



Frank H. Mader · Torben Brückner *Hrsg.*

# Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin

92 Checklisten nach Braun für Anamnese,  
Untersuchung und Dokumentation

*6. Auflage*

**EBOOK INSIDE**

 Springer

## Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin

Frank H. Mader  
Torben Brückner  
(Hrsg.)

# Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin

92 Checklisten nach Braun für Anamnese, Untersuchung  
und Dokumentation

6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit einem Geleitwort von Martin Scherer

6 Abbildungen, 31 Tabellen, 87 Übersichten,  
12 kommentierte Fallbeispiele

*Herausgeber*

**Frank H. Mader**  
Nittendorf, Deutschland

**Torben Brückner**  
Schwalbach, Deutschland

Ergänzendes Material zu diesem Buch finden Sie auf  
<http://springermedizin.de/checklisten-allgemeinmedizin>.

ISBN 978-3-662-58892-5      ISBN 978-3-662-58893-2 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58893-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 1990, 1995, 2003, 2005, 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © goodluz, stock.adobe.com, ID: 185581155 (Symbolbild mit Fotomodellen)

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature. Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Für  
**Waltraud Fink**

**Robert N. Braun**  
**(1914–2007)**

„Die Programmierte Diagnostik wurde von mir entwickelt, weil ich genug davon hatte, mich in der Praxis immer wieder davon martern zu lassen, dass ich auf Fragen und/oder Untersuchungen vergessen hatte.“

Braun RN (1999) Die angewandte Medizin. Eine schwere Aufgabe für die spezialistische Forschung. Typoskript (unveröffentlicht) S. 166

„Verwenden AllgemeinärztInnen Diagnostische Programme, dann können sie ruhiger schlafen. Sie taten, was heute möglich ist, um Abwendbar gefährliche Verläufe früh zu erfassen – oder auszuschließen.“

Braun RN (1999) Die angewandte Medizin. a. a. O., S. 174

## Geleitwort zur 6. Auflage

---

Liebe Leserinnen und Leser!

Das Bild der Allgemeinmedizin in der Öffentlichkeit ist in der Regel von der Tätigkeit des Hausarztes geprägt. Fragt man Laien, was sie unter Allgemeinmedizin verstehen, erhält man oft eine bildhafte Schilderung von ihren persönlichen Erfahrungen mit hausärztlicher Versorgung. Fragt man junge Studierende der Humanmedizin, denken einige (wenige) an hausärztliche Oberflächensurfer, die Zettel ausfüllen, andere denken an ärztliche Alleskönner, welche die gesamte Medizin beherrschen. Tatsächlich ist die hausärztliche Tätigkeit so vielfältig und verschieden, wie es die Hausärzte selbst sind. Daher kann es *die einzig allein* zutreffende Beschreibung nicht geben.

Die hausärztliche Versorgung ist nur eine, wenngleich die wichtigste und verbreitetste klinische Anwendungsform des Fachs Allgemeinmedizin. Allgemeinmedizin kann und sollte unabhängig vom Setting betrieben werden, das heißt, für die Identität des Fachs ist es von entscheidender Bedeutung, dass es nicht allein an die Hausarztztätigkeit gebunden ist.

Die Allgemeinmedizin gewinnt nämlich zunehmend an Bedeutung auch in den Krankenhäusern, und da nicht nur bei Patientinnen und Patienten, die mit niedrig-dringlichen bis mittelgradigen Beschwerden die Notaufnahmen aufsuchen. In Hamburg und anderen Standorten weht bereits seit einigen Jahren die Fahne der Allgemeinmedizin auf dem Gelände der Universitätsmedizin.

Die Identität unseres Faches wird ferner gestärkt durch die fortgeschrittene und noch weiter zunehmende Institutionalisierung. Die universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin leisten bereits seit Jahrzehnten in Forschung und Lehre Pionierarbeit. Gerade die Lehre, aber auch die allgemeinmedizinische Weiter- und Fortbildung sind auf Standardwerke angewiesen, welche die klinischen Kernaspekte der Allgemeinmedizin definieren – so wie das hier vorliegende Buch. Allgemeinmedizin ist eben nicht die Summe der abgespeckten Einzeldisziplinen. Genauso wenig wird der gute Facharzt für Allgemeinmedizin durch die Anzahl seiner Subspezialisierungen definiert.

Die Allgemeinmedizin ist spezialisiert auf den ganzen Menschen. Ihre Patientenklientel umfasst das Kind wie den Greis. Die allgemeinmedizinische Arbeitsweise berücksichtigt somatische und psychosoziale ebenso wie soziokulturelle Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es daher von besonderer Bedeutung, den *ganzen Menschen*, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen. Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist also eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft, vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.

In seinem ersten Lehrbuch (1970) führte Robert N. Braun fachsprachliche Begriffe ein wie Abwendbar gefährlicher Verlauf, Respectanda, Abwartendes Offenlassen; er definierte sie und illustrierte sie mit Praxisbeispielen. Spezielle Praxishilfen wie die problemorientierte Karteistruktur waren weitere Produkte seiner Forschungsaktivität ebenso wie die Programmierte Diagnostik (1976). Seitdem gab es mehrere Überarbeitungen und Neuauflagen dieser Werkzeuge. Die Programmierte Diagnostik war verlegerisch schon immer ein Erfolg. Die letzte Auflage enthielt eine beige packte CD zum Ausdruck der Programme. Sie halten nun das jüngste Produkt dieses Standardwerks in den Händen. Diese neue Auflage erscheint gleichzeitig auch als E-Book. Die Checklisten selber lassen sich erstmals online ausfüllen.

Die Programmierte Diagnostik ist instruktiv und praxisnah. Sie bildet wesentliche allgemeinmedizinische Denkmuster und Vorgehensweisen in der gesamten klinischen sowie bio-psycho-sozialen Breite des Faches ab. Nach der Lektüre dieses Buches wird auch der letzte Zweifel daran verfliegen sein, dass Allgemeinmedizin die Königsdisziplin ist!

**Prof. Dr. med. Martin Scherer**

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Hamburg, im Juli 2019

## Geleitwort zur 4. Auflage (Auszug)

---

Die Eckpfeiler der diagnostischen Programme von Robert N. Braun und Frank H. Mader sind damals wie heute

- die spezifische Fälleveteilung in der allgemein-ärztlichen Praxis (die statistischen Vorarbeiten für das 1955 von Braun publizierte „Fälleveteilungsgesetz“ gehen bemerkenswerterweise bis zum Jahr 1944 zurück);
- eine problemorientierte Vorgehensweise so weit wie möglich auf der Grundlage gesicherten Wissens („programmiertes“ vs. „intuitives“ Vorgehen) und schließlich
- die systematische Dokumentation und Evaluation.

Diese Denkweise war typisch für die deutschsprachige Medizin der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts und sie war – in der Retrospektive – ungewöhnlich

modern. Benannte sie doch die Rahmenbedingungen für gutes ärztliches Handeln, die heute als Charakteristika der evidenzbasierten Medizin (EbM) beschrieben werden.

Die „Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin“ ist deshalb aktueller denn je. Und insbesondere aus diesem Grund gilt den Autoren und dem Verlag unser Glückwunsch zur 4. völlig neu bearbeiteten Auflage dieses Standardwerkes für die allgemeinmedizinische Diagnostik – verbunden mit der Hoffnung auf weite Verbreitung.

**Günther Ollenschläger**

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med., FRCP Edin

Leiter der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

Köln, Februar 2003

## Vorwort zur 6. Auflage

---

Die 6. Auflage der Programmierten Diagnostik ist ein völlig neues Buch, obwohl es seit der Erstauflage vor 43 Jahren bis zur letzten Auflage 2005 kontinuierlich fortentwickelt und aktualisiert wurde.

Primäre Zielgruppe sind die niedergelassenen Hausärzte (Allgemeinärzte, Hausarztinternisten, Kinderärzte), aber auch Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) z. B. im Rahmen von Verbundweiterbildungen und Begleitseminaren sowie Medizinstudenten in Famulatur und Praktischem Jahr.

Nach dem Tod des Begründers der Programmierten Diagnostik und langjährigen Erstautors Robert N. Braun (1914–2007) war das Buch lange Zeit vergriffen und im Antiquariat gesucht. Durch die Hereinnahme des jungen Allgemeinarztes Dr. med. Torben Brückner, einem fundierten Kenner der Braun'schen Berufstheorie, als Co-Herausgeber und Co-Autor konnte das Wagnis einer völlig neu bearbeiteten 6. Auflage im Hinblick auf einen künftigen Generationenwechsel unternommen werden. Dies drückt sich auch in Folgendem aus:

- Allen bisherigen 82 Diagnostischen Programmen wurde ein umfangreicher einführender Vortext vorangestellt.
- Die meisten Vortexte enthalten eine „Übersicht: Die wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe und ähnlichen Beschwerdebilder“.
- 10 neue Programme erweitern das Beratungsspektrum, darunter die evaluierte Checkliste „Familiäre Problematik“.
- 20 neue allgemeinärztliche Autoren, überwiegend mit universitärer Anbindung, wurden für das Projekt gewonnen.
- Sämtlichen Programmen liegen die entsprechende Literatur sowie die Leitlinien der AWMF, insbesondere auch der DEGAM, zugrunde.
- Alle 92 Checklisten wurden komplett überarbeitet und sind für den Papierausdruck ebenso wie erstmals für die direkte elektronische Dokumentation verwendbar.
- Das gesamte Buch fußt auf dem ausgereiften berufstheoretischen Konzept von R. N. Braun, ausführlich dargestellt im Kapitel „Die Bedingungen der Allgemeinmedizin“.

Ein wesentliches Element der Neubearbeitung stellen die differentialdiagnostischen „Übersich-

ten“ am Ende der Vortexte dar. Diese basieren als Modifikationen auf dem Buch von Fink, Kamenski, Kleinbichler: Braun Kasuographie. Insbesondere Frau Dr. med. Waltraud Fink gilt der Dank für die diesbezügliche Zusammenarbeit.

Die Herausgeber haben sich ferner zu bedanken bei folgenden Kollegen für Anregungen bzw. kritische Bemerkungen zu einzelnen Programmen: Florian Amtage (Tremor), Bernhard Hemmer (Multiple Sklerose), Freya Ingendae (Seltene Krankheiten), Peter Kißkalt (Leber), Christian Lorenz (Skrotum), Thomas Mayer (Epilepsie), Manfred Radermacher (Augen), Florian Reim (Tropenmedizin), Christoph Seeber (Wirbelsäule).

Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer, Leiter des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin des UKE (Hamburg), gilt der besondere Dank für seine spontane Zusage, dieser Auflage ein Geleitwort voranzustellen.

Einmal mehr hat sich der Erstherausgeber zu bedanken bei Herrn Hinrich Küster, Senior Editor, für die jahrzehntelange erfolgreiche und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Hause Springer. Sie hat sich auch bei diesem anspruchsvollen Projekt aufs Neue bewährt. Zu danken ist wiederum auch Frau Kerstin Barton, Projektmanagerin Books & ePublishing, der Lektorin Frau Anne Borgböhmer, sowie Frau Yvonne Schlatter und Frau Jeanette Krause, le-tex publishing Leipzig, für ihre Geduld.

Aus Respekt vor dem berufstheoretischen und berufspraktischen Lebenswerk des Begründers einer wissenschaftlichen Allgemeinmedizin führt das Buch ab dieser 6. Auflage den Untertitel „Checklisten nach Braun“. Herausgeber, Autoren und Verlag hoffen, dass sich die Programmierte Diagnostik auch nach über einem halben Jahrhundert der Anwendung weiterhin als ein spezifisches und erprobtes Werkzeug im hausärztlichen Praxisalltag bewährt. Trotz Zeit- und Kostendruck sind wir Hausärzte dem Patienten die höchstmögliche Qualität schuldig.

Für die Herausgeber:

**Frank H. Mader**  
Nittendorf/Vichtenstein, im Juni 2019



## Einleitung zur 6. Auflage

---

Die programmierte allgemeinmedizinische Diagnostik hat sich aus den Bedürfnissen der täglichen Praxis heraus entwickelt. Ihr **Ziel** ist es, bei bestimmten Beratungsursachen möglichst umfassend, gezielt, rasch, reproduzierbar – und damit letztlich effektiver zu arbeiten als vorher. Ihr unbezweifelbarer **Vorzug** ist die zeitgleiche rechtskonforme Dokumentation.

Wer mit der „Programmierten Diagnostik“ noch keine Erfahrung hat, sollte nicht gleich mit einzelnen Checklisten „loslegen“, sondern sich erst mit der **Systematik des Buches** und dem **Aufbau der Programme** vertraut machen. Ideal wäre dazu ein Einführungsseminar oder die Schulung durch einen erfahrenen Anwender.

Das Buch gliedert sich in 4 Großkapitel: ► Kap. 1 führt in kompakter Form in Fachsprache und Berufstheorie der Allgemeinmedizin ein und beinhaltet wesentliche Aussagen zu Dokumentation und Verrechtlichung der hausärztlichen Krankheitserkennung. Die ► Kap. 2 und 3 befassen sich mit der Entwicklungsgeschichte, dem konkreten Anwendungskonzept und dem Aufbau der Programme (► Abschn. 3.2 „Welche Programme gibt es?“). Grundsätzlich zu empfehlen für jeden Anwender ist ► Abschn. 3.8 „**Zusammenfassung für Eilige**“ mit entsprechenden Binnenverweisen.

