

Jipp/Zoller

## **Differenzialdiagnose internistischer Erkrankungen – nach Leitsymptomen von A-Z**

**Urban & Fischer, München – Jena, 2. Aufl. 2003, 1154 Seiten,  
ISBN: 3-437-22890-0, Preis: 69,95 Euro**

Wie finden ein Arzt – eine Ärztin zur Diagnose einer Erkrankung? Wie können sie eine gewisse Sicherheit gewinnen, dass es diese und nicht etwa jene oder aber eine ganz andere Erkrankung ist, obwohl alle in Erwägung zu ziehenden Erkrankungen eine gleiche oder aber sehr ähnliche Symptomatik produzieren und deshalb sehr leicht miteinander zu verwechseln sind? Ein Beispiel mag verdeutlichen, was damit gemeint ist: Die Bläschen einer in Entwicklung begriffenen Gürtelrose (Herpes Zoster) können allergischen Hauterscheinungen außerordentlich ähnlich sehen. Entscheidend zu ihrer – zutreffenden – Diagnose ist die Klinik und die Anamnese. Die Begriffe „Klinik“ oder „klinische Untersuchung“ sind aus Ärztemund häufig zu hören. Beides meint schlicht und herzergreifend die direkte Untersuchung des PatientInnenkörpers mit dem ärztlichen Auge und seinen Händen, also Abtasten, Drücken, Hautfalten bilden etc. – hierhin gehört der medizinische Ausdruck „Palpation“. Anamnese heißt, den oder die PatientIn präzise zu befragen, was, wo, wie weh tut, ab wann und in welchem lebensweltlichen Zusammenhang oder was dem oder der PatientIn sonst noch aufgefallen ist im Vor- oder Nebensfeld der Erkrankung. Bezogen auf die fraglichen Hauterscheinungen heißt das: Die Bläschen schmerzen und nässen und der betroffene Patient wird weitere schmerzende Körperregionen an Bauch und Rücken, an Hals oder Kopf angeben. Spätestens jetzt wird ein fähiger Arzt, eine fähige Ärztin nicht mehr an ein allergisches oder sonstig dermatologisch fassbares Ge

schehen denken, sondern an die Gürtelrose. Zwar mag er noch unsicher sein, ob es sich nicht vielleicht um ein Rückenleiden handelt mit Muskel-

hartspann, doch ist der Sitz der Schmerzen sehr charakteristisch. In unserem Beispiel tut es dem Patienten in ganz bestimmten Nervenabschnittsarealen beidseits der Wirbelsäule weh - was für eine Gürtelrose, also den berüchtigten Herpes Zoster spricht. Letztendliche Sicherheit wird in diesem Fall dann das Labor geben.

Das Beispiel ist relativ einfach – mag man meinen, doch ist dem keineswegs so. Herpes Zoster vermag nicht nur den unfähigen oder desinteressierten Arzt zu narren. Und so verhält es sich mit den wohl meisten anderen Erkrankungen auch. Hier hat die Differenzialdiagnose ihren außerordentlich wichtigen Platz – um nicht zu sagen, sie ist unverzichtbar. Kritisch für PatientInnen wird es immer nur dann, wenn dem mit Leidenssymptomen oder einem mehrdeutigen Erkrankungsbild konfrontierten Arzt oder Ärztin erstens differenzialdiagnostisches Wissen fehlt *und* sie kein gescheites Werk zur Hand haben, in dem sie rasch mal nachschlagen können, wenn sie zweitens die PatientInnen-Anamnese vernachlässigen und drittens im Laufe ihres Berufslebens PatientInnenphobien entwickelt haben sollten. Da hilft auch das beste differenzialdiagnostische Nachschlagewerk nicht. Die PatientInnenphobie ist bekanntlich eine der klassischen, beruflich erworbenen psychischen Zwangshaltung bei ÄrztInnen. Sie führt regelmäßig dazu, dass ÄrztInnen sich psychisch nicht mehr in der Lage sehen, ihre PatientInnen ausreichend zu befragen, ihnen zuzuhören, sie körperlich anzufassen und entsprechend zu untersuchen. Die dabei entstehenden Lücken versuchen sie in der Regel mit laboranalytisch gewonnenen Daten zu kompensieren – was nicht eben selten daneben geht und schlimme Konsequenzen für Diagnose und Therapie haben kann (oder aber hat).

