

Das Letzte, das interessiert ...?

Eine Erläuterung zur Berufstheorie, zu berufstheoretischen Begriffen. Das ist wohl das Letzte, das im Moment interessiert. Trifft es zu?

Die Idee zu einer Serie über die *Berufstheorie* der Allgemeinmedizin, wie sie **Robert N. Braun**¹ entwickelt hatte, entstand Monate vor der Corona-Krise. Geplant wurde insbesondere das Vorstellen der *kasuographischen* Begriffe für die häufigsten Gesundheitsstörungen. Auch deren Bedeutung im Zusammenhang mit der seit Jahrzehnten diskutierten Kodierung im ambulanten/niedergelassenen Bereich sollte aufgezeigt werden. Dabei würden zwanglos andere *berufstheoretische* Begriffe zur Sprache kommen.

Bräuchten wir nicht schon längst eine gemeinsame, allgemein anerkannte und gelehrte Fachsprache? Jetzt, wo alle Mediziner und Medizinerinnen an einen Strang ziehen müssen. Wir wollen uns der Thematik nähern; gerade wegen ihrer Relevanz in der jetzigen COVID-19-Pandemie. COVID-19 ist keine Krankheit, die sich nur in Kliniken abspielt. Sie ist in der primärärztlichen Versorgung zu einem „klassischen“ *abwendbar gefährlichen Verlauf* (Braun) geworden, der bei jeder Erkrankung der Atemwege und bei Fieber zu bedenken ist; gefährlich hier sowohl bezüglich des Krankheitsverlaufes beim einzelnen Patienten als auch aus epidemiologischer Sicht.

Der Fall eines 19-jährigen Burschen ging durch die Medien. Er hatte Halsweh, Husten mit Atembeschwerden und fühlte sich abgeschlagen, ohne zu fiebern. Jeder denkt dieser Tage an eine mögliche Coronavirus-Infektion. Bei der Hotline „1450“ stufte man ihn nicht verdächtig genug für eine Testung ein. Der empfohlene Hausarztbesuch war an diesem Tag nicht mehr möglich, deshalb suchte der Patient eine Spitalsambulanz auf. Blutuntersuchung und

Lungenröntgen sollen nicht auffällig gewesen sein, die Sauerstoffsättigung angeblich vermindert. Eine COVID-19-Infektion habe man klinisch ausgeschlossen, hieß es. Der Patient solle umgehend einen Lungenspezialisten zur Klärung aufsuchen, ob eine asthmatische Erkrankung vorliege.

Wir wissen nicht, welche „Diagnose“ im Ambulanzbericht gestanden ist. Klar ist, dass keine Diagnose gestellt werden konnte. Aber wie bezeichnet man eine Erkrankung mit eben diesem Erkenntnisstand am Ende der Konsultation?

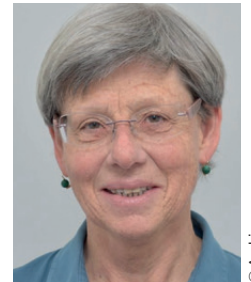
Die *Kasuographie* bietet inhaltlich klar umrissene Benennungen für solche diagnostische Situationen. Beim geschilderten Fall würde man primär die *kasuographischen* Begriffe *Luftwegekatarrh, kombiniert (afebril), Uncharakteristisches Fieber, Afebrile Allgemeinreaktion* erwägen.

Luftwegekatarrh scheidet aus, weil damit Affektionen ohne wesentliche allgemeine Beeinträchtigung klassifiziert werden.

Bleibt das Begriffspaar *Uncharakteristisches Fieber* und *Afebrile Allgemeinreaktion*.

Es sind neue, in die angewandte Medizin eingeführte Begriffe für Gesundheitsstörungen, die höchste ärztliche, diagnostische Aufmerksamkeit verlangen, zum einen wegen deren überragender Häufigkeit in der Allgemeinpraxis, zum anderen wegen der vielen möglichen gefährlichen Verläufe.