Das Großkapitel 4 gilt der Einzeldarstellung aller 92 Programme. Jedes Programm besteht aus einem knappen einführenden **Vortext** mit Übersicht über die „**wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe** und ähnlichen Beschwerdebilder“ sowie der eigentlichen Checkliste (Subjektiv/Objektiv). Die Kenntnis des Vortextes ist Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz der Checklisten.

Die **Checklisten** gehen einheitlich von der „Beratungsursache“ aus (**Subjektiv**: „Was klagt der Patient?“), führen über die Befunderhebung (**Objektiv**: „Was sieht bzw. untersucht der Arzt?“) zur Formulierung eines „Beratungsergebnisses“ und der entsprechenden Maßnahmen. Das den Programmen zugrunde liegende Schrifttum (Lehr- und Fachbü-

cher, Übersichtsarbeiten, Leitlinien – auch wenn sie z. T. abgelaufen sind) ist für die Zwecke der programmierten Diagnostik nur begrenzt heranziehbar, da es in den meisten Fällen diagnoseorientiert ist, also vom Beratungsergebnis ausgeht. Entsprechend gestaltet sich das Literaturverzeichnis.

Der unterschiedliche Zeilenabstand in einzelnen Checklisten ist technisch bedingt, da sich der Buchdruck an der Formatierung der E-Version orientiert.

Die **Dokumentation** läuft gleichsam „automatisch“ mit, indem die einzelnen Stichwörter („Items“) in einfacher Weise unterstrichen/markiert/ergänzt werden können. Dies lässt sich sowohl **handschriftlich** im Papierausdruck (► Abschn. 3.6.1) oder **EDV-gestützt** (► Abschn. 3.6.2) vornehmen.

Das **Stichwortverzeichnis** (S. 278 ff) ermöglicht durch seine umfangreichen Notationen einen vielfältigen Zugriff, teilweise auch für Begriffe im Arzt- und Patientenjargon.

Ausdrücklich möchte der Autor auf ► Abschn. 2.5 verweisen, das sich mit der Frage befasst: „Was hindert den Allgemeinarzt, programmiert zu untersuchen?“ sowie auf ► Abschn. 3.7 „Was sagt der Patient dazu?“. Bestimmte Zusatzinformationen zu diesem Buch finden sich auf der umfangreich ausgebauten Internetplattform **Mader: Fakten-Fälle-Fotos®**. Der Zugang für die Benutzer des Buches erfolgt nicht über Suchmaschinen, sondern ausschließlich direkt über die URL ► <http://www.mader-fakten-faelle-fotos.de/>.

Wir wünschen Ihnen eine stressfreie und erfolgreiche Anwendung unserer „Checklisten nach Braun“. Das Arbeiten damit soll beiden Seiten zum Vorteil gereichen: Ihnen und vor allem unseren Patienten.

Für die Herausgeber:

**Frank H. Mader**

Nittendorf/Vichtenstein, im Juni 2019

## Vorwort zur 5. Auflage (Auszug)

---

Als Klassiker in der täglichen Sprechstunde ist die „Programmierte Diagnostik“ heute längst etabliert. Unbestreitbar sind ihre Vorzüge für eine rasche, problemorientierte und qualitätsbewusste Befragung und Untersuchung des Patienten durch den Hausarzt. Angesichts zunehmender Verpflichtungen und Herausforderungen an eine problemorientierte und im Bedarfsfall auch für Dritte nachvollziehbare Dokumentation erfüllt die programmierte

Untersuchung mittels standardisierter Checklisten gerade mit dieser Auflage im besonderen Maße diese Aufgaben.

Für die Autoren:

**Frank H. Mader**  
Nittendorf, Januar 2005

## Vorwort zur 4. Auflage (Auszug)

---

Einen wesentlichen Nutzen hat das Buch für den Anwender dadurch gewonnen, dass es eine CD-ROM enthält, mit der sich der Arzt auf einfache Weise das jeweilige Programm im Format DIN A 4 ausdrucken kann. Die Oberfläche der Checklisten wurde noch stärker vereinheitlicht. Die einzelnen Fragen bzw. Überlegungen („Items“) zu den Komplexen „Subjektiv“ (d. h. „Was klagt der Patient?“ – „Was fragt der Arzt?“) und „Objektiv“ (d. h. „Was untersucht“ bzw. „veranlasst der Arzt?“) sind lo-

gisch, systematisch und redundanzfrei formuliert; sie beinhalten jene diagnostischen Überlegungen, wie sie der Arzt in der eigenen Hausarztpraxis bzw. in Zusammenarbeit mit dem hochspezialisierten fachärztlichen Bereich realisieren kann.

Für die Autoren:

**Frank H. Mader**  
Nittendorf/Vichtenstein, im Januar 2003

## Vorwort zur 3. Auflage (Auszug)

---

Rund 20 Jahre nach Erscheinen der 1. Auflage der „Diagnostischen Programme in der Allgemeinmedizin“ im Jahr 1976 nimmt die „Programmierte Diagnostik nach Braun“ einen festen Platz im diagnostischen Alltag vieler allgemeinärztlicher Praxen ein. Die Programme haben sich durch ihren prägnanten, checklistenartigen Aufbau bewährt, wenn es bei Befragung und Untersuchung immer wieder gilt, nichts Wichtiges zu vergessen und die wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe (AGV) zu bedenken. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Diskussion um die Qualifizierung auch in der Allgemeinmedizin gewinnt die Empfehlung der Programmierten Diagnostik in der Allgemeinmedizin durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) an Bedeutung:

*„Die Programme bringen eine gewisse Ordnung in unklare diagnostische Situationen und optimieren den gesamten Untersuchungsgang einschließlich der Dokumentation. Damit ermöglichen sie eine allgemeinärztliche Diagnostik auf höherem Niveau und leisten einen Beitrag zur Qualitätssicherung und -kontrolle in der Allgemeinmedizin. Zu diesem Zweck wird ihre Anwendung von der DEGAM empfohlen. Die DEGAM fordert zur laufenden wissenschaftlichen Überprüfung dieser Programme auf.“*

Für die Autoren:

**Frank H. Mader**  
Nittendorf, im Herbst 1995

## Vorwort zur 2. Auflage (Auszug)

---

Die angewandte Heilkunde steht zweifellos an einem Wendepunkt: Das ist das Ergebnis der berufstheoretischen Praxisforschung. Diese Wende gilt jedoch nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern ebenso auch für den spezialisierten Bereich.

Erstmals hat der Allgemeinarzt ein eigenständiges und zuverlässiges Werkzeug für seine häufigsten diagnostischen Problemfälle in der Hand. Solche Werkzeuge als Ergebnis der allgemeinmedizinischen Praxisforschung werden in Zukunft für jede auf hohem Niveau geführte Praxis eine Selbstver-

ständigkeit sein. Diese Handlungsanweisungen tasten nicht die Bedeutung der klassischen klinischen Diagnostik an. Sie sollen vielmehr den riesigen diagnostischen Raum füllen helfen, der heute jenseits der stationären Versorgung Wissen, Können und Talent des ärztlichen Praxisanfängers, nicht selten aber auch des Routiniers erfordert.

Für die Autoren:

**Robert N. Braun**  
Wien, Dezember 1989

## Vorwort zur Erstaufgabe (Auszug)

---

Die „große“ Untersuchung der Lehrkliniken ist für die Alltagserfordernisse in der sonstigen angewandten Heilkunde längst nicht mehr geeignet. Unabänderliche Umstände erzwingen überall Kurzberatungen.

Als ich 1973 an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig war, beriet ich Patienten, die von verschiedenen, meist spezialisierten Kollegen vorbehandelt waren, programmiert. Ich kam zu dem Schluss, dass meine Programme Teile enthalten, die bei manchen spezialistischen Untersuchungen aus dem Gesichtsfeld geraten sind.

Aus bald zwanzigjähriger Erfahrung weiß ich, wie vorteilhaft das Arbeiten mit speziellen Programm-vordrucken ist. Im Laufe seiner gezielten Unter-

suchung sollte der Praktiker immer wieder darüber nachdenken, welche diagnostische Richtung er einschlägt oder ob sich der Patient psychisch auffällig verhält. In der täglichen Praxis ist durchschnittlich mit 2 neuen programmierten Beratungen zu rechnen.

Das Arbeiten mit Handlungsanweisungen sollte erlernt werden. Wünschenswert wäre eine umfassende Einschulung, wie sie ab 1976 das Niederösterreichische Institut für Allgemeinmedizin bietet. Da ich mir des Vorläufigen meiner Ergebnisse bewusst bin, erbitte ich Einwände und Verbesserungsvorschläge.

**Robert N. Braun**  
Brunn a. d. Wild, Frühjahr 1976

# Registrierungserklärung

---

## ■ Anmeldung registrierter Nutzer

Alle Checklisten finden Sie unter ► [www.springermedizin.de/checklisten-allgemeinmedizin](http://www.springermedizin.de/checklisten-allgemeinmedizin). Darauf zugreifen können alle registrierten Nutzer von SpringerMedizin.de. Loggen Sie sich einfach mit Ihren Zugangsdaten (E-Mail-Adresse und Passwort) ein.

## ■ Registrierung

Sie sind noch nicht registriert? Dies können Sie unter ► <https://www.springermedizin.de/register> nachholen – schnell und kostenfrei. Für die Anmeldung müssen Sie Ihre E-Mail-Adresse, Ihren Namen sowie Arbeitsbereich angeben. Als Arzt können Sie zum Berufsnachweis Ihre einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) verwenden.

## Handhabung der Checklisten

Zum Befüllen der Checklisten benötigen Sie einen PDF-Reader. Die Kommentar-Funktion steht in allen Versionen von Adobe Acrobat Reader zur Verfügung. Die kostenlose Software kann unter ► <https://get.adobe.com/de/reader/> heruntergeladen werden.

### Textfelder:

- Hinter jeder Kategorie gibt es ein Textfeld, das frei befüllt werden kann. Bei längeren Texten oder einem Zeilenumbruch erscheinen Pfeile zum Scrollen. Bitte beachten Sie, dass Text, der über eine Zeile hinaus geht, im Ausdruck nicht sichtbar ist.
- Eine Ausnahme bilden die Felder „Beratungsergebnis“ und „Maßnahmen“. Diese sind größer, damit der vollständige Eintrag auf einen Blick erfasst werden kann.

### Auswahl/Markierungen:

- Zum Hervorheben oder Durchstreichen von Begriffen nutzen Sie bitte die vorhandenen Kommentar-Funktionen von Adobe Acrobat Reader. Klicken Sie auf die Schaltfläche „Kommentar“ und anschließend auf „Anmerkungen“, um die Bearbeitungsmarkierungen zu nutzen. Sie können ein Wort per Doppelklick markieren über „Text hervorheben“ oder „Durchstreichen“.
- Sollte das Menü ausgeblendet sein, finden Sie es unter Werkzeuge | Kommentieren. Daraufhin erscheint die dazugehörige Symbolleiste.

### Sonderzeichen:

- Sonderzeichen und Ideogramme, die nicht auf der normalen Tastatur vorhanden sind, können mit den vorhandenen Funktionen von Adobe Acrobat nicht umgesetzt werden.

## Internetportal des Autors

---

Informationen zum Internetportal

**Mader: Fakten – Fälle – Fotos®** finden Sie unter

► <http://www.fakten-faele-fotos.de>

## Abkürzungsverzeichnis

---

<b>AFAR</b>	Afebrile Allgemeinreaktion	<b>LDL</b>	Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin
<b>AGV(s)</b>	Abwendbar gefährliche Verläufe	<b>LK</b>	Lymphknoten
<b>AO</b>	Abwartendes Offenlassen	<b>LL</b>	Leitlinie(n)
<b>BA</b>	Beratungsanlass	<b>MAK</b>	Mikrosomale Antikörper
<b>BE</b>	Beratungsergebnis	<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>BKS</b>	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	<b>MRT</b>	Magnetresonanztomographie
<b>BMI</b>	Body-Mass-Index	<b>NVL</b>	Nationale Versorgungsleitlinie
<b>BP</b>	Beratungsproblem	<b>NT-pro-BNP</b>	N-terminales pro brain natriuretic peptide
<b>BU</b>	Beratungsursache	<b>PAVK</b>	Periphere Arterielle Verschlusskrankheit
<b>BZ</b>	Blutzucker	<b>PSA</b>	Prostata-spezifisches Antigen
<b>CRP</b>	C-reaktives Protein	<b>RF</b>	Rheumafaktor
<b>CT</b>	Computertomographie	<b>SK</b>	Seltene Krankheit
<b>EBV</b>	Epstein Barr Virus	<b>STD</b>	sexuell übertragbare Krankheiten/ Sexual Transmitted Diseases
<b>EEG</b>	Elektroenzephalographie	<b>TRAK</b>	TSH-Rezeptor-Antikörper
<b>EKG</b>	Elektrokardiographie	<b>TSH</b>	Thyreoidea-stimulierendes Hormon
<b>FeNo</b>	Fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid (NO)	<b>TVT</b>	Tiefe Venenthrombose
<b>FEV1</b>	Einsekundenkapazität	<b>UAW</b>	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
<b>FSH</b>	Follikel-stimulierendes Hormon	<b>UF</b>	Uncharakteristisches Fieber
<b>ft3</b>	freies Trijodthyronin		
<b>ft4</b>	freies Thyroxin		
<b>HIV</b>	Humanes Immundefizienz-Virus		
<b>ISG</b>	Ileosakralgelenk-Syndrom		
<b>KHK</b>	Koronare Herzkrankheit		
<b>LDH</b>	Laktat-Dehydrogenase		

