

Frühe Bemühungen um eine adäquate Klassifikation in der Praxis

Klassifikationssysteme und der Hausarzt: Teil 2 von 4¹

Rudolf L. Meyer,

für die SGAM-Arbeitsgruppe Literatur und Dokumentation

R. N. Braun

R.N. Braun war der erste Allgemeinarzt, der mit einer genauen Analyse der Beratungsergebnisse in seiner Praxis seit 1944 über Jahrzehnte hinweg wertvolle berufstheoretische Grundlagen für die wissenschaftliche Entwicklung der Allgemeinmedizin gelegt hat. In PrimaryCare wurden 2004 aus Anlass seines 90. Geburtstages [1] sowie bei der Buchbesprechung seines neuesten Werkes [2] seine berufstheoretischen Erkenntnisse etwas ausführlicher dargestellt.

Braun erkannte, dass die Diagnostik hauptsächlich dazu diene, um im Rahmen des «abwartenden Offenlassens» «gefährlich abwendbare Krankheitsverläufe» rechtzeitig zu erkennen und eine adäquate Behandlung zu ermöglichen [3].

Braun hatte erkannt, dass die Diagnose als Handlungsanweisung einen höheren Stellenwert hat als ihr Erklärungs Gesichtspunkt.

So publizierte er bereits 1976 87 Handlungsanweisungen für schwerwiegende Erstkonsultationen [4]. Er hatte damit vorweggenommen, was der Arzt und Philosoph Wolfgang Wieland in seinem Werk breiter dargelegt hat: «Diagnose ist ein Handlungsbegriff, nicht ein wissenschaftlicher Erkenntnisbegriff; sie ist pragmatisch, nicht theoretisch.» [5]

Er zeigte, dass die klinische Diagnostik wohl eine Bedingung, aber nicht hinreichend für die Allgemeinmedizin ist und sich nicht einfach auf die hausärztliche Diagnostik übertragen lässt. Braun hat auch gezeigt, dass die von der Hochschullehre geforderte «komplette» Anamnese und die Durchuntersuchung sowie die routinemässige Benennung der vorliegenden Krankheit (echte Diagnose) in der Praxis nicht möglich ist; und dass dies offenbar auch in keinem ärztlichen Beruf überhaupt routinemässig geschieht. Der klinischen Diagnostik mit «ausführlicher Erst-

anamnese», «umfassender Erstuntersuchung» und «erweiterter Diagnostik», welche in der Regel zu einer Diagnose führt, setzte er die allgemeinärztlichen diagnostischen Bemühungen entgegen, welche den Arzt von der Beratungsursache des Patienten über ein «individuelles Herangehen» und «gezielte Befragung sowie Untersuchung» zu seinem Beratungsergebnis führt [6].

Durch genaue Beobachtung teilte er die allgemeinmedizinischen Beratungsergebnisse in vier Gruppen ein:

1. Symptom-Klassifizierungen (25%);
2. Symptomgruppen-Klassifizierungen (25%);
3. Krankheitsbilder (40%);
4. Diagnosen (10%).

Er konnte so zeigen, dass eine hieb- und stichfeste Diagnose nur in 10% aller Beratungsergebnisse gestellt werden kann [3].

Braun verwendete dabei den Begriff der Diagnose im klinischen Sinne strikt:

Eine Diagnose ist die wissenschaftlich zwingende Zuordnung eines Beratungsergebnisses zu einem Krankheitsbegriff bzw. einer Krankheits-Entität.

Ein Fallbeispiel, in welchem auch renommierte Spezialärzte (Internist und Chirurg) konsiliarisch an der Diagnose «akute Gastritis» festhielten und wo es durch eine zu spät erkannte Appendicitis perforata dann zu einem tragisch letalen Verlauf kam, veranschaulicht eindrücklich die Bedeutung dieser unterschiedlichen Kategorien. Wäre nicht eine Diagnose gestellt worden, sondern höchstens das «Bild einer Krankheit», so wäre der abwendbar gefährliche Krankheitsverlauf einer Appendizitis wohl eher bedacht worden [7].

