für die bildgebende Diagnostik bleibt der Befundbericht unverändert das entscheidende Instrument, mit dem Autorität und Vertrauen gewonnen und gestärkt werden. Der Radiologe muss dabei immer wieder aufs Neue die Forderungen optimal zu erfüllen versuchen, die man unausgesprochen an ihn richtet, nämlich die nach Intelligenz, Individualisierung bei der Beurteilung eines Befundes und einem abwägenden Urteil, was hier mit Intuition benannt ist. Nur auf diese Weise kann er den Weg finden, der sich dazu eignet, auch in seiner speziellen Position ein fürsorglicher Arzt zu sein und die Konsequenzen seiner Arbeit für den Patienten und dessen Krankheit in vollem Umfang zu berücksichtigen [4].

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Werner Golder
Arzt für Radiologie
23, rue de l'Oriflamme
F-84000 Avignon
Frankreich

Literatur

1. Aideyan UO, Berbaum K, Smith WI. Influence of prior radiologic information on the interpretation of radiographic examinations. *Acad Radiol* 1995; 2: 205–8
2. Elmore JG, Wells CK, Howard DH, Feinstein AR. The impact of clinical history on mammographic interpretations. *JAMA* 1997; 227: 49–52
3. Leclère J, Leclère C, Ollivier L. Le compte-rendu radiologique: à fond la forme. *J Radiol* 2007; 88: 297–303
4. Hegedüs V. Which Way? *Eur J Radiol* 1989; 9: 1–2