

Robert N. Braun

Frank H. Mader

Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin

82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung

5., aktualisierte und überarbeitete Auflage

Robert N. Braun
Frank H. Mader

Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin

82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung

Mit einem Geleitwort von Günter Ollenschläger

Mit 10 Abbildungen
und 17 Tabellen

Professor Dr. Robert N. Braun

Lützowgasse 6/III 21
1140 Wien, Österreich

Professor Dr. Frank H. Mader

Talstraße 3
93152 Nittendorf, Deutschland

ISBN-10 3-540-23763-1 **Springer Medizin Verlag Heidelberg**
ISBN-13 978-3-540-23763-1 **Springer Medizin Verlag Heidelberg**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag
Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 1990, 1995, 2003, 2005
Printed in Germany

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

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Dr. Hinrich Küster
Projektmanagement: Joachim Coch
Design: deblik Berlin
SPIN: 10826466
Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der ärztlichen Tätigkeit gehören seit jeher zu den wesentlichen Grundlagen einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Patientenversorgung auf hohem Niveau. Die Maßnahmen des ärztlichen Qualitätsmanagements zielen insbesondere auf Systematik in der Diagnostik, auf Struktur bei der Behandlung des Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Probleme und Wünsche sowie auf Professionalität der Kommunikation und Kooperation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten.

In diesem Zusammenhang wird die Nutzung anwenderfreundlicher Leitlinien, Checklisten und Erinnerungssysteme als wichtiger Bestandteil eines modernen Qualitätsmanagements angesehen; sie können gute ärztliche Arbeit fördern und das Fehlerrisiko minimieren, da mit ihrer Hilfe die einzelnen Prozesse in der Krankenversorgung systematisch und kontinuierlich optimiert werden. Die Praxiserfahrungen belegen, dass ihre konsequente Verwendung die tägliche Arbeit erleichtern und die Arbeitszufriedenheit des Praxisteam erhöhen kann (aus: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 2002, Leitfaden Q-M-A, Einführung ins Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Köln).

Strukturierten Diagnostik- und Therapieprogrammen wird in den Diskussionen um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems seit Mitte der 90er-Jahre eine Schlüsselstellung zugemessen. Insbesondere vom Einsatz medizinischer Leitlinien verspricht man sich einen Beitrag zur Überwindung der Unzulänglichkeiten, die vorrangig intuitives Vorgehen in der Krankenversorgung mit sich bringt. Dabei wird vielfach der Eindruck vermittelt, dass die Verwendung strukturierter Behandlungsprogramme eine völlig neue Entwicklung darstelle. Diese Einschätzung wird u. a. durch die vorliegende Neuauflage der erstmals 1976 publizierten »Programmierten Diagnostik in der Allgemeinmedizin« widerlegt.

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

- die spezifische Fälleverteilung in der allgemeinärztlichen Praxis (die statistischen Vorarbeiten für das 1955 von Braun publizierte »Fälleverteilungsgesetz« gehen bemerkenswerterweise bis zum Jahr 1944 zurück);
- eine problemorientierte Vorgehensweise soweit wie möglich auf der Grundlage gesicherten Wissens (»programmiertes« vs. »intuitives« Vorgehen) und schließlich
- die systematische Dokumentation und Evaluation.

Diese Denkweise war untypisch für die deutschsprachige Medizin der 70er-Jahre des 20. Jh. und sie war – in der Retrospektive – ungewöhnlich modern. Benannte sie doch 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 Standardwerks für die allgemeinmedizinische Diagnostik – verbunden mit der Hoffnung auf weite Verbreitung.

Günter Ollenschläger

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

Leiter der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

Köln, Februar 2003

Vorwort zur 5. Auflage

Als Klassiker in der täglichen Sprechstunde ist die »Programmierte Diagnostik« heute längst etabliert. Unbestreitbar sind ihre Vorzüge für eine rasche, problemorientierte und qualitätsbewusste erste Befragung und Untersuchung des Patienten durch den Hausarzt.

Bereits nach 2 Jahren war eine weitere, neu bearbeitete Auflage dieses Buches erforderlich. Revidiert wurden sämtliche Kapitel, insbesondere wurden mehr als die Hälfte aller Checklisten korrigiert, aktualisiert und teilweise erheblich ergänzt. Dabei fühlten sich die Autoren erneut dem praxisbewährten Prinzip dieses Buches verpflichtet: **Maximale Beschränkung auf wesentliche Stichwörter.**

Das Literaturverzeichnis wurde um grundlegende oder weiterführende, gut zugängliche Quellen ergänzt. Sämtliche textliche Überarbeitungen der Checklisten wurden auch auf die beigelegte CD-Rom übernommen. Deren graphische Oberfläche ist jetzt noch großzügiger gestaltet, damit der Arzt im Papierausdruck seine Erhebungen und Beobachtungen möglichst übersichtlich eintragen kann.