Der Jipp/Zoller hatte seinen „Ursprung“ im Kopf des Arztes und (Mit)-Autors Peter Jipp „am Kran-

kenbett“. Im Vorwort zur 1. Auflage schrieb Jipp 1993:

„Angeregt durch meine akademischen Lehrer (...) habe ich versucht, den bei der praktischen Arbeit ablaufenden differenzialdiagnostischen Gedankengang nachzuzeichnen. Hierbei steht das anamnestische Aufspüren des Leitsymptoms an erster Stelle. Wenn möglich, werden dem jeweiligen Leitsymptom anamnestische oder klinische Differenzierungsmerkmale zugeordnet, wodurch sich eine praxisgerechte und didaktisch brauchbare, einfache Untergruppierung der mit dem gleichen Leitsymptom einhergehenden Erkrankung ergibt. In Verbindung mit weiteren anamnestischen und klinischen wegweisenden Nebensymptomen oder Befunden lässt sich eine Verdachtsdiagnose entwickeln. Die Sicherung der Diagnose gelingt dann unter Zuhilfenahme zusätzlicher klinischer Daten, klinisch-chemischer Parameter sowie technischer Untersuchungsverfahren. Besonderes Gewicht wurde auf anamnestische Daten gelegt, um den heranwachsenden und jungen Ärzten deutlich zu machen, dass erst ein detailliertes Erfragen der Krankheitsvorgeschichte einen differenzialdiagnostischen Ansatz ermöglicht.“

Keineswegs zufällig ist also, wenn der Band gleich zu Beginn und zunächst einmal die „Voraussetzungen“ für eine gute differenzialdiagnostische Praxis in Teil 1 thematisiert, nämlich: 1) die Gesprächsführung mit den PatientInnen, 2) die Anamnese und 3) den ärztlichen Blick. Die Anamnese steht unter dem Leitmotiv: „subjektive Beschwerden sind objektive Befunde!“ und das Wort Goethes „Was ist das Schwerste von allem? Was dir am leichtesten dünkt: mit den Augen zu sehen, was vor den Augen liegt“ begleitet das Unterkapitel „Der ärztliche Blick“.

An diesen beiden Leitmotiven müsste sich denn auch dieses Grundlagenwerk des inzwischen pensionierten Arztes, Peter Jipp und seines Nachfolgers, Wolfram G. Zoller, der nun der Ärztliche Direktor des Katharinenhospitals in Stuttgart, Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen ist, sowie die Beiträge der zahlreichen Mitautoren, aber enttäuschend wenigen Mitautorinnen<sup>1</sup>, beurteilen lassen.

Was umfasst nun dieses Werk? Teil 2 ist der 'Kern' des Bandes und schlicht mit „Leitsymptome“ von A bis Z betitelt. Wir finden hier die Stichworte zu zahlreichen Beschwerden oder anderen Auffälligkeiten, die PatientInnen in die Praxen füh-

ren: B wie Brustschmerz oder Bauchschmerzen, H wie Halsschmerz oder Herzgeräusche, K wie Kopfschmerzen und M wie Müdigkeit oder Muskelschwäche: es sind häufig in der Praxis zu hörende PatientInnen-Schilderungen. Dazwischen finden sich aber auch Stichworte zu bereits festgestellten Erkrankungen und/oder Anomalien wie z.B. Anämie, Hepatosplenomegalie, Hypertonie, Polyglobulie, Polyzythämie, Priapismus Trombophilie oder Trombozytose.