Er setzte sich auch mit der ICD auseinander. Da in der ersten ärztlichen Linie aber etwa die Hälfte der Beratungsergebnisse nur eine Symptom- oder Syndrom-Klassifikation darstellt, müssten diese Fälle

¹ Teil 1 ist im Heft 8 erschienen; die weiteren Artikel dieser Serie werden in den nächsten Nummern von PrimaryCare publiziert werden.

Tabelle 1. Zweidimensionale Systematik nach R. N. Braun.

Kolonnen	Klassifizierung			
	A Symptom	B Syndrom	C Krankheitsbilder	D Diagnose
1 Fieber, Katarrhe der Lungenwege, Angina tonsillaris				
2 Myalgien, Neuralgien, Arthropathien, Kreuzschmerzen, Neuritiden				
3 Pyogene Infektionen der Haut				
4 Verletzungen				
5 Andere Beschwerden/Erkrankungen in der Thoraxregion				
6 Andere Beschwerden/Erkrankungen in der abdominellen Region				
7 Andere Beschwerden/Erkrankungen an der Haut				
8 Andere Beschwerden/Erkrankungen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich				
9 Andere Beschwerden/Erkrankungen in der urogenitalen Region				
10 Andere Beschwerden/Erkrankungen in der Augenregion				
11 Andere Beschwerden/Erkrankungen seitens der Nerven und der Psyche				
12 Sonstige Beschwerden und Erkrankungen				

streng genommen in die Hauptgruppe XVI der damaligen ICD-8 (Symptome und mangelhaft bezeichnete Affektionen) hineingenommen werden. Dazu hielt er fest: «Es widerspricht aber einer statistischen Grundregel, das halbe Material einer einzigen Position zuzuordnen. Eine Systematik ist ja ganz im Gegenteil dazu bestimmt, ein Ganzes in möglichst gleich grosse Teile zu bringen.» [3]

Aus diesem Grund erarbeitete er eine eigene zweidimensionale Systematik mit 12 Rubriken und 4 Klassifizierungen. Die Rubriken I-III basieren auf der diagnostisch und therapeutisch engen Zusammengehörigkeit sowie der Häufigkeit der Beratungsergebnisse, Rubrik IV ist für Verletzungen reserviert, Rubriken V-XI decken regionäre/funktionelle Bereiche ab und unter Rubrik XII werden alle «sonstigen Beschwerden und Erkrankungen» aufgeführt. Die Klassifizierungen differenzieren in:

1. Symptome;
2. Symptomgruppen;
3. Krankheitsbilder;
4. Diagnosen (wissenschaftlich zwingende Zuordnung des Beratungsergebnisses zu einem Krankheitsbegriff).

Der entscheidende Grund für das Ausbleiben einer generellen Akzeptanz dieser Systematik ist wohl im fehlenden Bezug der Braun'schen Klassifikation zur ICD zu suchen. Aber es gibt auch heute noch Grup-

pierungen, die mit dieser Klassifikation arbeiten, so etwa französische Kollegen [1].

Auch andere Gruppierungen von wissenschaftlich tätigen Allgemeinärzten erkannten, dass die ICD ungeeignet ist, um die in der Praxis angetroffenen Probleme adäquat zu umschreiben, und suchten ebenfalls nach Lösungen.

Die Ommoord-Liste

1974/75 publizierten in der niederländischen Zeitschrift *Huisarts en Wetenschap* vier in der Gruppenpraxis Ommoord-Rotterdam zusammenarbeitende Allgemeinärzte Untersuchungen aus ihrer Praxis, wobei sie nicht nur das Verhalten der Patienten bei Krankheiten, sondern auch bei anderen Problemen festhielten. Dazu schufen sie eine eigene Diagnosenliste, welche die wirklichen und praxisrelevanten Probleme der Patienten weit besser berücksichtigte als etwa die ICD. Sie bestand aus 15 Diagnosen- bzw. Problemgruppen, die insgesamt 248 Positionen in fortlaufender Nummerierung enthielten [9]. Erwähnenswert scheint mir, dass der Autor dieses Berichtes, H. Lamberts, später einer der wichtigsten Pioniere in der Entwicklung der ICPC war.