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 5. Auflage im besonderen Maße diese Aufgaben.

Zu danken ist einmal mehr dem Springer-Verlag, und hier insbesondere seinem Senior Editor, Herrn Hinrich Küster, für das Engagement um die laufende Pflege und Herausgabe dieses Buches. Für die Autoren selbst ist es der schönste Lohn für ihre Arbeit, wenn auch diese Auflage wieder zahlreiche Medizinstudenten und Jungärzte während ihres hausärztlichen Blockpraktikums bzw. während ihrer Weiterbildung sowie zahlreiche Hausärzte in der täglichen Sprechstunde begleitet – zum Wohl der uns anvertrauten Patienten.

Für die Autoren:

Frank H. Mader

Nittendorf, Januar 2005

Aus dem Vorwort zur 4. Auflage

Für tausende von Ärzten ist seit über einem Vierteljahrhundert die »Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin« mittels spezifischer Checklisten eine unverzichtbare Hilfe im Praxisalltag.

Die Programme sind inzwischen längst nicht nur im deutschsprachigen Raum verbreitet, sondern wurden teilweise auch in verschiedene Fremdsprachen übersetzt. Sie sind Gegenstand des medizinstudentischen Unterrichts und der Weiterbildung von Jungärzten zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin. Sie finden sich in Praxen von Hausärzten (Allgemeinärzten, praktischen Ärzten und hausärztlich tätigen Internisten), sie sind Diskussionsgrundlage in zahlreichen Qualitätszirkeln und sog. Braun-Gruppen und sie haben ebenso Eingang gefunden in die Ambulanzen einzelner Universitätspolikliniken wie auch in gutachterliche Äußerungen von Schlichtungsstellen bei Streitfragen zur allgemeinärztlichen Haftungspflicht.

In der täglichen Hausarztpraxis verhelfen die Checklisten dem Arzt zu einem raschen, entspannten und vor allem standardisierten Arbeiten in der Patientenbefragung sowie zu einem rationellen stufenweisen diagnostischen Vorgehen bei bestimmten Beratungsursachen. Am Ende des Prozesses ergeben sich in der Regel keine lehrbuchmäßigen Diagnosen. Auch lenkt die programmierte Diagnostik nicht in jedem Fall in die Richtung einer exakten Krankheitserkennung. Die Befragung und Untersuchung mit solchen optimierten Checklisten hat jedoch den unbestreitbaren Vorteil, dass der Arzt nicht von dem Gedanken gequält sein muss, bei seiner Diagnostik etwas vergessen zu haben, was im gegebenen Fall nötig gewesen wäre.

Die Grundüberlegung der programmierten Diagnostik ist es, bei bestimmten Beratungsursachen möglichst umfassend, gezielt, rasch, reproduzierbar – und damit letztlich effektiv – vorzugehen. Darüber hinaus bietet sich das checklistenartige Konzept zudem für eine effiziente und vor allem praxisgerechte Dokumentation an. Letztlich kann der Anwender damit in vielen Fällen, mit denen er im Praxisalltag konfrontiert wird, primär noch effektiver arbeiten als ein erfahrener Kollege. Dabei werden das **Häufige** wie das **Typische** und das **Uncharakteristische** ebenso wie das **abwendbar Gefährliche** möglichst umfassend und systematisch berücksichtigt.

Damit der Anwender bei einzelnen, ihm zunächst unverständlich erscheinenden Fragen sofort die dahinterstehende Zielrichtung erkennen kann, finden sich in Klammern die zu bedenkenden oder auszu-

schließenden Krankheiten; diese sind mit »!« versehen, z. B. »(Listeriose!)«.

Einen wesentlichen Zusatznutzen hat das Buch für den Anwender dadurch gewonnen, dass es eine CD enthält, mit der sich der Arzt auf einfache Weise das jeweilige Programm oder gleich von vornherein einen gesamten Satz aller Programme in Papierform im Format DIN A4 ausdrucken kann. Auf diese Weise lassen sich die Programme im konkreten Einzelfall sowohl bei der Erstberatung als auch zur Dokumentation des Verlaufs in einfacher Weise einsetzen und archivieren.

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 logisch, 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.

Anerkennung gebührt der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und ihrem Präsidenten, Herrn Univ.-Prof. Heinz-Harald Abholz für die erneute offizielle Empfehlung dieser Programme. Ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, Hauptgeschäftsführer der Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin bei der Bundesärztekammer für sein Vorwort als Ausdruck der Wertschätzung.