Unter A findet sich als erstes die **Adipositas, d.i. die Fettleibigkeit**. Das z.B. ist eine Diagnose, die vielen chronisch Giftstoffvergifteten schrill in den Ohren klingt, weil denkfaule ÄrztInnen deren Fettleibigkeit gern, sehr gern, allzu gern, flugs zur *Ursache* ihrer Leiden erklären und den Gedanken weit von sich weisen, die Fettleibigkeit könnte *Folge* anderer Einflüsse sein. Immer wieder berichten PatientInnen, sie hätten sich den Mund fusselig geredet und erklärt, sie äßen weder viel, noch süß, noch fett und seien trotzdem übergewichtig. Hungerkuren und Sport helfe nicht. Differentialdiagnostische Abklärung in Richtung Stoffwechselstörung? Immer wieder Fehlanzeige. Die ÄrztInnen unterstellten in schönster Regelmäßigkeit, sie, die PatientInnen lügten und machten sich was vor, um ihre Fettleibigkeit nicht ernsthaft angehen zu müssen. –

Was sagt nun der Autor Jipp dazu? Er sagt, es müsse abgeklärt werden (u.a.): das Essverhalten, die Hormonproduktion der Schilddrüse (Hypo<sup>2</sup>thyreose), ein Insulinom bei proportionierter Übergewichtigkeit und bei unproportionierter ein fraglicher Morbus Cushing durch adrenaline Überproduktion von Cortisol. Cortisol ist zwar unser Lebenselixier und Kraftbildungsreservoir, doch kann bei einem Zuviel die Bildung des adrenocorticotropen Hormons gehemmt und damit eine weitere Kaskade mannigfacher Entgleisungen im Stoffwechsel ausgelöst bzw. in Gang gehalten werden. Diese Fettleibigkeit kann von einem Adenom der Hypophyse oder aber einer Langzeitbehandlung mit Glukokortikoiden oder ACTH verursacht sein. Zu Grunde können aber auch, wenn auch nur in seltenen Fällen, Tumore im Bronchus, Thymus, Pankreas oder der Schilddrüse liegen, die ebenfalls zu einer Überproduktion von Cortisol führen.

Im Kapitel zum Stichwort „Adipositas“ werden also – diesem Muster folgen alle Stichwörterläuterungen

<sup>1</sup> Jipp/Zollner kamen offenbar fast nur Männer unter die Augen – oder haben sie da was übersehen?

<sup>2</sup> Hypo: unter; hyper: über.

- eine Reihe von möglichen Ursachen und biochemischen Abläufen dargestellt, die Leitsymptome/Nebensymptome kurz und prägnant erörtert und schließlich aufgezeigt, wie die Diagnose gesichert werden kann und welche Zusatzuntersuchungen der Arzt, die Ärztin, veranlassen muss oder im Zweifelsfall sollte.

Das zeigt sich schon hier ein gravierendes Problem. Jipp erwähnt den Zusammenhang zwischen Fettleibigkeit und Langzeiteinnahme von Glukokortikoiden. Er weist aber an keiner Stelle darauf hin, dass es sich dabei erstens um eine Fettleibigkeit durch die Aufnahme von synthetisierten Industriegiften handelt, die als Medikamente eingesetzt werden, und es zweitens viele weitere Industriegifte gibt, die zwar keine (bekannte) Heilwirkung haben, aber nach Aufnahme in den menschlichen Körper in bestimmter Weise biochemisch wirksam sind und ebenso zur Fettleibigkeit führen (können).

Der oder die um eine Differentialdiagnose besorgte Arzt oder Ärztin erfahren auch nicht, dass an der Regulierung des Körpergewichts bzw. Fettbildung eine ganze Reihe weiterer Hormone und Enzyme beteiligt sind, deren Funktionsfähigkeit und höchst fragiles Gleichgewicht durch z.B. chemische Nahrungsmittelmanipulationen mit hormonell und/oder enzymatisch wirksamen Substanzen empfindlich gestört werden können bzw. werden. Wir wissen inzwischen auch von vielen chemischen Substanzen, die in Inneneinrichtungen, in Textilien, in Sanitär-, Desinfektions- und Kosmetikmitteln oder (das vor allem) Pestiziden eingesetzt werden, die ebenso wirken. Da die meisten dieser in einem großen Teil kurz- und langlebiger Konsumartikel enthaltenen Substanzen in fast jeder Wohnung und in fast jedem öffentlichen Gebäude, einschließlich Schulen und Krankenhäusern (und in deren Küchen/Kantinen!) anzutreffen sind, ist es nicht nachvollziehbar, dass Störungen des hormonellen und enzymatischen Stoffwechsels durch Gefahrstoffe mit Fettleibigkeitsfolge in einem medizinischen Grundlagenlehrbuch zur Differentialdiagnostik nicht einmal erwähnt werden. Das ist allerdings keine lässliche Unterlassung. Die Autoren lassen damit all jene ÄrztInnen im Stich, die Rat suchen, weil sie PatientInnen haben, die fettleibig sind, aber mäßig und das Richtige essen und an keiner der hier besprochenen Erkrankungen leiden. Wenn sie den Jipp/Zoller aus der Hand legen und meinen, das war's, bleibt ihnen tatsächlich nur, ihre PatientIn-