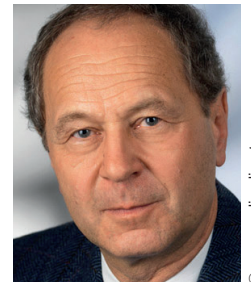
Brauns einschlägige Publikationen dazu finden sich ab 1957. Zuerst verwendete er noch den klinischen Begriff *Status febrilis*, er sprach von *uncharakteristisch Fieber* bis ein gutes Jahrzehnt später der Begriff *Uncharakteristisches Fieber* sowie das fieberfreie Pendant *Afebrile Allgemeinreaktion* geprägt waren. Keiner der zahlreichen



Dr. Waltraud Fink

Ärztin für Allgemeinmedizin

© Archiv



MR Dr. Gustav Kamenski

Vize-Präsident NÖGAM,
Leiter des Karl Landsteiner Instituts für
Systematik in der Allgemeinmedizin

© www.mediendienst

Versuche, äquivalente, geläufigere Bezeichnungen zu finden, fruchtete. Gerade die ungewohnten Begriffe signalisieren die Notwendigkeit für eigene Benennungen der Gesundheitsstörungen an der medizinischen Frontlinie.

Im *Kasuographie-Buch*² wird das *Uncharakteristische Fieber* ausführlich beschrieben. Hier wollen wir uns auf das Wesentliche beschränken.

Uncharakteristisch bedeutet in diesem Fall, dass keine, typischerweise mit Fieber einhergehende Krankheit erkennbar ist, also keine typischen Kinderkrankheiten, keine Meningitis, keine Malaria, kein Typhus, keine Streptokokken-Tonsillitis, keine spezielle (pyogene) Infektion eines sonstigen Organs, kein Erysipel et cetera.

Obligat beim Klassifizieren eines *Uncha-* ▶

rakteristischen Fiebers ist selbstverständlich Fieber mit der immer einhergehenden allgemeinen Beeinträchtigung, wie Mattigkeit, eventuell Kopfschmerz, Nausea, leichter Schwindel, Gliederschmerzen; des Weiteren können verschiedene Symptome vonseiten der oberen Atemwege, aber auch des Gastrointestinaltraktes bestehen; auch in Kombination oder in zeitlicher Abfolge. All das gilt auch bei der Klassifizierung *Afebrile Allgemeinreaktion*; mit Ausnahme, dass kein Fieber besteht. „Ich krieg’ nie Fieber“, sagen manche Patienten, oder: „Ich hab’ nicht gemessen, denn es war mir nur kalt.“

Für den geschilderten Fall könnte die Klassifizierung *Afebrile Allgemeinreaktion* passen, aber Atembeschwerden gehören NICHT zum Inhalt dieses kasuographischen Begriffs. Dyspnoe muss man zu den *Red Flags* zählen. Diese zwingen zu einer vertieften Diagnostik, beziehungsweise möglicherweise zu stationärer Beobachtung. Neben einer COVID-19-Infektion müssten auch andere Ursachen für Lungenauffektionen, Morbus Wegener, Pulmonalembolie, auch eine Myokarditis und vieles andere mehr bedacht werden. Ist anamnestisch eine Asthma-Prädisposition gegeben, würde man – bei fehlender Akuität – bis zur Klärung durch einschlägige lungenfachärztliche Untersuchungen *Dyspnoe* klassifizieren, zusätzlich zur *Afebrilen Allgemeinreaktion*.

In der Praxis müssen wir bei den allermeisten Fällen – oft nur abwartend – gedanklich offen bleiben. Die kasuographischen Begriffe umreißen klar die Lage, die „Szene der Gefahr“ (Rosowsky).

Würde hier nur eine ICD-Kodierung mit J06 (*Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege*) oder J22 (*Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet*) erfolgen, dann ginge dieses Wachsambleiben verloren.

Die ICPC-2-Codes wiederum würden sich in unserem Fall zwar ganz gut für die Kodierung einzelner Symptome als Beratungsanlässe eignen, ein definiertes zusammenfassendes Beratungsergebnis für den beschriebenen Zustand findet sich nicht. ■

Berufstheorie für die allgemeinärztliche Tätigkeit

„**Aufbau der Ausbildung.** Die Berufstheorie findet im Lernfeldunterricht statt. Hier erlernen Sie fächerübergreifend die theoretischen Grundlagen für die Berufsausübung an Hand von Handlungssituationen ...“

Nein, es handelt sich nicht um die neue Ausbildung zum FACHarzt, zur FACHärztin für Allgemeinmedizin. Es handelt sich um das Curriculum der Berufsschule für Friseur³.

Vor nicht allzu langer Zeit bestritten noch Barbieri und Bader die Primärversorgung.