Für die Autoren:

Frank H. Mader

Nittendorf/Vichtenstein, Januar 2003

Aus dem Vorwort zur 3. Auflage

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 des Patienten immer wieder gilt, nichts Wichtiges zu vergessen und die wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe (AGV) zu bedenken.

Für manche Jungärzte sind die Programme zunächst sicherlich etwas technisch Neues; sie müssen sich erst daran gewöhnen, anhand der Stichwörter sinnvolle Fragen an den Patienten zu formulieren und in verschiedene Richtungen nachzudenken. Das gelingt aber jedem Anwender ziemlich rasch.

Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Diskussion um die Qualifizierung auch in der Allgemeinmedizin gewinnt die Empfehlung der Programmierten Diagnostik durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) an Bedeutung: »Die Programme bringen 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 zu Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Allgemeinmedizin. Zu diesem Zweck wird ihre Anwendung von der DEGAM empfohlen. Die DEGAM fordert zur fortlaufenden wissenschaftlichen Überprüfung dieser Programme auf.«

Für die Autoren:

Frank H. Mader

Nittendorf, im Herbst 1995

Aus dem Vorwort zur 2. Auflage

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. Jüngste Veröffentlichungen aus der Chirurgie, Ophthalmologie, Pulmologie und Radiologie haben das bewiesen.

Die hier zusammengefassten Diagnostischen Programme berücksichtigen ebenso das Häufige wie die wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe (AGV). Erstmals hat der Allgemeinarzt damit eigenständige und zuverlässige Instrumente für seine häufigsten diagnostischen Problemfälle an der Hand. Solche Werkzeuge als Ergebnis der allgemeinmedizinischen Praxisforschung werden in Zukunft für jede auf hohem Niveau geführte Praxis eine Selbstverständlichkeit sein.

Betont sei, dass diese Handlungsanweisungen nicht die Bedeutung der klassischen Diagnostik antasten. 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. Diese Programme sollen es allen Allgemeinärzten ermöglichen, auf einem höheren Niveau der Krankenversorgung zu arbeiten, als es bisher für die besten Ärzte auf dem Wege der eigenen Erfahrung erreichbar war.

Für die Autoren:

Robert N. Braun

Wien, Dezember 1989

Inhaltsverzeichnis

1	Die Bedingungen der Allgemeinpraxis	1
1.1	Das unausgelesene Krankengut	4
1.2	Die Fälleverteilung	4
1.3	Der Zeitfaktor	6
1.4	Besonderheiten der Diagnostik	7
1.4.1	Intuition	8
1.4.2	Anamnese – Anamnestik	10
1.4.3	Beratungsursache – Beratungsergebnis	10
1.4.4	Klassifizierung – Diagnose	14
1.5	Abwendbar gefährlicher Verlauf – Respectanda	16
1.6	Abwartendes Offenlassen	21
1.7	Banalitäten und Raritäten	21
1.8	Dokumentation und rechtliche Absicherung	24
1.9	Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung	27
1.10	Vergangenheit und Zukunft der programmierten Diagnostik	32
2	Praktische Anwendung der diagnostischen Programme	41
2.1	Welche Vorgeschichte haben die Programme?	43
2.2	Was ist programmierte Diagnostik?	44
2.3	Welche Programme gibt es?	45
2.4	Mit welchem Zeitbedarf rechnen?	47
2.5	Wann anwenden?	53
2.6	Wie sind die Programme aufgebaut?	56
2.7	Wie dokumentieren?	59
2.7.1	Handschriftliche Dokumentation	60
2.7.2	Programmierte Diagnostik mittels EDV	61
2.8	Was sagt der Patient dazu?	65
2.9	Was hindert und was motiviert den Allgemeinarzt, programmiert zu untersuchen?	67
2.10	Zusammenfassung für Eilige	71