Einige interessante Positionen:

- 000 kein Arzt-Kontakt im laufenden Jahr
- 215 Bagatellverletzungen (die nicht unbedingt ärztlicher Hilfe bedürfen)
- 226 Fieber unbekannter Ursache
- 232 Überweisung
- 233 reiner Papierkrieg

Die Verdener-Arbeitsgruppe

Der Verdener Arbeitskreis für Allgemeinmedizin in Norddeutschland, in welchem u.a. prominente Allgemeinärzte wie Sturm, Haehn, Dreiholz usw. mitarbeiteten, entwickelte anhand von Untersuchungen aus den Jahren 1969/70 eine eigene Diagnosenliste, da sie keine adäquaten ICD-Nummern für Probleme wie Ehekrise, berufliche oder soziale Konfliktsituationen, für Erste Hilfe bei Unfällen, Säuglings- und Mütterberatung, aber auch für sexuelle Aufklärung etc. finden konnten [10–12]. Diese Liste umfasste rund 230 Positionen. Diese Diagnosenliste war dann auch ein wichtiger Bestandteil in der «Verdenstudie», einer Studie über die Struktur allgemeinmedizinischer Praxen, die sehr wichtige Hinweise über Aspekte des Patienten-Arzt-Kontaktes, der Diagnostik und Therapie, über Zusammenarbeit mit andern Ärzten usw. aufzeigte und in einem 167 Seiten umfassenden Buch publiziert wurde [13].

Die Klassifikation des RCGP

1952 wurde das Britische Royal College of General Practitioners (RCGP) gegründet als erste europäische nationale wissenschaftliche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Unter dem Leitmotiv von «Scientia cum Caritas» erhielt dabei die Forschung in Allgemeinmedizin einen hohen Stellenwert. An einer Arbeitstagung im November 1953 konstatierte das RCGP ein Defizit an Informationen über Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten in der Bevölkerung. Es wurde auch erkannt, dass die bestehenden Mortalitätsstatistiken zur Erhebung der dafür notwendigen Daten unbrauchbar waren [14]. Bei der ersten britischen Morbiditätsstudie 1955/56 [15], bei welcher als Klassifikations-Code die ICD-7 benutzt wurde, erkannte man, dass sich eine Vielzahl der Beratungsergebnisse im ICD-Code nur ungenügend verschlüsseln liess. Das RCGP entwickelte 1959, aufgrund dieser Morbiditätsstudie, an der sich 11 Praxen beteiligten, eine eigene Klassifikationsliste. Diese lehnte sich bewusst stark an die ICD an und umfasste zunächst 446 und später etwas über 500 Code-Nummern. Auch diese Studie zeigte, dass gut

die Hälfte aller Probleme – zumindest bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt – nicht in einer ICD-Rubrik erfasst werden konnte [16].

Die Einführung des Diagnostischen Index von Eimerl in der Form des sehr einfach zu handhabenden E-Book war sicher mit ein Grund zum grossen Erfolg dieser Klassifikation. In einem ledergebundenen Ringheft, das bequem in der Rocktasche getragen werden kann, wurden mit den Code-Nummern versehene vorgedruckte Blätter im Loseblattsystem eingelegt, wobei in den betreffenden Kolonnen und entsprechenden Altersrubriken lediglich Striche gemacht und später addiert wurden [17].

Mit dieser Klassifikation wurden danach auch in andern Ländern, vor allem im anglo-amerikanischen Raum, grössere Studien durchgeführt. In den Vereinigten Staaten wurde eine von Metcalfe auf die Verhältnisse der USA angepasste Form verwandt (RCGP-US). Die wohl bekannteste Studie mit dieser Klassifikation war die jene im Bundesstaat Virginia aus den Jahren 1973–1975, anlässlich welcher in diesen 2 Jahren 118 Ärzte bei 88 000 Patienten 526 196 verschiedene Gesundheitsprobleme dokumentierten [18].