nen zu verdächtigen, gelogen zu haben und in Wahrheit beim Süßigkeits-, Fleischfett- oder Alkoholkonsum tüchtig zuzulangen und sich zu wenig zu bewegen.

Selbstverständlich kann von einem einbändigen Werk zur Differentialdiagnose nicht einmal annäherungsweise Vollständigkeit gefordert werden. Das wäre hoffnungslos überspannt, doch gibt das Beispiel „Adipositas“ einen Hinweis darauf, welche medizinischen Aufklärungsprioritäten Jipp/Zoller implizit gesetzt haben – und mit wem in der Republik (und über deren Grenzen hinaus in globalisierte Weiten) sie es sich keinesfalls verscherzen oder gar in Konflikt geraten wollen. Also bleiben außerordentlich wichtige und bedeutsame differentialdiagnostisch zu berücksichtigende Ursachen für die Fettleibigkeit einer zahlenmäßig doch großen Gruppe von Menschen unerwähnt. Man begnügt sich statt dessen mit der Abhandlung außerordentlich selten vorkommender Ursachen – wiewohl hier nicht bestritten werden soll, dass auch und gerade die Darlegung selten vorkommender Erkrankungen nicht überflüssig ist und ihren Platz haben muss. Mit den gängigen Erkrankungen sammelt schließlich jeder Arzt, jede Ärztin, mannigfache Erfahrungen in der täglichen Praxis – mit den seltenen Erkrankungen aber eben nicht und das kann im Fall des Falles sehr unangenehme Folgen haben – für die ArztInnen ebenso wie für die PatientInnen.

Doch sehen wir weiter. Unter B findet sich die differentialdiagnostische Anleitung zur Abklärung von „Brustschmerz“. Hier wiederholt sich besagtes Muster. Zwar gibt die Unterteilung der Schmerzcharakteristika in • Schulter- und Schultergürtel-, •Brustwand-, •retrosternale und •epigastrische Schmerzen zusammen mit der Schmerzeinstufung: •atem- oder bewegungsabhängig/atem- oder •bewegungsunabhängig eine zunächst mal grobe Orientierung, die es erlaubt, die differentialdiagnostisch in Frage kommenden Erkrankungen jeweils weiter einzugrenzen, doch fehlen auch hier die so wichtigen Hinweise auf Brustschmerzen infolge chemischer Belastungen bzw. der Erkrankungen, die Industriegifte, aber auch mechanisch/physikalische Verletzungen im Brustraum zu erzeugen vermögen. Bezeichnenderweise sucht man hier Stichworte wie „Asbestose“, „Silikose“, Isocyanatasthma oder chemisch induzierte Entzündungen nach Exposition gegenüber ätzenden, reizenden oder inflammatorisch wirkenden Dämpfen

oder Aerosolen (usw.), begleitet von Brustraumschmerzen, vergeblich. Das Stichwort „Asbest“ findet sich lediglich im Kapitel über den Pleuraerguss unter „Mesotheliom“.