Heutzutage ist die Allgemeinmedizin zuständig. Und hier begegnet uns die *Berufstheorie* wieder. Begründet wurde sie vom **Praxisforscher Robert N. Braun**¹. In den angeführten Originalzitaten beschreibt er, was damit gemeint ist:

„Im Unterschied zur voraussetzungslosen Erforschung des menschlichen Körpers und der Krankheiten war die angewandte Medi-

zin nur erforschbar durch Einführung von Bezügen zur Realität der Berufsausübung.

Diese Wissenschaftlichkeit unter Berücksichtigung der äußeren Umstände nenne ich – im Unterschied zur Wissenschaftstheorie – die *Berufstheorie*.

Berufstheoretisch Forschen heißt, die beruflich angewandte Medizin unter den jeweiligen äußeren Bedingungen logisch und epidemiologisch zu analysieren.

Das neue Wissenschaftsgebiet ist charakterisiert durch eigenständig aufgedeckte Gesetzmäßigkeiten sowie durch neue Begriffe, welche die elementare Forschung aus den Erfordernissen heraus geschaffen hat.“

Die **Kasuographie** zählt zu diesen neuen berufstheoretischen Begriffen. ■

Die Kasuographie

Der Begriff *Kasuographie* wurde von Robert N. Braun geprägt. Während die Nosographie die Symptomatologie von Krankheiten beschreibt, charakterisieren kasuographische Begriffe die diagnostischen Endsituationen in der Allgemeinmedizin.

Aus jahrelangen Fällestatistiken weiß man, dass in einer durchschnittlich großen Praxis 200–300 solcher Beratungsergebnisse regelmäßig, das heißt jährlich vorkommen.

Die kasuographischen Begriffe sind aus der täglichen Praxis im Wesentlichen aus Jargon-Bezeichnungen für Gesundheitsstörungen entstanden. Dabei gab und gibt es das Problem, dass die Inhalte dieser Benennungen individuell variieren.

Die Bemühungen um eine gemeinsame Sprache gehen zurück bis in die Fünfzigerjahre des vorigen Jahrhunderts. Besonders



Abb.: Barbier und Bader

Kolorierte Radierung. Aus: „Galerie der vorzüglichsten Künste“. Zürich – Leipzig 1820 © Ch. Brandstätter Verlag https://austria-forum.org/af/Heimatlexikon/Barber_und_Barbiere

Braun wies auf die unterschiedlichen Benennungen hin, die eine vergleichende Fällestatistik erschweren, ja sogar unmöglich machen.

¹ https://de.wikipedia.org/wiki/Robert_N._Braun

² Braun RN (2010, 3. Auflage, neu hrsg. u. bearb. von Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D) **Braun Kasuographie**: [K]lein Fall wie der andere ... Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung. Verlag Berger, Horn

Während in anderen Ländern an einem „Hineinpressen“ in die Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD) festgehalten wurde, zeigte Braun mit seinen Fällestatistiken, dass fast die Hälfte aller Beratungsergebnisse in der Allgemeinpraxis in der diagnoseorientierten ICD nicht korrekt abgebildet werden kann.

Theoretisch müsste die Hälfte aller Fälle dem Kapitel XVIII, „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“, zugeordnet werden. Aber eine Systematik, die eine Menge nicht aussagekräftig und ausgewogen aufteilt, sei zu hinterfragen, kritisierte Braun.

Die deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung empfiehlt interessanterweise ein Vermeiden dieses Kapitels, stattdessen die Bevorzugung einer Kodierung in den diversen Krankheiten-Kapiteln. Aber gerade dieses „Hinraten“, dieses Vermuten einer

bestimmten Krankheit kann das diagnostische Wachsambleiben behindern, wie Analysen von Fehldiagnosen zeigen, insbesondere bei einem Wechsel in der Versorgungsebene mag es auch weitere Behandler gedanklich einengen.

Zudem sind die, bei den ICD-Ziffern -.9 „nicht näher bezeichnet“ beziehungsweise bei -.8 „sonstige näher bezeichnet“ angegebenen Charakterisierungen unbefriedigend, weiß man doch nicht, wofür sie konkret stehen.

In der Allgemeinpraxis handelt es sich zu meist um Gesundheitsstörungen mit guter Prognose, wo sich eine weitere Abklärung oft erübrigt, da die Beschwerden abgeklungen sind. Angesichts der knappen verfügbaren Zeit sorgt eine „Minimax“-Diagnostik (Braun) für ein problemorientiertes Minimum an Untersuchungen, das ein Maximum an nützlichen Informationen bringt. Das Minimum sollte nicht unter-

schritten werden, bevor man *abwartend offen* bleibt.