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Die Bedingungen der Allgemeinpraxis</b> .....	<b>1</b>
	<i>Frank H. Mader</i>	
1.1	Definition der Allgemeinmedizin .....	2
1.2	Konzept der Allgemeinmedizin .....	2
1.3	Das unausgelesene Krankengut .....	2
1.4	Die Fälleveteilung .....	3
1.5	Fachsprache und Kasugraphie .....	4
1.6	Besonderheiten der Diagnostik .....	5
1.6.1	Der Zeitfaktor .....	6
1.6.2	Intuition .....	6
1.6.3	Programmierte Diagnostik .....	7
1.6.4	Anamnese – Anamnestik .....	8
1.6.5	Beratungsanlass, Beratungsursache, Beratungsergebnis, Beratungsproblem .....	9
1.6.6	Klassifizierung der diagnostischen Situation .....	10
1.6.7	Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV) .....	11
1.6.8	Abwartendes Offenlassen .....	12
1.6.9	Banalitäten und Raritäten .....	13
1.7	Dokumentation und rechtliche Absicherung .....	14
1.7.1	Dokumentationspflicht .....	14
1.7.2	Verrechtlichung der hausärztlichen Krankheitserkennung .....	15
1.8	Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung .....	17
	Literatur .....	17
<b>2</b>	<b>Vergangenheit und Zukunft der programmierten Diagnostik</b> .....	<b>19</b>
	<i>Frank H. Mader</i>	
2.1	Vorgeschichte .....	20
2.2	Hintergrundmaterial .....	20
2.3	Neue Programme .....	21
2.4	Kurzprogramme .....	22
2.5	Hemmnisse und Motivation .....	22
2.6	Grenzen der programmierten Diagnostik .....	23
	Literatur .....	24
<b>3</b>	<b>Praktische Anwendung der Programme</b> .....	<b>25</b>
	<i>Frank H. Mader</i>	
3.1	Was ist programmierte Diagnostik? .....	26
3.2	Welche Programme gibt es? .....	27
3.2.1	Kurztitel nach Alphabet .....	27
3.2.2	Langtitel nach Anwendungsziel .....	27
3.3	Wie sind die Programme aufgebaut? .....	27
3.3.1	Der Vortext .....	27
3.3.2	Die Checkliste .....	34
3.3.3	Inhaltliche Überschneidungen .....	36
3.4	Mit welchem Zeitbedarf rechnen? .....	37
3.5	Wann anwenden? .....	38
3.6	Wie dokumentieren? .....	39
3.6.1	Handschriftliche Dokumentation .....	39
3.6.2	EDV-gestützte Dokumentation .....	39
3.7	Was sagt der Patient dazu? .....	40
3.8	Zusammenfassung für Eilige .....	41
	Literatur .....	42

4	<b>Die Programme mit Vortext und Checkliste</b> .....	43
	<i>Frank H. Mader</i>	
4.1	Fieber – Uncharakteristisches Fieber (UF) – Afebrile Allgemeinreaktion (AFAR) .....	48
4.2	Husten – Uncharakteristischer Husten .....	52
4.3	Halsschmerzen – Uncharakteristische Halsschmerzen .....	55
4.4	Luftwegekatarrh – Afebriler Luftwegekatarrh .....	57
4.5	Pseudokrupp – Pseudokruppbild .....	59
4.6	Interkostalneuralgie – Uncharakteristische Interkostalschmerzen .....	61
4.7	Thoraxschmerzen – Uncharakteristische äußerliche Thoraxschmerzen .....	63
4.8	Lumbalschmerzen – Uncharakteristische Flankenschmerzen .....	65
4.9	Kreuzschmerzen – Uncharakteristische Kreuzschmerzen .....	68
4.10	Glutealschmerzen – Uncharakteristische Schmerzen in der Gesäßmuskulatur .....	71
4.11	Arthropathie – Uncharakteristische Gelenkschmerzen .....	73
4.12	Polyarthritis – Bild einer rheumatoiden Arthritis (RA) .....	75
4.13	Schulterschmerzen – Uncharakteristische Schulterschmerzen .....	78
4.14	Gicht – Bild einer Harnsäuregicht .....	82
4.15	Arthrose – Bild einer Arthrosis deformans .....	84
4.16	HWS-Syndrom – Bild eines Zervikalsyndroms .....	87
4.17	Bandscheibenschaden – Bild eines Wurzelreizsyndroms .....	89
4.18	Fazialislähmung – Bild einer Fazialisparese .....	92
4.19	Ischialgie – Uncharakteristische Ischiadikusschmerzen .....	94
4.20	Mundwinkelentzündung – Bild einer Perlèche .....	96
4.21	Lymphadenitis – Uncharakteristische Lymphknotenentzündung .....	98
4.22	Knieverstauchung – Posttraumatische Kniegelenkschmerzen .....	100
4.23	Herzinsuffizienz – Bild einer chronischen Herzmuskelschwäche .....	102
4.24	Schwindel – Uncharakteristischer Schwindel .....	105
4.25	Hypertonie – Blutdruckerhöhung .....	108
4.26	Herzschmerzen – Uncharakteristische Schmerzen in der Herzregion .....	110
4.27	Polymorphe Herzbeschwerden – Uncharakteristische polymorphe Herzsymptomatik .....	113
4.28	Tachykardie – Herzklopfen, Herzjagen .....	115
4.29	Beinödeme – Uncharakteristische Beinschwellungen .....	117
4.30	Dyspnoe – Uncharakteristische Atemnot .....	120
4.31	Asthma – COPD – Emphysem – Uncharakteristische Lungenstörungen .....	122
4.32	Blutspucken – Uncharakteristisches Blutspucken, Blut im Auswurf/Hämoptoe, Hämoptyse .....	125
4.33	Hypotonie – Bild eines Orthostase-Syndroms .....	127
4.34	Brechdurchfall – Uncharakteristisches Erbrechen und/oder Durchfall (akut) .....	130
4.35	Erbrechen – Übelkeit und Erbrechen über eine Woche (subakut, uncharakteristisch) .....	132
4.36	Durchfall – Uncharakteristischer Durchfall über eine Woche (subakut) .....	134
4.37	Bauchkrämpfe – Uncharakteristische abdominelle Koliken .....	136
4.38	Oberbauchschmerzen – Uncharakteristische Oberbauchschmerzen .....	138
4.39	Unterbauchschmerzen – Uncharakteristische Unterbauchschmerzen .....	140
4.40	Abdomenopathien – Uncharakteristische, diffuse Bauchschmerzen .....	143
4.41	Obstipation – Uncharakteristische Stuhlverstopfung .....	146
4.42	Blähungen – Uncharakteristische Blähungen und/oder Flatulenzen .....	148
4.43	Hepatopathie – Uncharakteristische Leberbefunde .....	150
4.44	Proktalgie – Uncharakteristische Beschwerden in der Enddarmregion .....	152
4.45	Pruritus – Uncharakteristisches allgemeines Hautjucken .....	154
4.46	Haarausfall – Uncharakteristischer diffuser Haarausfall .....	156
4.47	Schwitzen – Uncharakteristisches übermäßiges Schwitzen .....	158
4.48	Hautausschlag – Uncharakteristischer Hautausschlag .....	160
4.49	Ohrenschmerzen – Uncharakteristische Ohrenschmerzen (Otagie) .....	162
4.50	Ohrgeräusche – Uncharakteristische Ohrgeräusche (Tinnitus) .....	164
4.51	Stomatitis – Uncharakteristische Stomatitis .....	166
4.52	Zungenbrennen – Uncharakteristisches Zungenbrennen (Glossodynie) .....	169
4.53	Pollakisurie – Uncharakteristischer, häufiger Harndrang .....	171
4.54	Algurie, Dysurie – Uncharakteristischer, schmerzhafter Harndrang .....	173



4.55	Hormonelle Verhütungsmittel – Pillenkontraindikationen.....	175
4.56	Pillenroutinekontrolle – Überwachung hormoneller Verhütungsmittel .....	178
4.57	Fluor – Uncharakteristischer Scheidenausfluss.....	180
4.58	Klimax – Bild klimakterischer Beschwerden .....	182
4.59	Skrotum – Uncharakteristischer Skrotalbefund .....	184
4.60	Depression – Depressive Episode .....	186
4.61	Nervöse Erschöpfung – Gereiztheit und akute persönliche Krise .....	189
4.62	Epilepsie – Bild eines epileptischen Anfalls .....	192
4.63	Morbus Menière – Bild einer Menière-Krankheit.....	195
4.64	Multiple Sklerose – Bild einer Multiplen Sklerose.....	197
4.65	Tremor – Uncharakteristisches Zittern .....	199
4.66	Psychosoziale Genese – Bild psychosozial bedingter Beschwerden.....	201
4.67	Tabula diagnostica – Völlig unklare Symptomatik.....	203
4.68	Adipositas – Übergewicht .....	206
4.69	Appetitlosigkeit – Gestörtes Hungergefühl .....	209
4.70	Kopfschmerzen – Uncharakteristische Kopfschmerzen .....	211
4.71	Schlaflosigkeit – Uncharakteristische Schlaflosigkeit .....	214
4.72	Synkope – Uncharakteristische Ohnmacht .....	216
4.73	Anfälle – Uncharakteristische Anfälle .....	219
4.74	Demenz – Bild eines demenziellen Syndroms .....	221
4.75	Claudicatio intermittens – Bild einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit .....	224
4.76	Phlebothrombose – Bild einer tiefen Beinvenenthrombose .....	227
4.77	Lymphknotenvergrößerung – Uncharakteristische Lymphknotenschwellung.....	230
4.78	Schilddrüse – Bild einer Schilddrüsenstörung.....	232
4.79	Fußbeschwerden – Uncharakteristische Fuß- und Beinbeschwerden .....	235
4.80	Muskelkrämpfe – Uncharakteristische Muskelkrämpfe (Krampi) .....	237
4.81	Anämie – Uncharakteristische Anämie .....	239
4.82	Tropenrückkehrer – Mögliche Tropenkrankheit.....	242
4.83	Müdigkeit – Uncharakteristische Müdigkeit.....	245
4.84	Familienproblematik – Bild familiär bedingter Beschwerden .....	248
4.85	Schlaganfall – Bild eines Schlaganfalls .....	251
4.86	Hörverlust – Uncharakteristischer plötzlicher Hörverlust .....	254
4.87	Sexualität – Bild einer sexuellen Problematik .....	257
4.88	Geriatric – Hausärztliche Geriatric .....	260
4.89	Augen – Uncharakteristische Augenbeschwerden .....	263
4.90	Kopfrellung – Bild eines Schädel-Hirn-Traumas.....	265
4.91	Essstörung – Bild einer Essstörung .....	268
4.92	Suizidalität – Bild eines suizidalen Verhaltens.....	271
	Literatur.....	273
	<b>Serviceeteil .....</b>	<b>277</b>
	Stichwortverzeichnis.....	278

# Mitarbeiterverzeichnis

---

**Dr. med. Sandra Blumenthal**

Berlin, Deutschland

**Dr. med. Torben Brückner**

Schwalbach, Deutschland

**PD Dr. med. Charly Gaul**

Königstein, Deutschland

**Dr. med. Martina Götz**

Frankfurt a. M., Deutschland

**Dr. med. Thomas Hausen**

Essen, Deutschland

**Drs. (NL) Christine Janssen-Hinz**

Kempen, Deutschland

**Dr. Vera Kalitzkus**

Teschow b. Selmsdorf, Deutschland

**Prof. Dr. med. Reinhold Klein**

Pfaffenhofen a. d. Glonn, Deutschland

**Prof. Dr. med. Andreas Klement**

Dresden, Deutschland

**Dr. med. Peter Landendörfer**

Heiligenstadt, Deutschland

**Dr. med. Frederik M. Mader**

Schönhofen, Deutschland

**Prof. Dr. med. Frank H. Mader**

Nittendorf, Deutschland

**Dr. med. Fritz Meyer**

Oettingen, Deutschland

**Prof. Dr. med. Uwe Müller-Bühl**

Heidelberg, Deutschland

**Olaf Reddemann**

Köln, Deutschland

**Dr. med. Markus Schwürzer-Voit**

Hemau, Deutschland

**MR Dr. med. Peter Sigmund**

Gamlitz, Österreich

**Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser**

Lübeck, Deutschland

**Prof. Dr. med. Stefan Wilm**

Düsseldorf, Deutschland

**Dr. med. Yen-Ying Wu-Brückner**

Schwalbach, Deutschland

**Dr. med. Armin Wunder**

Frankfurt a. M., Deutschland



# Die Bedingungen der Allgemeinpraxis

*Frank H. Mader*

- 1.1 Definition der Allgemeinmedizin – 2**
- 1.2 Konzept der Allgemeinmedizin – 2**
- 1.3 Das unausgelesene Krankengut – 2**
- 1.4 Die Fälleverteilung – 3**
- 1.5 Fachsprache und Kasugraphie – 4**
- 1.6 Besonderheiten der Diagnostik – 5**
  - 1.6.1 Der Zeitfaktor – 6
  - 1.6.2 Intuition – 6
  - 1.6.3 Programmierte Diagnostik – 7
  - 1.6.4 Anamnese – Anamnestik – 8
  - 1.6.5 Beratungsanlass, Beratungsursache,  
Beratungsergebnis, Beratungsproblem – 9
  - 1.6.6 Klassifizierung der diagnostischen Situation – 10
  - 1.6.7 Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV) – 11
  - 1.6.8 Abwartendes Offenlassen – 12
  - 1.6.9 Banalitäten und Raritäten – 13
- 1.7 Dokumentation und rechtliche Absicherung – 14**
  - 1.7.1 Dokumentationspflicht – 14
  - 1.7.2 Verrechtlichung der hausärztlichen Krankheitserkennung – 15
- 1.8 Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung – 17**
- Literatur – 17**

Die **Allgemeinmedizin** ist dadurch charakterisiert, dass Menschen **aller** Altersgruppen, **beiderlei** Geschlechts, **jeder** Gesundheitsstörung, in **jedem** Stadium und zu **jeder** Zeit Patienten des Allgemeinarztes sein können.

Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen in der **praxisgerechten** und **problemorientierten** Diagnostik und Therapie **jeder** Art von Erkrankungen, bevorzugt beim **unausgelesenen Krankengut**, ferner in der Vorsorge und Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Erkrankungen, insbesondere von **abwendbar gefährlichen Verläufen** (► Abschn. 1.6.7), in der ärztlichen Betreuung chronisch kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken und in der gezielten Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, mit Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Der Allgemeinarzt übt in der Regel seinen Beruf als nidergelassener Arzt in einer Allgemeinpraxis aus.

## 1.1 Definition der Allgemeinmedizin

Es existieren zahlreiche und meist unterschiedliche nationale und internationale **Definitionen der Allgemeinmedizin**; sie stammen von standes-, berufs- und gesundheitspolitischen (z. B. WONCA) Institutionen sowie von wissenschaftlichen Fachgesellschaften (z. B. DEGAM). Eine stringente Formulierung wurde von dem berufstheoretischen Forscher R. N. Braun für ein medizinisches Lexikon geschaffen (Braun 2004); darin wird die **Allgemeinmedizin als Funktion** beschrieben. In einer leicht modifizierten Form gilt auch weiterhin:

Die Allgemeinmedizin (engl.: „general practice“) ist eine eigenständige ärztliche Funktion, deren Schwerpunkt der rationelle und patientenbezogene Umgang mit dem von den Spezialfachern geschaffenen Wissen über Erkrankungen und Krankheiten, insbesondere mit den abwendbar gefährlichen Verläufen darstellt. Ihrem Wesen nach ist sie nicht auf bestimmte Gruppen von Krankheiten konzentriert.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) geht von der **fallorientierten Arbeitsweise** aus, wobei das **Krankheitskonzept** des Patienten, sein Umfeld und seine Geschichte unter somatischen, psychosozialen, soziokulturellen und ökonomischen Aspekten zu berücksichtigen ist („**hermeneutisches Fallverständnis**“). In dieser Koblenzer Definition von 2002 werden der Arbeitsbereich, die Arbeitsweise, die Arbeitsgrundlage sowie das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin beschrieben.<sup>1</sup>

1 Beide Definitionen als Langtextversion in Mader und Riedl (2018, S. 474). Zusätzliche Infos (z. B. WONCA-Definition; Zukunftspositionen der DEGAM) in Mader: Fakten-Fälle-Fotos®, ► [http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz\\_id=503&anker\\_nr=418](http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=503&anker_nr=418).

## 1.2 Konzept der Allgemeinmedizin

Die **theoretische Basis der Allgemeinmedizin** als Prototyp der angewandten Heilkunde beruht – im Gegensatz zur spezialistischen Medizin – nicht auf der klassischen klinischen Krankheitenlehre, sondern auf den **Fällen**, also auf den Beratungsergebnissen (► Abschn. 1.3) des unausgelesenen Krankenguts der Allgemeinpraxis (► Abschn. 1.3) und ihren regelmäßig häufigen Vorkommnissen (► Abschn. 1.4).

In einem solchen „**Konzept Allgemeinmedizin**“ steht die **Theorie der angewandten Allgemeinmedizin** im Mittelpunkt aller Überlegungen (Mader 1992) (■ Abb. 1.1).

Zu den Bausteinen für das wissenschaftliche Gebäude der Allgemeinmedizin gehören sehr wesentlich die **diagnostischen Programme**, die Ende der 1950er Jahre geschaffen und in den folgenden Jahrzehnten fortlaufend weiterentwickelt und aktualisiert wurden.

❗ Die **programmierte allgemeinmedizinische Diagnostik** bedeutet etwas Neues an der ersten ärztlichen Linie.

Die für die Allgemeinpraxis erarbeiteten eigenständigen diagnostischen Programme sind also ein bedeutender Fortschritt. Sie beweisen, dass sich durch die spezifische **Praxisforschung** Ergebnisse erzielen lassen, die über die traditionellen Wissenschaftszweige nicht zu erreichen gewesen wären.

Im Unterschied zur programmierten Diagnostik fehlen für das **therapeutische Vorgehen** in der Allgemeinmedizin – soweit es Symptome, Symptomgruppen oder Bilder von Krankheiten und nicht die rund 10 % exakten Diagnosen betrifft – derzeit entsprechende **fachspezifische Standards**. Hier arbeiten die Allgemeinärzte in der Regel intuitiv oder nach den für die Praxisbedürfnisse der Hausärzte überwiegend noch nicht evaluierten Vorgaben der Spezialisten.

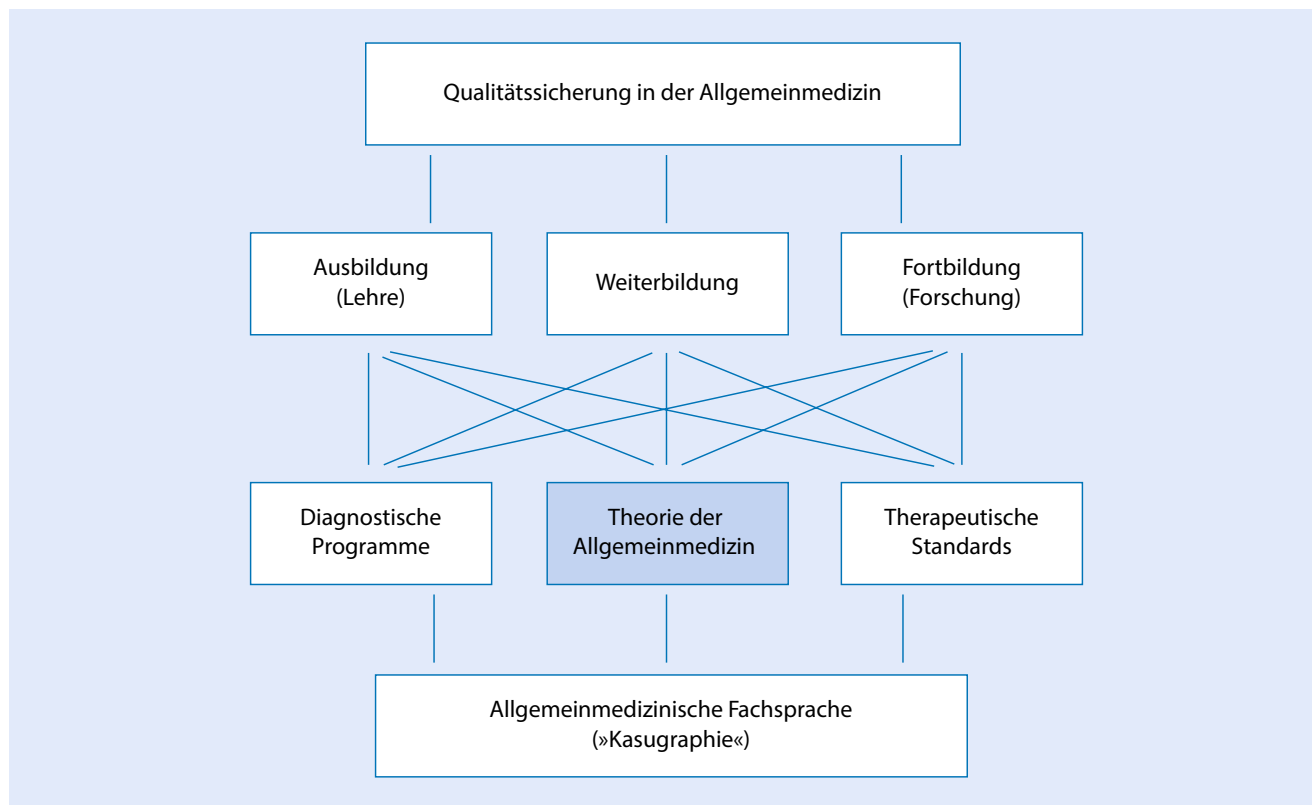
**Ziel** aller Bemühungen im Sinne dieses Konzeptes ist die **Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin**<sup>2</sup> in der studentischen Ausbildung, der curricularen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie in der lebenslangen Fortbildung des Arztes im Interesse der **optimalen hausärztlichen Versorgung** des Patienten.

## 1.3 Das unausgelesene Krankengut

Die Allgemeinmedizin hat den ganzen Menschen im Blick – und zwar in langzeitgerichteter, möglichst kontinuierlicher, in Einzelfällen lebenslanger Betreuung.

Der Allgemeinarzt wird in der Praxis durch eine spezifische, weitgehend konstante Mischung verschiedenster Probleme beansprucht; sie verkörpert – statistisch gesprochen – das „**unausgelesene Krankengut**“ (auch: die „unausgelesene Patienten Klientel“) bzw. die „**Fälle**“. Die Allgemeinmedizin kann also ihrem Wesen nach keine Konzentration auf bestimmte Krankheitsgruppen sein, wie das für die Spezialfächer gilt.

2 Qualitätssicherung im definierten Sinn ist kein Instrument der Qualitätssteigerung.



■ **Abb. 1.1** Qualitätskonzept der Allgemeinmedizin. Die Theorie steht im Mittelpunkt aller Überlegungen. (Mader 1986; mit freundlicher Genehmigung)

Der Allgemeinarzt sollte daher an alle möglichen Erkrankungen denken, an die regelmäßig häufigen Vorkommnisse ebenso wie an (vermeintlich) Banales, an weniger häufiges oder gar an Raritäten wie beispielsweise eine Seltene Krankheit. In der Regel ist das unter den Bedingungen der täglichen Praxis nicht zu leisten. Eine wesentliche Hilfestellung dazu kann jedoch die programmierte Diagnostik bieten. Auf diese Weise lassen sich die unausgelesenen an die Medizin der ersten ärztlichen Linie herangebrachten Beratungsprobleme (► Abschn. 1.6.4) rasch und vernünftig im Rahmen der sozialen Sicherheit versorgen.

## 1.4 Die Fälleverteilung

Wer lange genug die Beratungsprobleme seiner Patienten (in der Fachsprache des berufstheoretischen Statistikers „Fälle“) in der Praxis bei konstanter Nomenklatur beobachtet hat, dem fällt eine **unterschiedliche Häufigkeit** der einzelnen Vorkommnisse auf.

Der deutsche Statistiker v. Lexis hatte bereits 1914 daran gedacht, dass das Krankwerden der Menschen eine biologische Massenerscheinung sein könnte. Er verfügte jedoch über keine Fakten, um seine Meinung zu stützen (Braun 1957). Der österreichische Praktische Arzt Robert N. Braun vermutete aufgrund seiner Erfahrungen und ersten Marburger Praxis-eindrücke im Jahr 1944, dass es Regelmäßigkeiten gibt, welche die Fälle der Allgemeinärzte betreffen.

Brauns Vermutungen ließen sich bestätigen durch **Fällestatistiken** aus der eigenen Praxis über die Jahre 1944 bis 1954 (Braun 1955) ebenso wie durch 16 weitere Ein-Jahres-Statistiken (1954 bis 1980), 10 Ein-Jahres-Statistiken von Prosenc, ferner durch eine Ein-Jahres-Statistik von Göpel in einer Berliner Praxis mit hohem Migrantenanteil, 5 Ein-Jahres-Statistiken von Landolt-Theus sowie 5 Ein-Jahres-Statistiken von Danninger aus seiner Praxis mit komplementärmedizinischem Schwerpunkt (Danninger et al. 2003) sowie 10 Ein-Jahres-Statistiken von Fink in den Jahren 1989 bis 1999 (Braun et al. 2007).

Dieses Phänomen der Regelmäßigkeiten hatte Braun erstmals 1955 publiziert und als **Fälleverteilungsgesetz** bezeichnet (Braun 1955) und 1998 neu formuliert (Braun und Haber 1998). Dabei ist (Natur-)„Gesetz“ als „regelmäßiges Vorkommen“ bzw. „regelmäßiges Verhalten wahrnehmbarer Dinge“ bzw. als ein „inneres Ordnungsprinzip“ zu verstehen.

Von den derzeit in der Weltliteratur geschätzten 60.000 Krankheitsentitäten (darunter ca. 6000 bis 8000 „Seltene Krankheiten“<sup>3</sup>; ► [www.orpha.net](http://www.orpha.net)) begegnen dem Allgemein- arzt im langjährigen Durchschnitt in einer durchschnittlich

3 In der EU gilt eine Krankheit als selten, wenn an einem beliebigen Stichtag nicht mehr als 5 von 10.000 Einwohnern an dieser Krankheit leiden. Unterschiedliche Zahlenangaben: Vgl. ausführlich Mader, in Mader: Fakten-Fälle-Fotos®, Kap. 1.1.3, ► <http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2>.

großen Praxis etwa 300 Fälle regelmäßig häufig, d. h. ein- bis dreimal pro Jahr. Der Arzt kann sich bei einer solchen Häufung noch eine gewisse Erfahrung im Umgang mit den Problemen erwerben. Diese Fälle machen 95–98 % der Beratungsergebnisse einer Allgemeinpraxis aus. Während seines Berufslebens sieht der Praktiker immerhin 2500 bis 3000 verschiedene Entitäten (Mader 2014).