Da Gleiches in nahezu allen anderen Stichwortkapiteln zu beobachten ist, scheint es durchaus angebracht, noch einmal genauer nachzulesen, was Jipp/Zoller unter „Anamnese“ verstehen und wie weit – oder eben eng - sie den Radius der anamnestischen Befragung stecken. Tatsächlich präsentieren sie nur ein grobes Raster. Die Anamnese untergliedert sich in die jetzige, die frühere, die Familien-, die soziale und die vegetative Anamnese. Unter sozialer Anamnese heißt es:

*„Nicht weniger wichtig ist die Frage nach der Stellung des Patienten in seiner sozialen Umgebung. (...) Das Verhältnis zur Ehefrau, zu den Kindern und beruflicher Erfolg spielen für die Verarbeitung organischer Erkrankungen eine ganz zentrale Rolle. Gerade bei Patienten mit Organstörungen wie Asthma, Kolitis und vielleicht auch bei Karzinomen ist die soziale Anamnese von zentraler Bedeutung.“*

*Bei älteren Patienten sollte nach einer Berentung und deren Ursache gefragt werden. Berufliche Enttäuschungen lösen fast regelmäßig Befindensstörungen aus, wenn nicht sogar die „Krankmeldung“ ursächlich auf eine berufliche Herabsetzung oder eine nicht erfüllte berufliche Hoffnung bezogen werden muss.*

*Verborgen bleiben in der Regel anstehende juristische Probleme. Die Patienten äußern sich selten spontan über einen in der Vergangenheit durchgemachten Strafvollzug. Auch anstehende Gerichtsverfahren werden meist, selbst auf direkte Fragen hin, verschwiegen.*

*Das Ausmaß der Gestaltung eines Krankheitsbildes durch die persönliche Umwelt eines Patienten wird auch heute noch erheblich unterschätzt!“*

Das gibt zu denken. Mit welcher Art von Patienten hatten und haben diese Ärzte nur zu tun? Es muss sich um eine hoch selektive Spezies von Menschen handeln, die allesamt dasselbe wollen, dasselbe denken, nach den gleichen Mustern vorgehen, auffällig oft straffällig wurden und kaum je Vertrauen schenken, schon gar nicht den sie behandelnden Ärzten. Sollte es sich dabei vorwiegend um Medizinerkollegen gehandelt haben? - Aber Ironie beiseite, tatsächlich verrät der von Jipp und dem Chirurgen Anschütz, ebenfalls Katharinenhospital Stuttgart, verfasste Teil 1 eine wenig entwickelte Einfühlbarkeit in die Verschiedenartigkeit der sozialen Belange ihrer Patienten und ein äußerst simples Bild von den sozialökonomischen Wirklich-

keiten in dieser Republik. Die Welt ihrer PatientInnen besteht offenbar nur aus Männern mit Ehefrauen und Kindern, zu denen sie „ein Verhältnis“ haben, ansonsten für sie „beruflicher Erfolg“ zählt und sie bestrebt sind, ihre persönliche Lage dem Arzt gegenüber zu beschönigen, Straffälligkeiten zu verschweigen und auch nichts davon zu berichten, dass sie in gerichtliche Streitigkeiten verwickelt sind.

Soziologisch offenbart sich hier der beschränkte Kosmos aufstiegsorientierter Mittelstandsmänner mit Neigung zu Projektion und psychischer Abspaltung des eigenen sozialen Autismus, Hang zur Vorurteilsbildung und Pauschalierung, möglicherweise Lust an übler Nachrede und Diskriminierung von Menschen, die als Patienten zu ihnen kommen. Respekt vor PatientInnen, deren Motive, Weltsicht, Wert- und Prioritätssetzungen sowie verschiedenartigen Problemlagen verrät dieser Passus zur "sozialen Anamnese" jedenfalls nicht. Davon, dass Arme sehr viel weniger verdienen, die gefährlicheren Erwerbsarbeiten verrichten (sofern sie nicht bereits arbeitslos sind), eschlechter wohnen, schlechter essen und sich kleiden (müssen), also insgesamt ganz andere Wünsche und Sorgen haben, ihre Erkrankungen das Gesicht der Armut zeigen und sie im Schnitt mindestens zehn Jahre früher sterben – davon haben diese Ärzte offenbar noch nie etwas gehört. Das wären aber die Fakten, die in einer sozialmedizinischen Anamnese zu erheben wären – und nicht die Bestätigung des Verdachts, ein Patient sei wegen beruflicher Niederlagen und unerfüllter Hoffnungen in die Früherwerbsunfähigkeit abgetaucht, ansonsten aber gesund. Das beanspruchen vielleicht gewisse Ärzte, Rechtsanwälte oder Manager; Menschen aus der Unter- und Mittelschicht sind dagegen in der Regel gesundheitlich durch ihre lebenslange Arbeit so schwer geschädigt, dass sie nicht mehr arbeiten können.