3 Die diagnostischen Programme 73

Fenster I: Uncharakteristisches Fieber (UF),

afebrile Allgemeinreaktion (AFAR), Luftwegekatarrhe, Tonsillitis 74

1 Fieber 75

2 Husten 79

3 Halsschmerzen 84

4 Luftwegekatarrhe, afebrile Luftwegekatarrhe 87

5 Pseudokrupp 89

Fenster II: Myalgien, Neuralgien, Kreuzschmerzen,

Arthropathien, Bandscheibenschäden, Neuritiden 92

6 Interkostalschmerzen 93

7 Thoraxschmerzen 96

8 Lumbalschmerzen 98

9 Kreuzschmerzen 101

10 Glutäalschmerzen 104

11 Arthropathie 106

12 Polyarthrititis 108

13 Schulterschmerzen 111

14 Gicht 116

15 Arthrose 118

16 HWS-Syndrom 121

17 Bandscheibenschaden 123

18 Fazialislähmung 125

19 Ischialgie 127

Fenster III: Pyogene Infektionen der Haut

und ihrer Anhangsgebilde 129

20 Perlèche 131

21 Lymphadenitis 133

Fenster IV: Verletzungen 135

22 Knieverletzung 136

Fenster V: Andere Beschwerden und Erkrankungen

in der Thoraxregion, Hypertonie, Schwindel, Beinödeme,

Hypotonie, periphere akute Kreislaufinsuffizienz 138

23 Herzinsuffizienz 140

24 Schwindel 142

25 Hypertonie 145

26 Herzschmerzen 151

27	Polymorphe Herzbeschwerden	153
28	Tachykardie	155
29	Beinödeme	157
30	Dyspnoe	159
31	Emphysem	161
32	Blutspucken	163
33	Hypotonie	165

Fenster VI: Andere Beschwerden und Erkrankungen

	in der abdominellen Region	167
34	Brechdurchfall	168
35	Erbrechen	171
36	Durchfall	173
37	Kolik	176
38	Oberbauchschmerzen	178
39	Unterbauchschmerzen	180
40	Bauchschmerzen	183
41	Obstipation	185
42	Blähungen	187
43	Ikterus	189
44	Proktalgie	192

Fenster VII: Andere Beschwerden und Erkrankungen

	im Bereich der Haut	194
45	Pruritus	195
46	Haarausfall	197
47	Hyperhidrosis	200
48	Dermatose	202

Fenster VIII: Andere Beschwerden und Erkrankungen

	im Nasen-, Ohren-, Mund und Halsbereich	204
49	Ohrenscherzen	205
50	Ohrgeräusche	207
51	Stomatitis	209
52	Zungenbrennen	212

Fenster IX: Andere Beschwerden und Erkrankungen

	im urogenitalen Bereich	214
53	Pollakisurie	215
54	Algurie, Dysurie	217
55	Pillenverbot	219
56	Pillenroutinekontrolle	222

57	Fluor vaginalis	224
58	Klimax	226
59	Hydrocele testis	228

Fenster X: Andere Beschwerden und Erkrankungen im Bereich der Augenregion		230
--	--	-----

Fenster XI: Andere Beschwerden und Erkrankungen im Bereich der Psyche und der Nerven		230
---	--	-----

60	Depression	233
61	Nervosität	236
62	Epilepsie	238
63	Morbus Menière	240
64	Multiple Sklerose	242
65	Tremor	244
66	Psychosoziale Genese	246

Fenster XII: Sonstige Beschwerden und Erkrankungen		248
--	--	-----

67	Tabula diagnostica	249
68	Adipositas	253
69	Appetitlose Kinder	256
70	Kopfschmerzen	258
71	Schlaflosigkeit	263
72	Ohnmacht	266
73	Anfälle	269
74	Demenz	271
75	Claudicatio intermittens	274
76	Phlebothrombose	276
77	Lymphdrüsenvergrößerung	278
78	Hyperthyreose	280
79	Senkfüße	283
80	Muskelkrämpfe	285
81	Anämie	287
82	Tropenrückkehrer	290

Anhang	293
-------------------------	-----

Literatur	295
---------------------	-----

Sachverzeichnis	297
---------------------------	-----

Die Bedingungen der Allgemeinpraxis

- 1.1 Das unausgelesene Krankengut – 4
- 1.2 Die Fälleveteilung – 4
- 1.3 Der Zeitfaktor – 6
- 1.4 Besonderheiten der Diagnostik – 7
 - 1.4.1 Intuition – 8
 - 1.4.2 Anamnese – Anamnestik – 10
 - 1.4.3 Beratungsursache – Beratungsergebnis – 10
 - 1.4.4 Klassifizierung – Diagnose – 14
- 1.5 Abwendbar gefährlicher Verlauf – Respectanda – 16
- 1.6 Abwartendes Offenlassen – 21
- 1.7 Banalitäten und Raritäten – 21
- 1.8 Dokumentation und rechtliche Absicherung – 24
- 1.9 Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung – 27
- 1.10 Vergangenheit und Zukunft
der programmierten Diagnostik – 32

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** (vgl. 1.5), 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.

