

Aus

Braun, RN (1961) Feinstruktur einer Allgemeinpraxis. Diagnostische und statistische Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart

Seite 18-11

## **Krankheit und Klassifizierung**

Im vorigen Kapitel ist gesagt worden, daß in der Allgemeinpraxis zumeist keine Diagnosen gestellt werden können. Das heißt es kommt in der Regel zu keinem wissenschaftlich zwingenden Erkennen und Benennen einer Krankheit.

„Krankheiten“ wären demnach berufstheoretisch zu verstehen als: Auf Grund forschender Bearbeitungen mehr oder weniger eindeutig zusammengefaßte Erscheinungen, Zeichen und Verläufe. Der Umfang der Eindeutigkeit hängt dabei von den Möglichkeiten ab, überzeugende Exklusionen und Konklusionen tätigen zu können.

Wie die Dinge nun in der Medizin liegen, gibt es unabänderlicherweise nebeneinander grundverschiedene Arten von Krankheitsbegriffen. Das setzt der wissenschaftlichen Eindeutigkeit engere Grenzen, als man gemeinhin glaubt. Die Eindeutigkeit ist noch am ehesten dort erreichbar, wo kardinale Kriterien objektiviert werden können: etwa durch die Erregerkultur bei Rachendiphtherie oder durch den histologischen Nachweis einer bösartigen Geschwulst. Der Arzt wird demnach von der Eindeutigkeit dort am weitesten entfernt bleiben, wo es überhaupt nichts zu objektivieren gibt. Das ist z.B. bei rein psychischen Störungen der Fall.

Auch in den unzähligen Bereichen zwischen den verschiedenen Diagnosenarten kann es keine Eindeutigkeit geben. Denken wir etwa an den obengenannten Fall einer peribronchiectatischen Pneumonie. Zu einer derartigen (morphologischen) Diagnose gehört u.a. die (ätiologische) Exklusion einer bakteriellen und einer Virus Pneumonie. Wie oft wird sich das überzeugend genug tätigen lassen; Wir wissen, daß negative serologische Befunde eine Virusinfektion keineswegs ausschließen. Abgesehen davon sind diese Tests mit allen Nachteilen indirekter Methoden behaftet.

Auch in der wissenschaftlichen Medizin muß es folglich oft genug und unvermeidlicherweise reine Ansichtssache sein, ob man von einer peribronchiectatischen Pneumonie sprechen wird oder nicht.

So hapert es einerseits in der wissenschaftlichen Medizin nicht selten mit der Diagnosestellung, d.h. mit der zwingenden Zuordnung von Fällen zu Krankheitsbegriffen.

Andererseits wiederum mangelt es in der Allgemeinpraxis nicht völlig an exakten Diagnosen. Bei dieser Minorität von Fällen bleibt dem Praktiker sogar oft nicht mehr zu tun übrig, als die diagnostischen Annahmen und Feststellungen seiner Patienten zu beglaubigen. Dies gilt für manche Verletzungen, Verbrennungen, Erfrierungen, Vergiftungen, Fremdkörpereinwirkungen, habituelle Luxationen, rezidivierende Zeruminalverschlüsse, Hernien u. a. m.

Die diagnostischen, vielfach richtigen Annahmen von Laien bezüglich epidemischer, besonders bezüglich der sogenannten Kinderkrankheiten, betreffen jedoch keine ätiologischen Diagnosen-, sondern nur Klassifizierungsbegriffe. Bei Masern, Varizellen, Röteln, Pertussis, Mumps usf. wird ja in der Praxis die Infektion weder direkt noch indirekt nachgewiesen.

Damit wollen wir uns dem Klassifizierungsproblem näher zuwenden. Dieser oder jener Praktiker mag meinen, es sei eine reine Haarspalterei, zwischen einer Diagnose und einer

Klassifizierung zu unterscheiden. Dieser Einwand läßt sich mittels praktischer Beispiele leicht widerlegen. Bedienen wir uns zunächst eines der häufigsten „abwendbar gefährlichen Verläufe“, der Appendizitis: Ist es für die Praxis tatsächlich gleichgültig, ob man einen Fall mit heftigen, typischen Unterbauchbeschwerden usw. als „Appendizitis“ diagnostiziert oder als „appendizitisches Bild“ klassifiziert?