Eine ausführliche Darstellung der ca. 300 regelmäßig häufigen und von rund 200 weiteren nicht mehr regelmäßig häufigen Beratungsergebnisse aus dem unausgelesenen Krankengut des Schweizer P. Landolt-Theus (Stadtpraxis) der Jahre 1983 bis 1988 im Vergleich zu den Zahlen von R. N. Braun (Landpraxis) der Jahre 1977 bis 1980 sowie der Landärztin W. Fink der Jahre 1989 bis 1999 findet sich in Mader und Riedl (2018).

Ein Blick auf die Häufigkeitsreihungen in solchen Fällestatistiken ermöglicht es jedem Medizinstudenten und jedem Jungarzt, rasch und ziemlich genau zu ersehen, was ihn als Berufsarbeit in der Allgemeinpraxis später erwartet. Der erfahrene Arzt wiederum wird erkennen können, dass die Häufigkeiten der Fälle, sofern sich die dort verwendeten Begriffe mit seinen eigenen vergleichen lassen, weitgehend mit seinen unbewussten Erfahrungen übereinstimmen.

**i** **Voraussetzung** für eine seriöse fällestatistische Arbeit ist die Verwendung einer einheitlichen allgemeinmedizinischen **Fachsprache** („Kasugraphie“ ▶ Abschn. 1.5; Konzept Allgemeinmedizin ■ Abb. 1.1).

## 1.5 Fachsprache und Kasugraphie

Eine wissenschaftlich reflektierte, lehrbare und praktizierte Allgemeinmedizin setzt eine einheitliche und praxisgerechte **Fachsprache** für den Allgemeinarzt voraus.

Braun erkannte bereits in den 1950er Jahren als erster im deutschsprachigen Raum, dass eine spezifische allgemeinmedizinische Sprache fehlt bzw. erforderlich ist, welche auch wissenschaftlichen Erkenntnissen genügt, um die betreffenden Sachverhalte präzise zu beschreiben und über diese kommunizieren zu können.

Beispiele für solche originären fachsprachlichen Begriffe, mit denen spezielle allgemeinmedizinische Vorgehensweisen oder Werkzeuge beschrieben werden, sind:

- Beratungsursache (BU)/Beratungsergebnis (BE)
- Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV)
- Abwartendes Offenlassen (AO)
- Programmierte Diagnostik
- Kasugraphie

Gerade bei den häufigsten Beratungsproblemen des Praxisalltags bestehen jedoch noch erhebliche Unterschiede in den individuellen Benennungen. Beispielhaft sind die ungenauen Bezeichnungen für den Erkältungsbegriff, für den im Praxis- und Laienjargon verschiedene Ausdrücke verwendet werden wie „Grippe“, „Fieberhafter Infekt“, „Grippaler Infekt“, „Ver-

kühlung“, „Katarrh“, „Schnupfen“. Hier führte Braun die fachsprachliche Bezeichnung

- Uncharakteristisches Fieber (UF)

zusammen mit einer präzisen Definition („Kasugraphie“) ein.

Die **Kasugraphie** ist also eine **definierte fachsprachliche Verschlagwortung** von Beratungsproblemen einer Allgemeinpraxis. Der Begriff wurde von einer Arbeitsgruppe um Braun 1992 geschaffen und bis 2010 von Fink und anderen weiterentwickelt (Landolt-Theus et al. 1992; Fink et al. 2010). Damit bot sich weltweit erstmalig für die angewandte Heilkunde ein Thesaurus von definierten Benennungen an, der auf die rund 300 regelmäßig häufigen Beratungsergebnisse zugeschnitten ist (Braun et al. 2004).

Die Kasugraphie dient dem Allgemeinarzt durch ihre **Vergleichbarkeit** dazu, gleichartige Fälle in systematischer Weise nach den Angaben des Patienten und aufgrund des Untersuchungsbefundes zusammenzufassen und einem entsprechenden Klassifizierungsbereich (Symptom/Symptomgruppe/Krankheitsbild/exakte Diagnose; ▶ Abschn. 1.6.6) zuzuordnen.

Im Gegensatz zur **Nosographie des Kliniklers** mit klinischem Bild, Pathologie, Krankheitsverlauf etc., die sich ausschließlich an den eigenen Fachdiagnosen orientiert, berücksichtigt die Kasugraphie des Allgemeinarztes zudem auch „konkurrierende Beratungsergebnisse“, also ähnliche Beschwerdebilder, sowie die wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe (AGV).

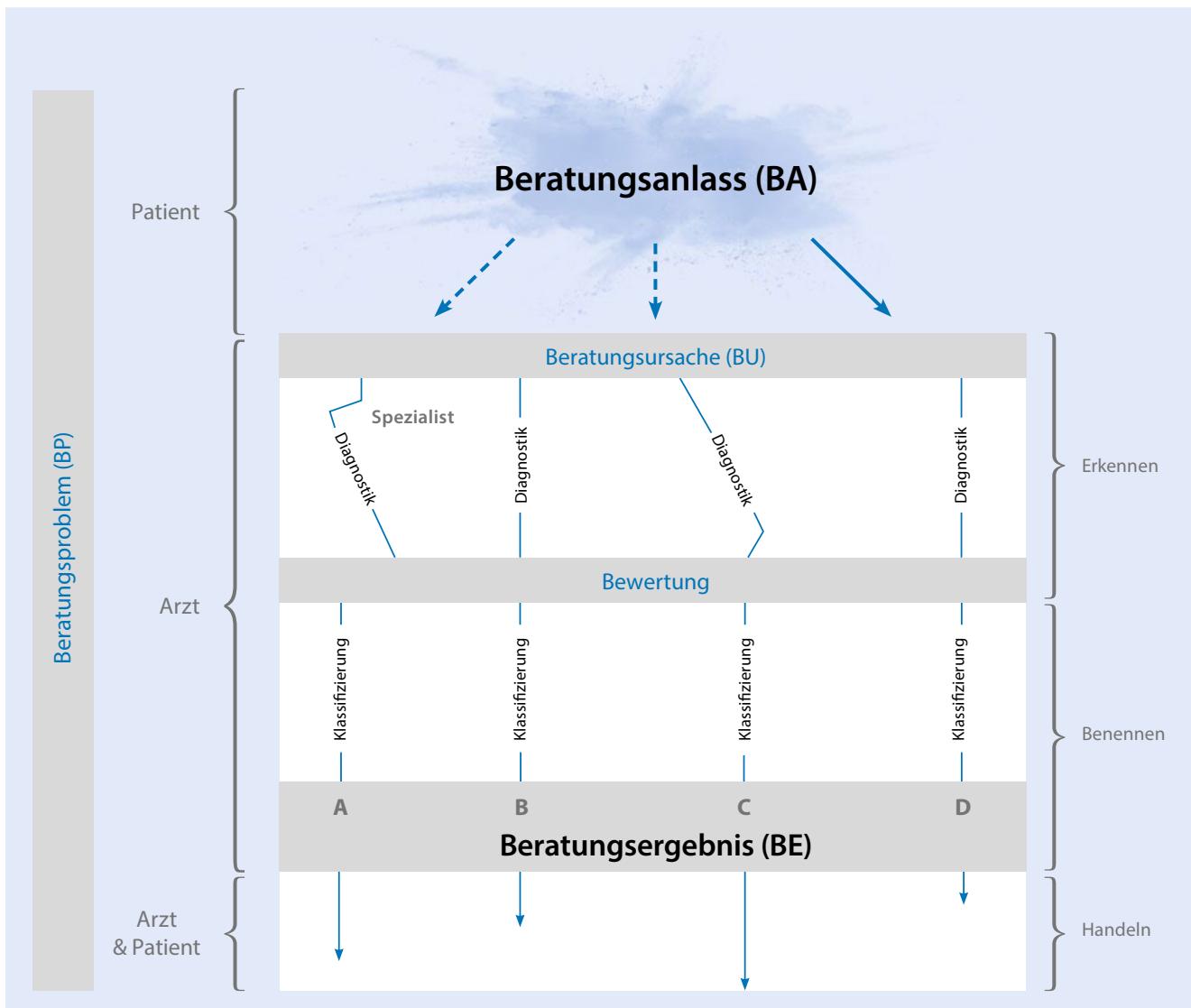
**i** Die Kasugraphie zeigt klar, welche Gesundheitsstörungen sich in der Allgemeinpraxis in welchem diagnostischen Bereich gegeneinander abgrenzen lassen.

Der französische ICD-Experte Louis Brunel drückt es folgendermaßen aus: „Es ist dies einer der Charakteristiken der Kasugraphie, dass das, was als eine Ungenauigkeit erscheinen mag, eigentlich nichts anderes ist als eine ungeheuer genaue Handhabung der Diversität des Wirklichen“ (Brunel 1997).

Braun selbst bezeichnete die Kasugraphie „als das knöchernen Skelett der Praxisforschung“; er sah in ihr nicht ein unveränderbares starres Gebilde, sondern erwartete, dass sie durch die sich wandelnden Gegebenheiten in der Praxis angepasst werden muss. Immer hatte für ihn – im Gegensatz zu einem Schreibtischprodukt – die **Anwendbarkeit beim Patientenkontakt** und die **Abbildung der Praxisrealität** höchste Priorität (Fink et al. 2010).

**i** Die meisten Checklisten dieses Buches basieren auf der aktualisierten Kasugraphie von Braun in der Fassung von Fink et al. (2010)<sup>4</sup>.

4 Ein Projekt des Karl Landsteiner-Instituts für Systematik in der Allgemeinmedizin, gefördert von der niederösterreichischen Landesregierung, empfohlen von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM).



■ **Abb. 1.2** Schematische Darstellung eines Beratungsproblems (BP) in der Allgemeinmedizin: Weg vom Beratungsanlass (BA) zur Beratungsursache (BU) über die Bewertung zum Beratungsergebnis (BE). Abgrenzung vom Laienbereich zum Arztbereich mit Erkennen, Benennen und Handeln. (Mader 2019; mit freundlicher Genehmigung)

## 1.6 Besonderheiten der Diagnostik

Grundsätzlich muss der Allgemeinarzt mit allen nur möglichen Beratungsproblemen rechnen. Das ist die laufende Herausforderung in der täglichen Sprechstunde in Diagnostik, Therapie und Betreuung seiner Patienten.

Die **diagnostische Leistung in der Allgemeinmedizin** beginnt mit der Bewertung des ersten Eindrucks vom Patienten. Sie setzt sich fort in der Wahl der Diagnostikart. Dabei spielen diverse Vorschaltungen (z. B. Erfahrung, Intuition) eine Rolle. Da es an brauchbaren Parametern mangelt, sind die ersten Schritte des Allgemeinarztes nicht beurteilbar (Braun 1981).

Semantisch ist zu unterscheiden zwischen

- Diagnostik (dem Weg),
- Differentialdiagnostik (der Abwägung) und
- Diagnose (dem Ziel) (Mader und Riedl 2018)

Diagnostik ist ein prinzipiell unabschließbarer Prozess, bei dem es gerade darauf ankommt, den Punkt zu kennen, an dem man diesen Prozess abbrechen muss (Wieland 2004). Sie ist der Weg von der Beratungsursache (BU) zum Beratungsergebnis (BE) (■ Abb. 1.2).

Am Ende des diagnostischen Prozesses („Beratung“) stehen die Bewertung und die Benennung der Erkenntnisse; diese werden in einem Beratungsergebnis zusammengefasst.

Die in der Regel **intuitive Diagnostik** in der Allgemeinpraxis ist im Unterschied zur Diagnostik des Kliniklers durch eine teilweise andere Vorgehensweise charakterisiert. Neben dem Wissen, der Kenntnis und der Erfahrung des Hausarztes wird sie vor allem durch den Zeitfaktor (► Abschn. 1.6.1), die begrenzten Hilfsmittel und durch das Untersuchungsziel bestimmt, das durch den Versorgungsauftrag vorgegeben ist.

**Fallbeispiel: Die Ärztin in Weiterbildung hatte sorgfältiger gearbeitet als der Chef**

Eine Mutter suchte als Patientin die Vormittagssprechstunde auf. Dabei hatte sie ihr 5-jähriges Kind mitgenommen, da es zu Hause unbeaufsichtigt gewesen wäre. Nachdem die Mutter versorgt war, verlangte sie im „Hinausgehen“ für das Kind die Verordnung von Fieberzäpfchen und Hustensaft. Der Hausarzt, der unter Sprechstundendruck stand, stellte die Wunschverordnung aus; da das Kind

keinen besonders auffälligen Eindruck gemacht hatte, verzichtete er auf eine Untersuchung. Die im selben Sprechzimmer anwesende Ärztin in Weiterbildung bat die Mutter, das Kind kurz noch untersuchen zu dürfen. Anhand der programmierten Untersuchung mit der Checkliste Nr. 1 (Fieber-Programm) ergab sich jetzt ein elektiver Palpationsschmerz am McBurney-Punkt,

ohne dass weitere Beschwerden hätten erhoben werden können. Eine Stunde später war das Kind appendektomiert.