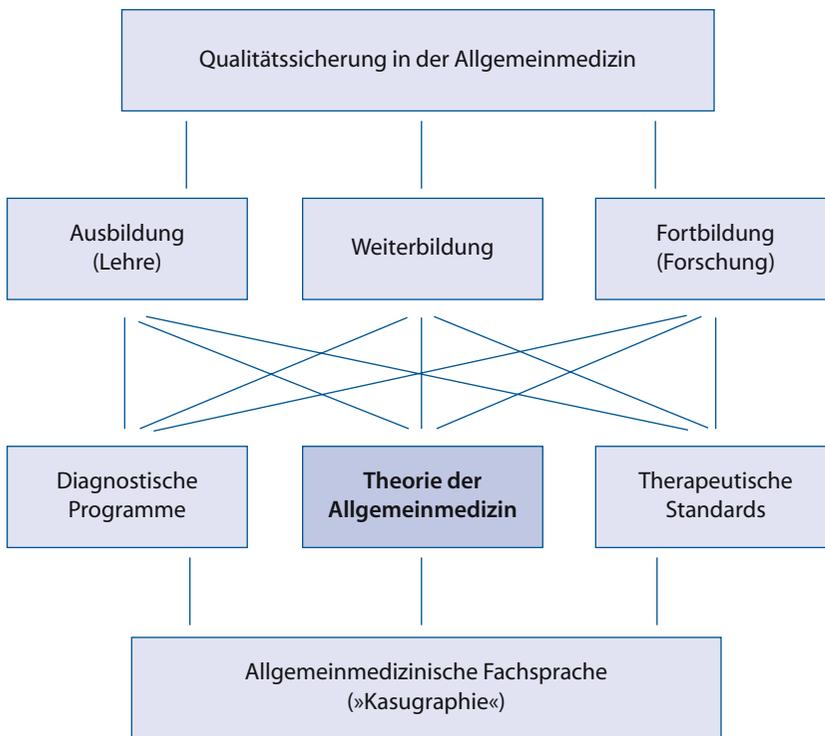
Der Allgemeinarzt übt in der Regel seinen Beruf als niedergelassener Arzt in einer Allgemeinpraxis aus.

Definition der Allgemeinmedizin

Es gibt verschiedene Definitionen der Allgemeinmedizin; sie stammen von standes- und berufspolitischen Institutionen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Eine präzise Formulierung wurde von dem berufstheoretischen Forscher R. N. Braun für ein medizinisches Lexikon (2002) geschaffen; darin wird die Allgemeinmedizin als **Funktion** beschrieben:

»Die Allgemeinmedizin ist eine eigenständige ärztliche Funktion und Gegenstand einer spezifischen Grundlagenforschung. Ihre Ausübung basiert sehr wesentlich auf dem von den Spezialfachern geschaffenen Wissen über Krankheiten und Syndrome. In der allgemeinärztlichen Praxis laufen die spezifische Diagnostik, Behandlung und Beratung durchschnittlich in wenigen Minuten ab, ohne dass nötigenfalls auf aufwendige technische Mittel verzichtet werden muss...«

Die **theoretische Basis der Allgemeinmedizin** als Prototyp der angewandten Heilkunde beruht nicht auf der klassischen klinischen Krankheitenlehre, sondern auf den **Fällen**, also auf den Beratungsergebnissen (vgl. 1.4.3) des unausgelesenen Krankenguts der Allgemeinpraxis (vgl. 1.1) und ihrem regelmäßig häufigen Vorkommen (vgl. 1.2).



■ **Abb. 1.1.** Konzept der Allgemeinmedizin. Die Theorie steht im Mittelpunkt aller Überlegungen (Mader u. Weißgerber 2005)

In einem solchen »**Konzept Allgemeinmedizin**« steht die **Theorie der angewandten Allgemeinmedizin** im Mittelpunkt aller Überlegungen (■ Abb. 1.1).

Zu den Bausteinen für das wissenschaftliche Gebäude der Allgemeinmedizin gehören u.a. die **diagnostischen Programme**, von denen es derzeit 82 **Checklisten** gibt, die von Robert N. Braun geschaffen wurden (vgl. 2.1) und die fortlaufend weiterentwickelt und aktualisiert werden.

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

Ein solches spezifisch allgemeinärztliches Instrument für das patientenorientierte Vorgehen in der täglichen Praxis hat es bisher noch nicht gegeben.

Die für die Allgemeinpraxis erarbeiteten eigenständigen Diagnostischen Programme sind also ein bedeutender Fortschritt. Sie beweisen, dass man durch die **Praxisforschung** zu Ergebnissen gelangen kann, die

über die traditionellen Wissenschaftszweige der Medizin 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 exakte Diagnosen betrifft – derzeit entsprechende Standards. Hier arbeiten die Allgemeinärzte in der Regel intuitiv oder nach den für die Praxisbedürfnisse der Hausärzte noch nicht evaluierten Standards der Spezialisten.