Braun musste für die Vergleichbarkeit der einzelnen „Jahres-Fälle-Erhebungen“ in seiner Praxis seine eigene Nomenklatur konsequent beibehalten. Gemeinsam mit Kollegen, die an praxisepidemiologischen Studien und an der Informatik interessiert waren (Walter Buchstaller, Adolf Sonnleitner), begann Braun die von ihm in diesen Fällestatistiken verwendeten Bezeichnungen zu definieren. Patrick Landolt und Harro Danninger planten prospektive Fällestatistiken in ihren Praxen mit der gleichen Methodik wie Braun zu erheben und mussten dazu dessen Benennungen studieren. Aus der Beschäftigung damit entstand schließlich die Kasuographie mit den definierten Beratungsergebnissen der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der Praxis. 1992 erschien sie in Buchform. ■

Die Struktur eines kasuographischen Begriffes

In den Aufbau der jeweiligen Begriffsbeschreibung flossen die berufstheoretischen Erkenntnisse ein (siehe auch: Lehrbuch Braun RN, Fink W, Kamenski G [2007] Lehrbuch der Allgemeinmedizin – Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn):

- diagnostische Vorgehensweisen = allgemeinärztliche Routinen
- Klassifizierungsarten: Symptome, Symptomgruppen, BILD einer Krankheit
- gehärteter Diagnosebegriff
- abwendbar gefährliche Verläufe
- konkurrierende Beratungsergebnisse

Man bemühte sich auch, wenngleich nicht um einen Schulterchluss, so doch um ein Verstehbar-Machen der Kasuographie im internationalen Rahmen, und zwar durch Herstellen eines Bezugs zur ICD und zu der in dieser Zeit entwickelten ICHPPC (International Classification of Health Problems in Primary Care), aus der die ICPC (International Classification of Primary Care) entstanden ist.

Jeder der 316 kasuographischen Begriffe hat dieselbe Struktur (siehe Abbildung):

Die **Angaben** beschreiben die Beratungsursache, den Beratungsanlass, also warum

und wie sich die Betroffenen in der Praxis, beim Hausbesuch präsentieren.

Der **Untersuchungsgang** wird kurz umrissen und gelegentlich auf ein *diagnostisches Programm*, eine Art Checkliste⁴ hingewiesen, das entweder bereits bei der Erstpräsentation oder bei Therapieresistenz empfohlen wird; die für den kasuographischen Begriff typischerweise vorhandenen beziehungsweise fehlenden Zeichen, Beeinträchtigungen werden beschrieben.

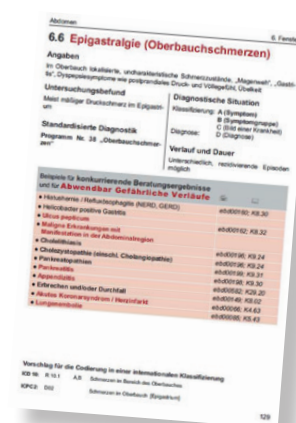
Passt eine Gesundheitsstörung zur jeweiligen Beschreibung wird noch an ähnliche, möglicherweise **konkurrierende Beratungsergebnisse** erinnert und vor allem gilt es *Respectanda* zu beachten, das sind die in diesem Fall zu bedenkenden **abwendbar gefährlichen Verläufe**, und eventuell in einer erweiterten Diagnostik auszuschließen.

Dann wird die **diagnostische Situation** bewusst gemacht, nämlich ob es sich um Symptom- oder um sogenannte Bildklassi-

fizierungen handelt oder tatsächlich um eine harte = eindeutige Diagnose.

Es ist wesentlich, den weiteren **Verlauf und die Dauer** zu beachten. Die kurzen Erläuterungen hier beruhen auf jahrelanger Praxiserfahrung. Mitunter sind die Beschreibungen vage; einfach weil die For-

schungen, Beobachtungsstudien noch fehlen, um konkrete Aussagen machen zu können. Weicht bei einem Patienten, bei einer Patientin der Verlauf vom beschriebenen ab, ist es ein Hinweis dazu, die Lage nochmals zu evaluieren, den einen oder anderen Befund zu überprüfen und die Diagnostik eventuell zu erweitern. Das gilt besonders bei Symptomklassifizierungen. ■



3 <https://gds2.de/gesundheits-koerperpflege/friseurin>
 4 Programmierete Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 92 praxisrelevante Checklisten für Anamnese, Untersuchung und Dokumentation. <http://www.springermedizin.de/checklisten-allgemeinmedizin>
<https://www.springer.com/de/book/9783662588925> [jüngste Auflage]

Aus der Praxis – für die Praxis

Bei den praxisepidemiologischen Forschungen haben sich diagnostische Erhebungseinheiten herauskristallisiert. Sie charakterisieren die speziellen Gesundheitsstörungen in der Allgemeinmedizin. Es geht hier nicht um neue Entitäten, wie in der Krankheitslehre, sondern einfach um (in der Praxis) abgrenzbare Erkrankungsfälle.