**Stichwörter**

- Wunschverordnung ohne Untersuchung
- Programmierte Untersuchung mit Fieber-Programm (Checkliste Nr. 1)
- Bild einer Appendizitis

Die **programmierte allgemeinmedizinische Diagnostik** ist ein spezifisches Werkzeug, mit dem der Allgemeinarzt das **Häufige**, das **Typische** und das **Uncharakteristische** ebenso wie das **abwendbar Gefährliche** berücksichtigen kann (► Abschn. 3.1).

Der in der klinischen Medizin übliche Begriff „Differentialdiagnose“ ist in der allgemeinmedizinischen Fachsprache unlogisch, da am Ende des Beratungsergebnisses die allermeisten Klassifizierungen keine exakten Diagnosen sind. Stattdessen sollte der fachsprachliche Begriff „konkurrierende Beratungsergebnisse“ verwendet oder von „ähnlichen Beschwerdebildern“ gesprochen werden.

**1.6.1 Der Zeitfaktor**

Der Allgemeinarzt ist trotz der Bedeutung seines Faches („tragende Säule der sozialen Sicherheit“) gezwungen, die Beratung und Versorgung seiner Patienten meistens in kurzer Zeit durchzuführen.

Kein Staat der Erde verfügt über genügend Mittel, um bei jedem einzelnen Erkrankten eine tiefeschürfende ärztliche Befragung und Untersuchung finanzieren zu können. Die Regeln der klinischen Diagnostik können nicht einmal bei dem kleinen Bruchteil jener Patienten voll eingehalten werden, deren Versorgung im hochspezialisierten Krankenhaus erfolgt (Braun 1970).

Über den Zeitdruck in der täglichen Praxis berichtete ein Arzt (den Schrecken noch in den Gliedern) von einem noch glimpflich ausgegangenen Sprechstundenereignis (**Fallbeispiel: Die Ärztin in Weiterbildung hatte sorgfältiger gearbeitet als der Chef**).

Die Allgemeinmedizin wird also durch den **Zeitfaktor** sehr wesentlich geprägt. Für das programmierte Vorgehen benötigt ein Arzt jedoch nicht mehr Zeit, als er üblicherweise für eine routinemäßige intuitive Konsultation aufwendet. Das haben Untersuchungen erwiesen (Danninger und Khoutani 1992).

**1.6.2 Intuition**

So lange es nicht in ausreichender Menge in der Praxis erprobt und bewährte Richtlinien gibt bzw. die publizierten

Empfehlungen nicht genutzt werden, ist der Allgemeinarzt gezwungen, sich bei der Masse seiner Beratungen von seiner **Intuition** leiten zu lassen (**Fallbeispiel: Glück durch Intuition**). Dabei wirken sein anerzogenes Wirken und (später) seine erworbene Berufserfahrung sowie auch der „gesunde Menschenverstand“ zusammen. Selbstverständlich wird hier der gewissenhafte erfahrene Arzt mit seiner in langen Jahren erworbenen „**Kennerschaft**“ am besten abschneiden.

Wer **Kennerschaft** besitzt, weiß allerdings auch, dass diese von etwas anderem vorgetäuscht werden kann. Kennerschaft setzt immer das gesamte Wissen voraus; sie schließt das skeptische Hinterfragen (Falsifizieren) ein: „*Es sieht so aus wie ... – aber was ist es wirklich?*“.

**i** Kennerschaft ist die Summe aus **Wissen** und **Erfahrung** (Braun 1988).

Die **Falsifizierung** ist der umfassende Angriff auf den eigenen Eindruck. Es geht um das Zuordnen oder Ausschließen („*confirm or rule out*“) in Bezug auf einen wissenschaftlichen Krankheitsbegriff (exakte Diagnose) oder auf das „Bild einer Krankheit“ (Braun et al. 1990).

Die intuitive, individuelle Diagnostik ist oftmals in vielfältiger Weise störanfällig und abhängig beispielsweise von Tagesform, Kenntnissen und Erfahrungen des Arztes, aber auch von der Präsentation der Beschwerden durch den Patienten.

Durch das Arbeiten mit Checklisten können jedoch auch die jüngsten Ärzte bei den entsprechenden Beratungsproblemen mehr leisten, als die erfahrensten aufgrund ihrer reinen Intuition zu erreichen vermögen. Freilich sollten sie in der programmierten Diagnostik geschult sein.

Der Vorteil solcher Programme gegenüber einer intuitiven, individuellen Routine wird rasch klar, wenn man die standardisierte Fragetechnik, den Zeitbedarf für Anamnese und Diagnostik, die Dokumentation, die Beanspruchung der Konzentration und den EDV-Einsatz betrachtet (■ Tab. 1.1).

Dazu kommt noch der Vorteil, dass der Arzt systematisch durch das Menü von Beobachtung und Befragung („**Subjektiv**“) sowie von Diagnostik im Eigenbereich oder aufgrund einer gezielten Überweisung im spezialistischen Bereich („**Objektiv**“) geführt wird.

Wer programmiert arbeitet, braucht nicht den Verlust seiner ärztlichen Kunst zu befürchten. Diese kann sich, ganz



■ **Tab. 1.1** Wesentlicher Unterschied zwischen programmierter Diagnostik und individuellem, intuitivem Vorgehen. (Danninger 1988)

Programmierte Diagnostik	Individuelles intuitives Vorgehen
1. Standardisierte Fragen, standardisierte Untersuchung	1. Regelmäßiges Vergessen bestimmter Fragen, auch Wiederholen derselben Fragen und Untersuchungen
2. Minimum an Zeit und Maximum an Information	2. Minimum an Zeit bei fragwürdigem Informationsgewinn
3. Optimale Dokumentation	3. Mangelhafte bis Nulldokumentation
4. Entspanntes Arbeiten	4. Konzentration auf die Produktion der wichtigsten Fragen
5. Optimale Anwendungsmöglichkeit für EDV	5. EDV-Anwendung nur für den einzelnen Arzt sinnvoll, da Individuelles nicht für die Allgemeinheit standardisiert werden kann

### Fallbeispiel: Glück durch Intuition

Ich stellte bei einer 84jährigen Frau, die bei mir wegen Diabetes und arterieller Verschlusskrankheit Dauerpatientin mit stets normotonen Blutdruckwerten war, plötzlich eine Hypotonie fest, dazu Schwindel, jedoch keinerlei Beschwerden in der Herzgegend. Zunächst ein Blutdruck steigerndes Medikament (Effortil®-Tropfen). Nach 4 Tagen, eigentlich mehr aus dem

Gefühl heraus (stummer Infarkt?) eine EKG-Ableitung. Ergebnis: Typisches Bild eines Hinterwandinfarktes, Enzyme entsprechend. Erst Schreck, dann das Gefühl, Glück gehabt zu haben. Da die ersten Tage ambulant gut überstanden worden waren, ließ ich die Patientin in Absprache mit ihr und den Angehörigen daheim. Inzwischen sind 2 Monate

problemlos verstrichen. Wie wäre es mit Vorwürfen gewesen, wenn es schiefgegangen wäre?

#### Stichwort

- Plötzliche Hypotonie und Schwindel bei 84-Jähriger
- Akuter Hinterwandinfarkt

im Gegenteil, darüber hinaus voll entfalten. Auch die standardisierten Fragen ermöglichen eine freischwebende Intuition, wengleich auf viel höherem Niveau.

Das **Fallbeispiel: Glück durch Intuition** kommentiert Braun in seinem Buch „Mein Fall. Allgemeinmedizin für Fortgeschrittene“ (Braun 1994):

- » Bei einer betagten Patientin, die an Diabetes und einer arteriellen Verschlusskrankheit leidet, ist es zunächst gewiss legitim, eine unvermutet aufgetretene Blutdrucksenkung auf einen dieser beiden Zustände zu beziehen. Bei Befolgung meiner eigenen Lehre hätte ich jedoch binnen 24 Stunden mit der Checkliste Nr. 33 zur „allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer Kreislaufschwäche, auch nach einer akuten orthostatischen Dysregulation“ programmiert vorgehen müssen, dann wäre ich mit dem EKG „in den Infarkt hineingefallen“. Die programmierte Diagnostik hat ja den Sinn, rundum alles Fassbare – vor allem das Gefährliche – problemorientiert und frühestmöglich aufzudecken. Sie selbst mussten noch 3 Tage zuwarten, ehe Sie von Ihrem intuitiven Vorgehen in die richtige Richtung gelenkt wurden.

### 1.6.3 Programmierte Diagnostik

Der Allgemeinarzt, der den Patienten mittels einer Checkliste programmiert führt („Programmierte Diagnostik“), darf beruhigt sein, auf diese Weise nichts Wesentliches ungefragt gelassen und nichts Machbares unterlassen zu haben. Ohne Programm fällt ihm davon nachweisbar bestenfalls die Hälfte

ein. Die später bewusst werdenden Versäumnisse vergällen jedem Arzt laufend das Berufsleben, wie das hunderte von Kollegen in der Zeitschriftenkolumne „Mein Fall“<sup>5</sup> beklagt haben.

Wie individuell und unsystematisch Ärzte ihre Patientebefragung ansonsten vornehmen und die entsprechende Diagnostik veranlassen, belegt eindrucksvoll eine Untersuchung bei 23 britischen Hausärzten, die von einer simulierten Patientin (Schauspielerin) mit Klagen über Thoraxschmerzen konsultiert wurden (■ Tab. 1.2).

Bei rein intuitiv-individueller Befragung und Untersuchung von Fieber-Fällen konnte H. S. Chung im Gegensatz zum programmierten diagnostischen Vorgehen beobachten, dass sie häufig vergaß, beispielsweise die Nackenbeweglichkeit zu überprüfen. Dagegen konnte sie im Rahmen der programmierten Diagnostik bei 5 von 34 nach der Fieber-Checkliste untersuchten Kindern zwischen 1 1/2 und 12 Jahren unerwartet Mittelohrentzündungen sowie bei einem 17-jährigen Jungen und einem 6-jährigen Mädchen ebenso unerwartet eine ausgeprägte Tonsillitis aufdecken. 14 % aufgedeckte charakteristische Symptome sind eine zufällig hohe Quote; erfahrungsgemäß bringt die programmierte Untersuchung solche Befunde bei primär uncharakteristischer Symptomatik seltener ans Licht (Chung 1986).

5 Über 900 Zuschriften von oftmals noch stark betroffen wirkenden Lesern mit Fallschilderungen aus der eigenen Praxis erreichten seit 1981 die Zeitschrift Der Allgemeinarzt. Über 500 Fälle wurden in den Folgejahren Heft für Heft anonymisiert veröffentlicht und mit einem kritischen Kommentar von Braun versehen. Übersetzungen in mehreren Ländern Europas und in Übersee wurden publiziert. Die lehrreichsten Fälle davon in Braun (1994).

**Tab. 1.2** Wie englische Hausärzte auf eine simulierende Patientin (Schauspielerin) mit Klagen über Thoraxschmerzen reagierten. (Saebu und Rethans 1997)

<i>Von den 23 Allgemeinärzten fragten:</i>	
23 Ärzte	nach dem Beginn der Schmerzen
22 Ärzte	nach dem Schmerzcharakter
22 Ärzte	nach Lokalisation und Ausstrahlung
22 Ärzte	nach dem Nachlassen von Schmerzen in Ruhe
21 Ärzte	nach der Belastungsabhängigkeit
20 Ärzte	nach der Schmerzdauer
16 Ärzte	nach Rauchgewohnheiten
15 Ärzte	nach anderen Faktoren, die Schmerz verstärken
<i>Bei der Untersuchung hatten:</i>	
21 Ärzte	den Blutdruck gemessen
21 Ärzte	das Herz auskultiert
21 Ärzte	ein EKG geschrieben
21 Ärzte	Labortests veranlasst
18 Ärzte	die Lunge abgehört
18 Ärzte	die Patientin wiederbestellt
7 Ärzte	den Puls gefühlt
4 Ärzte	eine Ergometrie veranlasst
2 Ärzte	die Lungen röntgen lassen
1 Arzt	zum Kardiologen überwiesen

H. Danninger fand bei der Auswertung von 200 Checklisten Nr. 1 „Uncharakteristisches Fieber (UF)“, dass sich bei 11 Fällen durch neu aufgedeckte Symptome eine Weichenstellung ergeben hatte (Tab. 1.3). Rechnet man diese Aussage auf die Gesamtzahl von damals rund 5000 Allgemeinärzten in Österreich hoch und legt für jeden Arzt jährlich ca. 240 Erstberatungen bei „Uncharakteristischem Fieber“ (UF) und „Afebriler Allgemeinreaktion“ (AFAR) zugrunde, so ergeben sich insgesamt 1,2 Mio. Erstberatungen dieser Art. Durch den konsequenten Einsatz der programmierten Diagnostik bei UF und AFAR würden sich also pro Jahr ca. 60.000 solcher Weichenstellungen ergeben, die allerdings nicht geschehen.

### 1.6.4 Anamnese – Anamnestik

In der Allgemeinmedizin ist es aus Zeitgründen nicht möglich und aufgrund der meisten Erkrankungen auch nicht erforderlich, bei jedem Beratungsfall eine möglichst komplette Anamnese nach Art der Krankenhausmedizin zu erheben.

So wird es keinem niedergelassenen Allgemeinarzt einfallen, bei einer Patientin, die ihn beispielsweise wegen Schnupfen, Fieber, wegen Gelenkschmerzen oder eines verstauchten Fingers aufsucht, nach Kinderkrankheiten zu fragen, die Familienanamnese, die Anamnese ihres Genitalbereiches, die soziale Anamnese usw. zu erheben, sondern der Praktiker wird problemorientiert an den einzelnen Fall herangehen.