Zu berichten ist noch über die «International Classification of Health Problems in Primary Care», das «International Glossary for Primary Care», eine nordamerikanische Klassifizierung, sowie den ICPC (International Classification of Primary Care). Letzterer entwickelte sich in starker Anlehnung an die vorangegangenen Klassifikationsbemühungen, doch davon mehr in der nächsten Folge.

Literatur

- 1 Meyer RL. Zum 90. Geburtstag von Robert Nikolaus Braun, dem grossen Pionier der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin. *PrimaryCare* 2004;4:20–3.
- 2 Meyer RL. Angewandte Medizin und wissenschaftliche Grundlagen. *PrimaryCare* 2004;4:456–7.
- 3 Braun RN. Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München: Urban & Schwarzenberg; 1970.
- 4 Braun RN. Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1976.
- 5 Wieland W. Diagnose – Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin: Walter de Gruyter; 1975.
- 6 Braun RN, Fink W, Kamenski G. Angewandte Medizin und wissenschaftliche Grundlagen. Wien: Facultas Universitätsverlag; 2004. S. 176.
- 7 Braun RN. Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München: Urban & Schwarzenberg; 1970. S. 122.
- 8 Ewert R, Perthel M. Zusammenfassende Bewertung ambulanter Krankheitsklassifikationen. *Z Ärztl Fortbild* 1992;86:179–82.
- 9 Lamberts H. Morbiditätsanalyse 1972 der Gruppenpraxis Ommoord, Niederlande. Eine neue Liste der Krankheiten und Probleme für die Allgemeinmedizin. *Allgemeinmedizin International* 1975;4:75–8.
- 10 Dreiholz KJ, Haehn KD, Hildebrandt GS, Kossow KD, Sturm E. Ergebnisse, Probleme und Konsequenzen einer vergleichenden Diagnosestatistik. *Allgemeinmedizin International* 1972;1:103–9.

- 11 Dreibholz KJ, Rohde PA. Die Verdener Diagnosenliste. *Der Praktische Arzt* 1973;10:1824–38.
- 12 Dreibholz KJ, Haehn KD, Hildebrandt GS, Kossow KD, Sturm E. Häufigkeit von Krankheitsbezeichnungen in fünf Allgemeinpraxen. *Allgemeinmedizin International* 1974;5:21–5.
- 13 Moehr JR, Haehn KD, Hsrg. Verdenerstudie – Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen. Schriftenreihe des ZI, Band VII. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 1977. S. 169.
- 14 Ewert R, Perthel M. Die Klassifikation der Vereinigung englischer Allgemeinmediziner. *Z Ärztl Fortbild* 1991; 5:829–30.
- 15 Logan WPD, Cushion AA. Morbidity Statistics from General Practice. Vol. 1. Studies on Medical and Population Subjects, No. 14, H.M.S.O., London 1958.
- 16 Research Unit of the RCGP: The diagnostic index. *J R Coll Gen Pract* 1971;21:619–21.
- 17 Meyer RL. Internationale Dokumentationssystem für den niedergelassenen Arzt: theoretischer Anspruch und praktische Anwendung. *Allgemeinmedizin* 1989;18:9–16.
- 18 Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. A statewide study in Virginia with its clinical, educational, and Research implications. New York: Appleton-Century-Crofts; 1976. pp 46.
- 19 Observatoire de la Médecine Générale, <http://omg.sfm.org/>

Dr. med. Rudolf L. Meyer
Bachstrasse 2
CH-4313 Möhlin
meyer.moehlin@hin.ch

Apropos

Humor in der Sprechstunde

«Humour was used in a large proportion of encounters, independently of patient characteristics. Patients seem to be more sensitised to humour than physicians, probably because of their high stress level during medical encounters. Cultural differences may also play a part. Physicians should be made aware of this magnifying effect, and the issue should be discussed in medical schools.»

Granek-Catarivas M, Goldstein-Ferber S, Azuri Y, Vinker S, Kahan E. Use of humour in primary care: different perceptions among patients and physicians. *Postgrad Med J* 2005;81:126–30 (cited in: Journal Alerts, Global Family Doctor – Wonca Online; www.globalfamilydoctor.com)

BK