Das ist der soziologische Aspekt. Bedenkt man jedoch, dass es **Ärzte** sind, die in einem Grundlagenlehrbuch zur Differentialdiagnose in der zitierten Weise über Patienten, ja, „herziehen“, das scheint tatsächlich das angemessene Wort, enthüllt der soziologische Aspekt zugleich einen Abgrund sozialpsychologischer Pathologie, die den Medizinbetrieb offenbar mehr und mehr infiltriert – und auch Einfluss auf die Inhalte nimmt, im konkreten Fall also auf das, was den Herren Jipp/Zoller und Mitautoren in diesem Band differentialdiagnostisch

bedenkens- und berücksichtigenswert zu sein schien.

In der von ihnen projizierten sozialen Welt ihrer Patientenmänner gibt es selbstverständlich weder Asbest noch Quarzstäube, keine Chemikalien, keine verseuchten Textilien, keine Autoabgase in den Wohnungen an belebten Straßen, kein Lärm und auch keine Frauen, die so disziplinos sind, sich den Frustwanst anzufressen – auf der teuren häuslichen Ledergarnitur (Made in India!). Von solchen Frauen trennt man sich und die täglichen Desinfektion und Pestizidvernebelung in der Klinik sieht man nicht. Damit hat man nichts zu tun, das macht das niedere Personal. Berufliche Belastungen existieren für sie anscheinend nur in Form von Niederlagen, enttäuschten Hoffnungen und Wegbeißbewegungen. Die Welten der Herstellung und Bewegung realer Dinge dagegen, also all der Arbeitsbelastungen in Handwerk, Industrie, Handel und natürlich auch in Privathaushalten, sowie die *dort* maßgeblichen Selbstwertmaximen, sind für sie nicht existent. Die Sozialcharaktere der *dort* arbeitenden Menschen und deren häufig genug arbeitsspezifische Erkrankungen sind für sie Bücher mit sieben Siegeln und fremd.

So vermag der Mediziner Differenzialdiagnose den schichtspezifischen Charakter der Medizin offenbaren – und deren Scheuklappen.

Ob das allerdings ausreicht, um den Nutzen eines solchen Grundlagenwerkes grundsätzlich zu bestreiten, ist damit keinesfalls entschieden. Sagen lässt sich jedoch: Die Ausblendung eines außerordentlich wichtigen Teils differenzialdiagnostischer Fragestellungen und Erkrankungsursachen führt zu einer eingeschränkten Brauchbarkeit eines solchen internistischen Werkes. Konkret heißt das, dass PraktikerInnen, die den Jipp/Zoller zur Hand nehmen, immer auch andere Werke zu Rate ziehen müssen, um differenzialdiagnostisch sicher gehen zu können. Die Frage dabei ist freilich, ob sie die Lücken bemerken und entsprechend zu handeln in der Lage sind.

Dem Jipp/Zoller ist nicht vorzuhalten, dass sie nur einen nach einem ganz bestimmten Kriterium ausgewählten Kreis differenzialdiagnostisch abzuklärender Fragen in ihren Band aufgenommen haben. Vorzuwerfen ist ihnen aber, dass sie darauf an keiner Stelle explizit hingewiesen haben. Sie vermitteln vielmehr den Eindruck, dieser Band fuße auf einem „generalistisch ausgerichteten Gesamtkonzept“ und habe lediglich auf die „Darstellung spezieller Detailinformationen“ verzichtet (Vorwort zur 1. Auflage) bzw. habe "trotz aller Bemühungen manches nicht berücksichtigt und anderes unvollständig dargestellt" wie es im Vorwort zur zweiten Auflage 2003 heißt.