**Problemorientiert** heißt, sich auf die vorliegende Beratungsursache (z. B. Schnupfen, verstauchter Finger) zu beschränken. Dabei dürfen aber niemals die abwendbar gefährlichen Krankheitsverläufe (AGV) außer Acht gelassen werden; dies ist aber offensichtlich dem Kollegen im **Fallbeispiel: Warum war meine Anamnese so lückenhaft?** unterlaufen.

In der berufstheoretischen Fachsprache wird die gezielte Befragung als **Anamnestik** bezeichnet; sie ist der Vorgang, der zur Erfassung relevanter Patientendaten führt. Dagegen ist die **Anamnese** der gesamte Prozess der Anamnestik.

Die einzelnen Items<sup>6</sup> der programmierten Diagnostik sind auf die schrittweise Erfassung der Anamnestik angelegt.

**i** Die **spontanen Äußerungen** des Patienten und seine **Vermutungen** sollten immer in die Anamnestik einbezogen werden.

Die meisten Checklisten der programmierten Diagnostik beinhalten bereits routinemäßig die Frage nach der „vermuteten Ursache“.

Kommentar von R. N. Braun:

» An Ihrem Erlebnis kann man die für die Allgemeinmedizin maßgebliche Problematik gut erläutern. Da ist zunächst die „angesagte Diagnose“: Unser Aufstieg als Fach neben anderen Fächern steht und fällt mit einer klaren Nomenklatur. Geben Laien bei der Bestellung zu einem Hausbesuch eine Krankheit als Grund an, so kann das stimmen

6 „Item“ (testpsychologischer Fachbegriff) ist die kleinste Einheit des Tests.

#### Fallbeispiel: Warum war meine Anamnese so lückenhaft?

Ein Hausarzt schreibt: Ich wurde ganz dringend zu einer 63-jährigen Patientin gerufen. Sie liege bewusstlos am Küchenboden. Es handele sich um einen Schlaganfall. Die Frau war mir zwar erst seit 12 Monaten bekannt, aber von Hochdruck und anderen Risikoparametern wusste ich bereits. Die angesagte Diagnose schien sich voll zu bestätigen: Bewusstlosigkeit, Hypotonie, Tachykardie, Blickwendung nach links, Myosis, kalter

Schweiß: das Bild einer zerebralen Massenblutung. Der hinzugezogene Notarzt, gottlob ein erfahrener Anästhesist, intubierte. Als könnte es nicht mit rechten Dingen zugehen, erschien Frau S. kurze Zeit später mit dem Krankenhausentlassungsbericht in meiner Praxis: „Status epilepticus“ bei zerebralem Krampfleiden. Jetzt erzählt die Frau, sie hätte schon vorher Anfälle erlebt, aber aus Rücksicht auf ihren

schwer kranken Mann deshalb keinen Arzt beansprucht. – Darf es vorkommen, dass eine Anamnese so lückenhaft ist?

#### Stichwörter:

- Notfall „Bild eines Schlaganfalls“
- Status epilepticus
- Anamnese
- Checkliste Nr. 72 („Synkope-Programm“)

■ **Tab. 1.3** Auswertung von 200 Untersuchungen mittels Checkliste Nr. 1 „für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten (afebrile Allgemeinreaktion)“. Weichenstellungen in 11 Fällen durch neu aufgedeckte charakteristische Symptome. (Danninger 1988)

Fall	Alter [Jahre]	Geschlecht	Beratungsursache (BU)	Beratungsergebnis (BE)	Durch die programmierte Diagnostik neu aufgedeckt
1.	49	m	Fieber, Husten	UF	Leistenhernie
2.	66	w	Verkühlung	AFAR	Subikterus
3.	29	m	Verkühlung	Husten	Perforiertes Trommelfell
4.	36	m	Verkühlung	Bronchitis	Hämorrhagische Zystitis
5.	20	w	Ohrenbeschwerden, Verkühlung	AFAR	Systolikum
6.	0,5	m	Husten	Husten, Mesotitis	Anämie
7.	27	w	Halsschmerzen, Husten	Pharyngitis	Zystitis
8.	7	w	Fieber	UF, Bronchitis	Mikrohämaturie
9.	55	m	Fieber	UF	Albuminurie
10.	42	w	Fieber, Brechreiz	UF	Diabetes mellitus
11.	60	m	Reduzierter Allgemeinzustand, Erbrechen	Depression	Depression

UF uncharakteristisches Fieber, AFAR afebrile Allgemeinreaktion

– oder auch nicht. Hier von einer „Diagnose“ zu sprechen, ist unzulässig. Es fehlen ja auf Seiten der Laien die Voraussetzungen dafür, eine Krankheit zu erkennen und richtig zu benennen. Dass die Symptome mit der von der Familie vermuteten Krankheit übereinstimmen, ist gut und schön. Aber da „die Krankheiten nun mal keine Lehrbücher lesen“, dürfen wir niemals versäumen zu falsifizieren: „Es sieht so aus wie ..., aber was ist es wirklich?“ Auch die umfassende Anamnese bietet keine Gewähr dafür, dass aus einer Patientenfamilie tatsächlich herausgeholt wird, was für den Einzelfall entscheidend ist. Außerdem ist eine solche komplexe Anamnese in der angewandten Allgemeinmedizin nicht machbar. Im Übrigen gibt es für die Fälle von Bewusstlosigkeit bereits ein ausgefeiltes Programm (Checkliste Nr. 72). Hätten Sie diese zur Hand gehabt, so wären Sie in die „Epilepsie“ als AGV „hineingefallen“ oder Sie wären in der Beurteilung des Falles zumindest zurückhaltender gewesen (Braun 1994).

### 1.6.5 Beratungsanlass, Beratungsursache, Beratungsergebnis, Beratungsproblem

Für die Anwendung der diagnostischen Programme ist es von besonderer Bedeutung, dass der Allgemeinarzt folgende **fachsprachlichen Begrifflichkeiten** auseinanderhält:

**Beratungsanlass (BA)** Jener Umstand („Anlass“), der letztlich den **Patienten** bewegt, einen Arzt aufzusuchen; er kann von vielfältigen Faktoren abhängen (z. B. Leidensdruck, Drängen des Partners, durch Medien vermittelte Ängste). Der

Beratungsanlass als komplexes medizinisches Phänomen ist unerforscht.

**Beratungsursache (BU)** Das anamnestische Kondensat aus einer Fülle von Angaben, Bemerkungen, Beobachtungen etc., das der **Arzt** aufgrund der konkreten Patienten-Arzt-Begegnung gewinnt, dokumentiert und zur Grundlage seiner weiteren Diagnostik macht (z. B. „Angst vor Demenz“). Für gewöhnlich geht es bei der BU um ein einziges Problem. Der Kranke kann sich aber auch zwei oder mehr Fragen für den Arztkontakt „aufgespart“ haben. Die Problematik der BU ist derzeit ein wissenschaftlich fast unberührtes großes Gebiet.

**Beratungsergebnis (BE)** Resultat des Allgemeinarztes am Ende der einzelnen Konsultation („Beratung“) mit **Bewertung** des diagnostischen Bereichs (Symptom oder Symptomgruppe, Bild einer Krankheit, exakte Diagnose), **Benennung** und **Dokumentation** des jeweiligen diagnostischen Prozesses (z. B. „Uncharakteristisches Fieber“, „Diabetes mellitus Typ 2a“). Das einzelne BE wird auch als **Fall** bezeichnet.

**Beratungsproblem (BP)** Der gesamte Prozess zwischen Beratungsanlass und Beratungsergebnis (■ Abb. 1.2) einschließlich der Konsequenzen für das Handeln und Behandeln umfasst das Beratungsproblem.

❗ Die **Fälleverteilung** ist eine Statistik der Beratungsergebnisse, nicht der Beratungsursachen (BU). Die meisten **diagnostischen Programme** dagegen gehen von der Beratungsursache aus und führen zum Beratungsergebnis (BE).

In der Allgemeinpraxis liegt zwischen dem Vorbringen der BU und der erforderlichen Bewertung und Benennung des Falles

## Fallbeispiel: Vertrauen durch programmierte Diagnostik

Ein 20-jähriger Bursche, der aus zerrütteten Familienverhältnissen stammt, klagt über Kopfschmerzen. Als Hausärztin weiß ich, dass sich der Vater vor einigen Jahren von der polytoxikomanen, bulimiekranken Mutter getrennt hatte. Von der Freundin des jungen Mannes weiß ich, dass die Mutter den Sohn oft drängt, Abführmittel oder sonstige Medikamente zu besorgen oder ihr Geld zu geben. Um mit dem eher schüchternen, wortkargen Burschen ins Gespräch zu kommen und auch um somatische Ursachen gebührend zu bedenken, verwende ich die Checkliste Nr. 70 („Kopfschmerz-Programm“).

Als dann ein halbes Jahr später der Bruder mit dem Motorrad tödlich verunglückt und die Mutter nach wochenlangem stationären Aufenthalt pflegebedürftig nach Hause kommt, überweise ich den jungen Mann zum Nervenarzt. Mit dem dort verordneten Migränemittel kommt er in meine Praxis zurück und will mit mir besprechen, dass er nach Studium des Beipackzettels das Medikament eigentlich nicht nehmen will. Die Kopfschmerzen seien jetzt trotz aller Belastungen ohnehin nicht mehr so arg. Ich glaube, dass ich durch den Einsatz der programmierten Diagnostik dem Patienten das Gefühl gegeben habe,

seine Beschwerden besonders ernst zu nehmen, und dass ich dadurch wesentlich zum Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patienten-Beziehung bzw. zur Besserung der Schmerzen beigetragen habe.

**Stichwörter:**

- Kopfschmerzen als vorgeschobene Beratungsursache
- Migräne-Vermutung durch den Nervenarzt
- Familiäre Problematik
- Ernstnehmen des Patienten durch programmierte Diagnostik.

(= BE) meist nur eine **kurze Zeitspanne** (z. B. „Fieber, Kopfweh, Frösteln“ als BU und „Uncharakteristische Fieber“ als BE). Der Arzt muss sich jedoch stets bewusst sein, dass in Einzelfällen auch etwas ganz anderes (z. B. „Bild einer Pneumonie“, „Bild einer Appendizitis“) als BE herauskommen kann.

**i** Grundsätzlich sollte es nach jeder Beratung, auch im **Notfall**, zur Formulierung eines BEs kommen – außer der Fall wurde ausnahmsweise bis zum Abschluss der geplanten Diagnostik völlig offen gelassen.

Wenn die Diagnostik – aus welchen Gründen auch immer – unterbrochen worden ist, muss ebenfalls für jede Beratung ein BE formuliert werden. Der Arzt sollte sich also daran gewöhnen, entsprechend dem jeweiligen Stand seiner Diagnostik, zeitnah zum Untersuchungsgang die Kategorie der jeweiligen Klassifizierung (A, B, C oder D – vgl. ► Abschn. 1.6.6) zu vermerken: Die Dokumentation wird in diesem Sinne dadurch stets auf dem Laufenden gehalten.

Die sog. **vorgeschobene Beratungsursache** ist selten. In der Regel sprechen die Patienten ihr Anliegen direkt aus, z. B. „*Ich brauche etwas für die Nerven*“. W. Fink berichtet von einem jungen Mann, der jedoch nicht in der Lage war, den für seine Kopfschmerzen zugrunde liegenden Konflikt zu formulieren (**Fallbeispiel: Vertrauen durch programmierte Diagnostik**). In diesem Fall hatte sich die Anwendung der **Checkliste Nr. 70** („Kopfschmerz-Programm“) dennoch bewährt, um die vorgeschobene Beratungsursache als solche zu erkennen (Fink und Braun 1998).

### 1.6.6 Klassifizierung der diagnostischen Situation

Mittels der **Klassifizierung** wird in der Allgemeinmedizin eine diagnostische Situation in ihrer Unklarheit bzw. Klarheit gegenüber den wissenschaftlichen Krankheitsbegriffen realistisch bezeichnet (Mader und Riedl 2018).

Ein wesentliches Ergebnis der berufstheoretischen Forschung in der Allgemeinmedizin war der schon vor Jahrzehnten erbrachte Nachweis, dass sich in einer Allgemeinpraxis – auch unter der üblichen Zusammenarbeit mit den Spezialisten in Klinik und Praxis – nur in einem von 10 allgemeinmedizinischen Fällen, also in rund 10 %, eine exakte **Diagnose (D)** stellen lässt. In der überwiegenden Mehrheit wird der Allgemeinarzt den jeweiligen Fall klassifizieren als

- A. **Symptom** (in rund 25 % der Fälle; z. B. „Sodbrennen“, „uncharakteristischer Schwindel“);
- B. **Symptomgruppe** (in rund 25 % der Fälle; z. B. „uncharakteristisches Fieber“, „uncharakteristische Bauchschmerzen“);
- C. **Bild einer Krankheit** (in rund 40 % der Fälle), wobei die zweifelsfreie Zuordnung zu einem exakten Krankheitsbegriff nicht bzw. noch nicht möglich ist (z. B. „Bild von Masern“, „Bild einer eitrigen Tonsillitis“ oder „Bild einer Psoriasis“), so lange beispielsweise Erregernachweis oder histologisches Ergebnis fehlen;
- D. **Diagnose** (in rd. 10 % der Fälle); sie ist die überzeugende Zuordnung von Beschwerden und/oder Symptomen zu einem definierten Krankheitsbegriff (z. B. „2 cm breite und oberflächliche Schnittwunde“, „Fraktur der Rippe IX re. bei positivem Röntgenbefund“, „diastolische Herzinsuffizienz Stadium B“, „Rektumkarzinom T2/N0/M0“).