1.1 Das unausgelesene Krankengut

Der Allgemeinarzt wird in der Praxis durch eine spezifische, weitgehend konstante Mischung verschiedenster Probleme beansprucht; sie verkörpert das »**unausgelesene Krankengut**« bzw. die »**Fälle**« (Braun 1988b).

Die Allgemeinmedizin kann ihrem Wesen nach also keine Konzentration auf bestimmte Krankheitsgruppen sein, wie das für die Spezialfächer gilt. Vielmehr muss sie an alle Erkrankungen denken, damit sie die unausgelesen an die Medizin der ersten Linie herangebrachten **Beratungsursachen (BU)** rasch und vernünftig versorgen kann. Der Allgemeinarzt nimmt also eine **besondere Funktion** im Rahmen der sozialen Sicherheit für alle Kranken in der Bevölkerung wahr.

1.2 Die Fälleveteilung

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 Praktische Arzt Robert N. Braun vermutete aufgrund seiner Erfahrungen und ersten Marburger Praxiseindrücke im Jahr 1944, dass es **Regelmäßigkeiten** gibt, welche die Fälle der Allgemeinärzte betreffen.

Braun bestätigte seine Vermutungen durch **Fällestatistiken** aus der eigenen Praxis über die Jahre 1944 bis 1954 ebenso wie durch 16 weitere Jahresstatistiken (1954 bis 1980). 10 Jahresstatistiken von Prosenc, eine Einjahresstatistik von Göpel, 5 Jahresstatistiken von Landolt-Theus sowie 5 Jahresstatistiken von Danninger lieferten weitere Beweise für die Existenz von Regelmäßigkeiten.

Dieses **Phänomen der Regelmäßigkeiten** hatte Braun erstmals 1955 publiziert und als **Fälleveteilungsgesetz** bezeichnet (Braun 1955) und neu formuliert.

Definition: Fälleveteilungsgesetz

»Gruppen von mindestens rund tausend Menschen, die unter ähnlichen Bedingungen leben, sind dem Faktor Gesundheitsstörung mit hoch signifikant ähnlichen Ergebnissen unterworfen.«

Dabei ist (Natur-)»Gesetz« als »regelmäßiges Vorkommen« bzw. »**regelmäßiges Verhalten wahrnehmbarer Dinge**« bzw. als ein »**inneres Ordnungsprinzip**« zu verstehen.

Eine solche Verallgemeinerung ist statthaft: Das Fällematerial des Allgemeinarztes betrifft zwar lediglich einen Ausschnitt aus der gesamten Morbidität. Wenn jedoch die unausgelesenen Ausschnitte, welche die Allgemeinärzte sehen, in ihrer Zusammensetzung aber immer wieder dieselben Regelmäßigkeiten aufweisen, dann muss das auch für das Gesamtmaterial (die Stamm-Masse), das heißt für die gesamte Morbidität, gelten. Freilich ist das Krankengut, das dem Allgemeinarzt begegnet, wiederum selbst selektiert.

Das von Braun beschriebene biologische Phänomen wurde u. a. von dem Schweizer P. Landolt-Theus in seinen 5 Jahresstatistiken (1983 bis 1988) untersucht und bestätigt: Etwa 300 regelmäßig häufig vorkommende Positionen von den derzeit rund 40 000 bis 60 000 beschriebenen und voneinander abgrenzbaren Krankheiten und Syndromen stimmten zu 98% mit den Fällen von Braun aus den Untersuchungsjahren 1977 bis 1980 überein. Zu weitgehend identischen Ergebnissen kommt der Österreicher H. Danninger in seinen 5 Einjahresstatistiken (1991 bis 1996). Im Wesentlichen hat es also der Allgemeinarzt in einer durchschnittlich großen Praxis mit diesen rund 300 Positionen **regelmäßig häufig**, das heißt also im langjährigen Durchschnitt mindestens **einmal** pro Jahr, zu tun.

Das **uncharakteristische Fieber (UF)** und dessen afebrile Variante, die **afebrile Allgemeinreaktion (AFAR)** nehmen in den verschiedenen fällestatistischen Untersuchungen aus allgemeinmedizinischen Praxen stets Spitzenränge in der Häufigkeit ein. Von besonderer Bedeutung ist da-

her für den Allgemeinarzt das »**Programm Nr. 1 für uncharakteristische Fieberfälle (UF) und deren fieberfreie Varianten (AFAR)**«.