Wenn der heutige Praktiker zu einem Fall gerufen wird, der zunehmende Schmerzen im rechten Unterleib angibt, darüber eine „Défense musculaire“ bietet, ansteigendes Fieber aufweist, erbrochen hat und rektal rechts sehr druckempfindlich ist, dann fühlt sich der Arzt ganz sicher, daß hier eine Wurmfortsatzentzündung vorliegt. Er stellt die „Diagnose“ Appendizitis, obgleich er die Entzündung nicht gesehen hat und obschon ihm bekannt sein muß, daß an die fünfzig andere Krankheiten gleichartig in Erscheinung treten können. Stellt der Praktiker hier eine „Diagnose“, dann verläßt er sich also letztlich auf die Regelmäßigkeit der Fälleverteilung bei diesem Symptomkomplex. Er verläßt sich, anders gesagt, auf die Erfahrung, daß unter den Ursachen für ein solches Bild die Appendizitis überragend häufig ist.

Die überragende Häufigkeit stellt ein statistisches Faktum dar. Und man muß die Diagnostik - ganz allgemein betrachtet - u. a. tatsächlich auf den Regelmäßigkeiten der Fälleverteilung aufbauen. Es ist jedoch indiskutabel, auf Grund solcher Gegebenheiten Diagnosen zu stellen. Daraus geht hervor, daß die genannte Praktiker-„Diagnose“ Appendizitis lediglich Wissen (auf Grund diverser Erfahrungen) vortäuscht.

Demgegenüber sagt die primäre Klassifizierung „appendizitisches Bild“ aus: Von derartig in Erscheinung tretenden Fällen bleiben durchschnittlich ungefähr .. % in häuslicher Pflege. Von den ins Krankenhaus eingewiesenen Fällen werden durchschnittlich etwa .. % laparotomiert, und davon .. % appendektomiert. In .. % der Fälle wird keine Operation getätigt. In diesen 4 Gruppen werden endgültig etwa .. %, .. %, .. %, .. % als appendizitische Bilder klassifiziert (bzw. - auf Grund des Operationsbefundes - als Appendizitis diagnostiziert), ferner .. %, .. %, .. %, .. % als (unklare) Abdomenopathien, .. %, .. %, .. %, .. % als unklare Fieberfälle (Status febrilis), .. %, .. %, .. %, .. % als Cholezystopathien klassifiziert werden usw.\* [\* *Derartige Statistiken gibt es noch nicht. Daher mußten die Prozentwerte (.. %) offen gelassen werden.*]

Mittels der klassifikatorischen Begriffe wird also eine diagnostische Situation in ihrer Unklarheit (gegenüber den wissenschaftlichen Krankheitsbegriffen) realistisch und damit in vernünftiger Weise betont. Infolgedessen bleiben die Wege des Denkens an alle möglichen „dahintersteckenden“ Diagnosen stets völlig frei. Gegenüber den primären „Als-ob-Diagnosen“ der heutigen Praktiker bedeutet das einen außerordentlich großen Fortschritt. Es handelt sich also keineswegs um eine Haarspalterei.

Der Fortschritt des Klassifizierens von Bildern u.ä. wird um so mehr evident, je mehr wir uns vom „klassischen“ Appendizitisfall entfernen. Es dreht sich ja bei dem „abwendbar gefährlichen Verlauf“ Appendizitis weniger darum, daß der Praktiker z.B. einen unklaren fieberhaften Infekt mit heftigen Leibschmerzen für eine Appendizitis nehmen könnte. Weist er einen solchen Patienten zur Appendektomie ein, so ist das nicht weiter schlimm. Der Arzt wird dann höchstens eine „Fehldiagnose“ nachgewiesen bekommen.

Bei dem ganzen Problem geht es vielmehr hauptsächlich darum, daß der Praktiker bei einem „atypischen“ Appendizitisfall - aus der nämlichen (falschen) Haltung heraus - je nach Umständen eine „Diagnose“ grippaler Infekt, Cholangiopathie usw. stellen wird. Und dann *ist* es für den Praktiker eine Grippe usw. und nichts anderes.

Auf diese Weise bringt die heutige gedankenlose Art des schnellen Diagnosestellens in der Praxis rundum ein höchst gefährliches Nachlassen der nötigen weiteren, vollen Aufmerksamkeit mit sich. Glücklicherweise hat das selten tragische Folgen. Es ist aber - mit diesen Erkenntnissen vor Augen - höchst bedrückend, immer wieder von tödlich verlaufenen Appendizitisfällen zu lesen, die unter verschiedensten „Fehldiagnosen“ verschleppt worden waren.