**i** Die **Klassifizierungen (A, B, C)** bedingen ein abwartendes Offenlassen des Falles (► Abschn. 1.6.8) bzw. ein unsicheres Handeln, das weitere diagnostische Aufmerksamkeit erfordert. Bei **Klassifizierung** einer exakten **Diagnose (D)** wird nach den **Lehrbüchern** vorgegangen.

Mit der wohlüberlegten Zuordnung seiner Beratungsergebnisse zu den **Kategorien A/B/C/D** ist der berufstheoretisch geschulte Allgemeinarzt in der Lage, seine diagnostischen Bemühungen unter den Bedingungen der täglichen Praxis aktuell, korrekt und nachvollziehbar zu benennen. Er entspricht damit dem State of the Art, d. h. dem Stand der Praxisforschung.

Der Diagnose (D) kommt nicht der Rang einer überragenden ärztlichen Krankheitserkennung zu. Alle diagnostischen Ergebnisse der **Bereiche A bis D** sind für den Allgemeinarzt solange **gleichwertig**, wie er die wesentlichen abwendbar gefährlichen Verläufe (► Abschn. 1.6.7) berücksichtigt und sich falsifizierend fragt „*Es sieht so aus wie ... – aber was ist es wirklich?*“ (► Abschn. 1.6.2).

Rund die Hälfte aller Beratungsprobleme in der Allgemeinpraxis sind Symptome im weitesten Sinn (A, B), die andere Hälfte machen Klassifizierungen von Krankheitsbildern oder (exakten) Diagnosen (C, D) aus. Das ist die charakteristische Realität des Praxisalltags bei einem Allgemeinarzt.

### 1.6.7 Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV)

An der ersten ärztlichen Linie geht es letztlich um die meist **gefährliche Ausnahme** und nicht um die so häufig vermuteten **Banalitäten** (► Abschn. 1.6.9). Diese Aufgabe macht einen entscheidenden Teil der Existenzberechtigung der Allgemeinärzte aus (Braun 1988).

Der Begriff **abwendbar gefährlicher Verlauf** (AGV) wurde ebenfalls von Braun aufgrund seiner berufstheoretischen Forschungen in den 1960er Jahren in die Medizin eingeführt und hat heute breite Akzeptanz, teilweise auch außerhalb der Allgemeinmedizin, gefunden. Die Formulierung lenkt die Aufmerksamkeit auf mögliche, bedrohliche Gesundheitsstörungen. Das Beiwort „abwendbar“ betont die hohe Verantwortung des Arztes und damit auch die Empfehlung, diagnostische Programme anzuwenden.

**i** Als AGV wird in der Allgemeinmedizin ein gesundheitsgefährdender, möglicherweise lebensbedrohlicher Verlauf einer Erkrankung bezeichnet, der bei sachgemäßem Eingreifen des Arztes abwendbar ist (Fink et al. 2010).

Das Wort **abwendbar** betont eine bestimmte Facette der **Früherfassung**, das Wort **Verlauf** zielt in die Zukunft; es lenkt die Aufmerksamkeit auf **bedrohliche** Gesundheitsstörungen. Die **Frühstadien** schwerer Krankheiten sind manchmal von Bagatellen mit Allgemeinerscheinungen kaum zu unterscheiden. Abwendbar heißt also auch **behandelbar** im Gegensatz zu nicht behandelbar („**unabwendbar gefährlicher Verlauf**“). Vor diesem Hintergrund ist auch der Rechtsbegriff der **Fahrlässigkeit** zu sehen.

Bei den möglichen AGVs sollte sich der Arzt wie ein Feuerwehrmann verhalten: Er muss alle Sirenen anwerfen und rasch losziehen. Ob es sich dann „nur“ um einen kleinen Rasenbrand am Bahndamm oder gar um ein brennendes Hochhaus handelt – das weiß er erst im Nachhinein (Mader 2003).

**Karzinome** stellen in klassischer Weise die AGVs schlechthin dar. Trotz ihrer Seltenheit überschreiten die Malignome jedoch als Gruppe zusammengenommen die 1:3000-Grenze sehr deutlich. Sie sind in ihrer Gesamtheit häufiger als der Schlaganfall (► Abschn. 4.85). Im langjährigen Durchschnitt

gibt es etwa 10 neu entdeckte Karzinome auf 3000 BEs. Im diagnostischen Alltag sind die Malignome von eminenter Bedeutung. Sie treten meistens dramatisch genug in Erscheinung, um die Aufmerksamkeit des Arztes zu erregen. Selten sind sie so gut „getarnt“, dass hinter den vorgebrachten Beschwerden niemand etwas Bedrohendes vermuten würde (Braun et al. 2004).

**i** **Karzinome (Malignome)** sind so lange als AGV zu berücksichtigen, wie nicht eindeutig feststeht, dass im gegebenen Fall keine bösartige Erkrankung dahintersteckt.

Bestimmte **Alarmsymptome** (z. B. Zeichen für akute Atemnot; beidseitige Reithosenanästhesie; Rußregen im Auge) müssen sofort als „Brandbeschleuniger“ (Mader 2003) für einen AGV betrachtet werden (z. B. Lungenembolie; Bandscheibenvorfall; Netzhautläsion).

**i** Grundsätzlich muss der Allgemeinarzt in seinem Denken und Handeln vom schlimmsten Fall ausgehen.

Beispiele für (potenziell) abwendbar gefährliche Verläufe (die gemischte Aufzählung soll das bunte Vorkommen in der Wirklichkeit der allgemeinärztlichen Berufsausübung betonen):

- Blutabgang per anum als Hinweis auf ein Malignom
- Hämaturie als Hinweis auf ein Malignom
- Hämoptyse als Hinweis auf ein Malignom
- Sekundäre Amenorrhö als Hinweis auf eine Extrauterin-gravidität
- Gelenkschwellung als Hinweis auf einen Knochenbruch
- Oberarmschmerzen links als Hinweis auf einen Myokardinfarkt
- Auffallende Schläfrigkeit als Hinweis auf eine Überdosis von Schlafmitteln
- Bauchschmerzen und Übelkeit als Hinweis auf das Bild einer akuten Appendizitis
- Hohes Fieber und Schüttelfrost als Hinweis auf das Bild eines Erysipels
- Kopfschmerzen als Hinweis auf einen möglichen akuten Glaukomanfall

Der Arzt muss immer an einen AGV denken, besonders an **atypische Krankheitsverläufe**.

**i** Jede „typische“ Krankheit kann eine atypische andere Krankheit sein.

Solche atypischen Verläufe können der Aufmerksamkeit entgehen, wenn es der Arzt mit dem Falsifizieren nicht genau nimmt. Ein gutes Beispiel dafür ist die akute „**Epigastralgie**“ (B), hinter der sich u. a. eine atypische, perforierende **Wurmfortsatzentzündung** verbergen kann (Lau 1994).

**i** Ein „typisches“ Krankheitsbild darf niemals Anlass sein, auf eine Falsifizierung („Es sieht so aus wie ... – aber was ist es wirklich?“) zu verzichten.

Große Bedeutung in der Allgemeinmedizin besitzen jene Fälle, die im Ärztejargon u. a. als „**grippale Infekte**“ bezeichnet werden. Solche Jargonbenennungen, die in eine bestimmte Richtung denken lassen, sind besonders problematisch, da sich unter ähnlichen Krankheitsbildern gefährliche Krankheitsverläufe verstecken können (**Fallbeispiel: Die „Grippe“, die aus dem Urwald kam** und **Fallbeispiel: Kaufmann musste sterben. Vier Ärzte haben versagt**) (► Abschn. 4.1 und 4.82). Die Anwendung des Fieber-Programms Nr. 1 und die fachsprachlich korrekte (da offene) Bezeichnung „**uncharakteristisches Fieber**“ (UF) lassen in alle Richtungen denken.

Wenn ein AGV möglich ist, muss der Patient durch den Hausarzt stets unmissverständlich darüber aufgeklärt werden, bei welchen Symptomen er sich zu welcher Zeit und an wen (z. B. Hausarzt, Klinik) zu wenden hat. Dies sollte auch in der Krankenakte des Patienten festgehalten werden: Eine solche **Dokumentation** wäre ein weiterer Schritt auf dem Weg zur **Qualitätssicherung** in der Allgemeinmedizin.

#### Fallbeispiel: Die „Grippe“, die aus dem Urwald kam

Eine 30-jährige Krankengymnastin kam im Spätherbst zu mir, um sich wegen einer „febrhaften Grippe“ ein Medikament verschreiben zu lassen. Klagen über Kopf- und Gliederschmerzen. Temperaturen zwischen 38 und 39 °C. Nach einer Woche Verschlechterung des Zustandsbildes: Die Frau kann nicht mehr aufstehen, Leibschmerzen mit Zentrum im linken Oberbauch. Brechreiz, Fieber bis 41 °C, Subikterus. Therapieresistenz gegen alle meine Mittel. Erst zu diesem Zeitpunkt erfuhr ich von einer Safari-Reise quer durch Afrika (ohne Impfschutz, ohne sonstige Vorbeugung). Sofortige stationäre Einweisung. Diagnose: „Malaria tertiana.“

#### Stichwörter

- Vermutete Grippe: hohes Fieber mit Kopf- und Gliederschmerzen
- Später Leibschmerzen und Brechreiz
- Malaria tertiana

R. N. Braun kommentiert den Fall des Kollegen in der Zeitschrift *Der Allgemeinarzt*:

- » Bei dieser Schilderung fällt auf, dass nur zwei diagnostische Bezeichnungen verwendet werden: am Schluss „Malaria tertiana“ und zu Beginn „febrhafte Grippe“. Wir Ärzte haben sicherlich gelernt, dass man besser auf Festlegungen verzichtet, zumal wenn es keine virologischen Bestätigungen gibt. Vielleicht hätte sich der Fall rechtzeitig klären lassen, wenn der Kollege die Checkliste Nr. 1 für „uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten“ („Fieber-Programm“) verwendet hätte. Hier ist nämlich bereits bei der Patientenbefragung auch der Hinweis auf mögliche „Tropenreisen“ enthalten.

Letztlich kommt es in der Allgemeinmedizin nicht darauf an, alle nur möglichen Krankheiten zu erkennen, sondern die wichtigsten AGVs fortlaufend zu bedenken oder gar auszuschließen.

- ❗ Bei den allermeisten Fällen geht es primär nicht um das exakte **Erkennen** der Krankheit, sondern um das **Bedenken** und möglicherweise **Ausschließen** der häufigsten bzw. wichtigsten AGVs.

Die Fragen der Checklisten zielen auf die Erfassung sowohl der konkurrierenden Beratungsergebnisse (also der ähnlichen Beschwerdebilder) wie auch auf die wichtigsten AGVs, die in der Allgemeinpraxis nicht regelmäßig häufig vorkommen, wie z. B. das akute Glaukom bei akutem Kopfschmerz oder das maligne Melanom bei einem pigmentierten Nävus.

### 1.6.8 Abwartendes Offenlassen

Auch der Begriff „abwartendes Offenlassen“ (AO) entstammt der berufstheoretischen Forschung und Fachsprache von R. N. Braun und wurde in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in die Medizin eingeführt. Die Bezeichnung hat rasch weite Verbreitung gefunden.

Der Begriff deklariert die diagnostische Situation am Beratungsende, wenn keine überzeugende Zuordnung des Falles zu einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff möglich war. Das diagnostische Problem ist mehr oder minder offen. Nicht die „Diagnose“ wird abwartend offen gelassen, sondern der Fall, also die Bereiche der Symptome (A), Symptomgruppen (B) und Bilder von Krankheiten (C). Die **meisten Praxisfälle** werden **abwartend offen** geführt.

- ❗ Ein wesentliches Kriterium des AO ist nicht das untätige Treibenlassen des Falles, sondern das **aufmerksame Beobachten** in geteilter Verantwortung mit dem Patienten.

Die bewusste Anwendung des Begriffes kann den Arzt davor schützen, in der diagnostischen Aufmerksamkeit nachzulassen. Beim abwartenden Offenlassen muss der weitere Krankheitsverlauf genau verfolgt werden. Die diagnostische Lage wird also nicht verschleiert, sondern vielmehr in ihrer Wirklichkeit dargelegt. Die bisher übliche falsche Sicherheit, wobei der Arzt um die Richtigkeit seiner bloß vermuteten „Diagnosen“ zittern musste, entfällt. Das AO vermindert das Risiko ganz erheblich, in einer falschen Spur steckenzubleiben.

Da die programmierte Diagnostik zugleich eine Dokumentation über Fragen, Antworten und Untersuchungsbefunde liefert, können im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung mittels derselben Checkliste aus der wechselnden Symptomatik möglicherweise auch diagnostische Schlüsse gezogen werden.

Über den **Zeitraum des AO** wurde noch nicht geforscht; er kann evtl. mehrere Wochen betragen. Während dieser Zeit verschwinden in sehr vielen Fällen die geklagten oder beobachteten Beschwerden; die meisten Patienten sind also längst wieder völlig gesund. Nur in einigen wenigen Fällen wird eine weitere Diagnostik durch den Hausarzt bzw. eine vertiefte ambulante Diagnostik im spezialistischen Bereich und in einigen ganz wenigen Fällen die stationäre Behandlung