Eine ausführliche Darstellung der ca. 300 regelmäßig häufigen und der rund 200 weiteren nicht mehr regelmäßig häufigen Beratungsergebnisse aus dem unausgelesenen Krankengut des Schweizers P. Landolt-Theus (Stadtpraxis) der Jahre 1983 bis 1988 im Vergleich zu den Zahlen des Österreichers R.N. Braun (Landpraxis) der Jahre 1977 bis 1980 findet sich in Mader und Weißgerber (2002).

Ein Blick auf die Häufigkeitsreihungen in solchen **Fällestatistiken** ermöglicht es jedem jungen Arzt, 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.

Neben den regelmäßig häufigen Beratungsergebnissen kommen klarerweise in jeder Praxis auch immer wieder andere, nicht regelmäßig häufige Krankheiten, Syndrome und Symptomklassifizierungen vor; deren Gesamtzahl liegt jedoch unter 10% aller Fälle.

Voraussetzung für eine seriöse fällestatistische Arbeit ist die Verwendung einer **einheitlichen allgemeinmedizinischen Fachsprache** (»**Kasugraphie**« – vgl. ■ Abb. 1.1; Konzept Allgemeinmedizin). Die Kasugraphie definiert und ordnet gleichartige Fälle, wie sie sich im Praxisalltag präsentieren und die bisher verschieden bezeichnet wurden, einem einzigen Begriff zu (ausführlich dazu in Landolt-Theus et al. 1994).

1.3 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: Weiterbildungsassistent**).

➤ Fallbeispiel

Der Weiterbildungsassistent hatte sorgfältiger gearbeitet als der Chef

Eine Mutter suchte als Patientin die Vormittagssprechstunde auf. Dabei hatte sie ihr 4-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.

Der im selben Sprechzimmer anwesende Weiterbildungsassistent 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 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 u. Khoutani 1992).

1.4 Besonderheiten der Diagnostik

Die diagnostischen Bemühungen des Arztes, das heißt Befragung und Untersuchung des Patienten bei einer konkreten Beratungsursache, nennen wir **Diagnostik**.

Die Diagnostik ist der Weg, der von der **Beratungsursache (BU)** zum Ziel, dem **Beratungsergebnis (BE)**, führt. Am Ende der Diagnostik (»**Beratung**«) stehen die **Bewertung** und **Benennung** der Erkenntnisse; diese werden in einem Beratungsergebnis zusammengefasst.

Die in der Regel **intuitive Diagnostik** in der Allgemeinpraxis ist im Unterschied zur **klinischen Diagnostik** durch eine teilweise andere Vorgehensweise charakterisiert. Neben dem Wissen, der Kenntnis und der

Erfahrung des Hausarztes wird sie vor allem u. a. durch den Zeitfaktor (vgl. 1.3), die begrenzten Hilfsmittel und durch das Untersuchungsziel bestimmt, das durch den Versorgungsauftrag vorgegeben ist.

Der in der klinischen Medizin übliche Begriff »**Differenzialdiagnostik**« ist entbehrlich, da jede Diagnostik zwischen verschiedenen Krankheiten differenziert.

1.4.1 Intuition

So lange es nicht in ausreichender Menge in der Praxis erprobte und bewährte Richtlinien gibt bzw. die publizierten nicht benützt 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 alterfahrene Arzt am besten abschneiden.

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 Frage-technik, den Zeitbedarf für Anamnese und Diagnostik, die Dokumentation, die Beanspruchung der Konzentration und mögliche Anwendungsgebiete für den EDV-Einsatz betrachtet (■ Tabelle 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 im Gegenteil, darüber hinaus voll entfalten. Auch die standardisierten Fragen ermöglichen eine freischwebende Intuition, wenngleich auf viel höherem Niveau.

■ **Tabelle 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 Patientin, 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 Effortil®-Tropfen. Nach 4 Tagen, eigentlich mehr aus dem Gefühl heraus (stummer Infarkt?), EKG-Ableitung. Ergebnis: Typisches Bild eines Hinterwandinfarktes, Enzyme entsprechend. Erst Schreck, dann das Gefühl, Glück gehabt haben. Da die ersten Tage ambulant gut überstanden worden waren, ließ ich die Patientin 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

Dieses Fallbeispiel 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 Hypotonie, auch nach einer akuten Kreislaufinsuffizienz

unklarer Genese 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«.

1.4.2 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 (vgl. 1.5).

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 Items¹ der programmierten Diagnostik sind auf die schrittweise Erfassung der Anamnese angelegt.