Diese Abgrenzung ist wesentlich bei der Erstellung von *Fällestatistiken*.

Man kann sich die Gesamtzahl der Fälle in einem bestimmten Zeitraum als ein großes Puzzlebild vorstellen: Die einzelnen Puzzle-teile haben ihre ganz spezielle Begrenzung und damit ihren ganz bestimmten Platz. Der Inhalt jedes *kasuographischen* Begriffs ist genauso eindeutig umgrenzt. Eine Gesundheitsstörung dieser oder jener Art soll damit klar zugeordnet, also klassifiziert werden können.

Recht großzügig kreieren spezialistische Fächer neue Begriffe und Akronyme, die zu neuen Krankheitsbezeichnungen werden. Warum sollte es in der Allgemeinmedizin nicht gelingen, ein paar Begriffe einzuführen, um unsere Praxisfälle mit einer gemeinsamen Sprache allgemein verständlich darstellen zu können?

Übersicht

Entsprechend der Braun'schen *Zweidimensionalen Systematik* mit ihrer Unterteilung in zwölf „Fenster“ sollen hier die wesentlichen neuartigen *kasuographischen* Begriffe vorerst einmal aufgelistet werden.

Fenster I Fieber, Katarrhe, Tonsillitiden

Afebrile Allgemeinreaktion, Halsschmerzen, Heiserkeit/Laryngitis, Husten, Luftwegekatarrh, kombiniert (afebril), Pharyngitis, Uncharakteristisches Fieber

Fenster II Myalgien, Arthropathien, Kreuzschmerzen

Arthropathie/Periarthropathie, Haltungs- und Ganganomalien, Kreuzschmerzen/Sakralgie, Myalgie, neuralgiforme Beschwerden, Ossalgie (Periostalgie), statische Beschwerden, sonstige, Zervikobrachialsyndrom

Fenster V Thorax, Kreislauferkrankungen

Beinödeme, uncharakteristische, Dyspnoe, Herzklopfen/Palpitationen, Kollaps/Kreislaufschwäche, akut, polymorphe Beschwerden in der Herzgegend, Präkordialschmerz, uncharakteristisch, Sputum/Auswurf, vermehrt, Tachykardie

Fenster VI Abdomen

Abdomenopathien, sonstige, Epigastralgie (Oberbauchschmerzen), Erbrechen und/oder Durchfall, Krämpfe, abdominelle, Sodbrennen, Übelkeit

Fenster VIII Hals-Nasen-Ohren-Region

Dysphagie/Schluckstörung, Otalgie

Fenster X Augenregion

Augenbrennen und/oder Augentränen, Augenschmerzen

Fenster XI Nerven, Psyche

Polymorphe, wahrscheinlich nicht organische Beschwerden, Tremor, uncharakteristisch

Fenster XII Sonstige Gesundheitsstörungen

Anfälle, sonstige, Beinkrämpfe/Muskelkrämpfe, sonstige, Kopfschmerzen, uncharakteristisch, Schwellungen und Infiltrate, unklarer Genese, Schwindel, uncharakteristisch, Synkope (Ohnmacht)

Sehr häufig begegnen einem bei den Begriffen die Zusatzbezeichnungen „uncharakteristisch“ und „sonstige“, die schon auf das Spezifikum in der primärärztlichen Versorgung hinweisen, dass sich diese Gesundheitsstörungen nicht zu einer definierten Krankheit zuordnen lassen.

Die Besprechung der **Transkodierung** zu den anderen bekannten Klassifikationen (ICPC, ICD) wird zeigen, dass die *Kasuographie* in mancherlei Hinsicht sogar präziser ist.

Über die **Häufigkeiten** dieser *kasuographischen Beratungsergebnisse* wissen wir schon viel – und doch sind breitere Erhebungen in verschiedenartigen Praxen noch wünschenswert, wozu wir wiederum zunächst die gemeinsame Sprache brauchen. ■