Sicherlich werden in alle Zukunft einzelne Appendizitisfälle - unvermeidlicherweise - verlorengehen. Doch wird das Areal des Unvermeidbaren auf Grund der Erforschung der allgemeinpraktisch angewandten Medizin (d. h. vor allem selbstredend auf Grund einer obligaten Lehre der resultierenden Forschungsergebnisse) sicherlich sehr stark verkleinert werden können.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Unter „Krankheiten“ sind - berufstheoretisch - auf Grund wissenschaftlicher Bearbeitungen nomenklatorisch zusammengefaßte Erscheinungen, Zeichen und Verläufe zu verstehen. Soweit der Allgemeinpraktiker seine Beratungsergebnisse derartigen Begriffen eindeutig zuordnen kann, ist er berechtigt, von einer Diagnosestellung zu sprechen.

Zumeist ist aber in der Praxis die überzeugende Zuordnung zu einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff unmöglich. Dennoch tun die heutigen Praktiker so, als hätte ihnen die traditionelle Ausbildung im Verein mit einer unnennbaren Berufserfahrung die Gabe verliehen, auf Anhieb, oder jedenfalls mit einfachsten Mitteln, Diagnosen zu stellen.

In der Tat jedoch „diagnostizieren“ sie - höchst einfacherweise - vor allem aus der persönlichen Erfahrung der Fälleverteilung heraus. So sehr sie damit bezüglich der Masse der Fälle (scheinbar) Erfolge haben - in bezug auf eine Minorität atypischer „abwendbar gefährlicher Verläufe“ ist solches ärztliches Denken und Handeln mit Gefahren verknüpft, die zu unnötigen Schädigungen und Verlusten führen müssen. Beweise dafür gibt es in der Fachliteratur ja leider übergenug.

Das Arbeiten mit klassifikatorischen Begriffen von *Bildern* u.a. wiederum gibt dem Allgemeinpraktiker zwar weniger Möglichkeiten, als „tüchtiger Diagnostiker“ zu glänzen. De facto muß aber der tatsächengerecht klassifizierende Praktiker dem heutigen „Diagnosen“-Steller im Wirken weitaus überlegen sein. Freilich wird sich das nur bei sehr wenigen Fällen faßbar auswirken. Da dies aber gerade diejenigen Fälle betrifft, auf die es ankommt, ist das Klassifizieren eines „Bildes einer Appendizitis“ -verglichen mit der heute üblichen „Diagnose“ Appendizitis - als bedeutsamer Fortschritt anzusehen.

Für das Überwinden des derzeitigen primitiven „Diagnosen“-Stellens steht dem praktischen Arzt heute noch nicht viel mehr zur Verfügung als die hier wiedergegebenen Erkenntnisse. Es wird also darauf ankommen, daß der Praktiker erfaßt, wie er künftighin zu denken haben wird. Genauer gesagt: Der Praktiker wird an Hand dieser Erkenntnisse seine eigenen Erfahrungen kritisch durchdenken, überlegt einordnen und seiner eigenen Routine das nötige Fundament wie die nötigen Korrekturen geben müssen.

Neben dem Denkprinzip zum Überwinden des „Diagnosen“-Stellens würde der Praktiker auch noch definierte klassifikatorische Begriffe benötigen. Diese Aufgabe ist aber viel zu groß, um auch nur von einer einzigen Ärztegeneration befriedigend bewältigt zu werden. Hier sind viele Jahrzehnte ungenützt verstrichen. Wir haben die Folgen zu tragen und müssen uns in Geduld fassen.

Als einen gewissen Rahmen für die individuellen Improvisationen kann ich den Praktikern immerhin die selbsterarbeitete und im folgenden verwendete eigene Nomenklatur empfehlen.

Wer selbst klassifikatorische Begriffe definieren will, kann sich am ersten definierten praktischen Klassifizierungsbegriff, am „Bild der Pertussis“ (BRAUN u. Hitti, s. a. BROCK) ein Beispiel nehmen. Gleichartig lassen sich die weit vorangetriebenen Bemühungen um die Definition des Begriffes „Status febrilis“ (BRAUN) als Vorbild verwenden.