1.4.3 Beratungsursache – Beratungsergebnis

Was den Patienten zum Allgemeinarzt geführt hat, wird in der berufstheoretischen Fachsprache als **Beratungsursache (BU)** bezeichnet.

¹ »Item« (testpsychologischer Fachbegriff) ist die kleinste Einheit des Tests.

Häufig geht es um ein einziges Problem, nicht selten kann sich aber der Kranke auch zwei oder mehr Fragen für den Arztkontakt »aufgespart« haben. Manchmal fallen dem Patienten gerade beim Verlassen des Arztzimmers noch irgendwelche Fragen, Probleme oder Gesundheitsstörungen ein, die er mit dem Arzt gerne besprochen hätte oder die er durch ihn untersuchen lassen möchte.

Wie das meiste in der angewandten Allgemeinmedizin ist auch die Problematik der Beratungsursachen derzeit ein wissenschaftlich fast unberührtes, riesiges Gebiet.

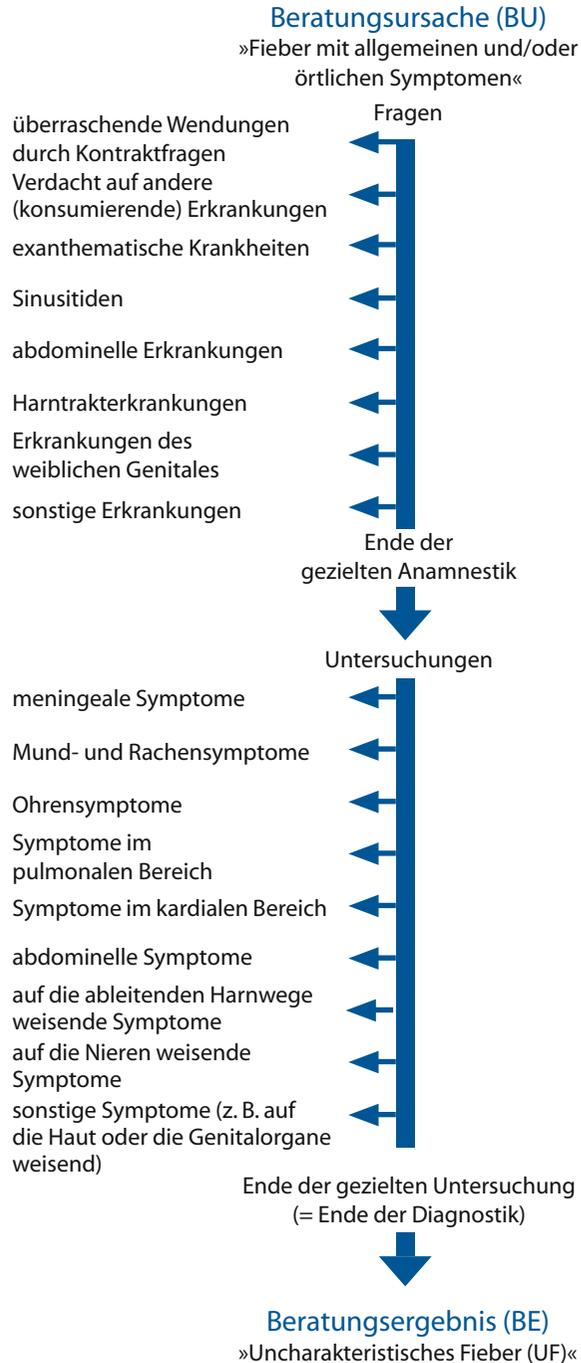
Am Ende der Beratung steht die **Bewertung** und **Benennung** der Erkenntnisse; beides wird in einem **Beratungsergebnis (BE)** oder in Beratungsergebnissen zusammengefasst. Der Weg von der Beratungsursache zum Beratungsergebnis ist in **■** Abb. 1.2 dargestellt. Die diagnostischen Programme gehen von der Beratungsursache, nicht vom Beratungsergebnis aus.

Kommt der Patient also mit Fieber und ohne charakteristische Krankheitszeichen in die Sprechstunde, so wird das Beratungsergebnis in den meisten Fällen am Ende der Untersuchung »uncharakteristisches Fieber« lauten. Der Arzt muss sich jedoch stets bewusst sein, dass in Einzelfällen auch etwas ganz anderes (z. B. »Bild einer Pneumonie«, »Bild einer Appendizitis«) als Beratungsergebnis herauskommen kann.

! Die meisten diagnostischen Programme gehen von einer Beratungsursache (z. B. »Fieber«, »Husten«, »Knieschmerzen«) aus. Erst am Ende des Programms formuliert der Arzt das Beratungsergebnis (z. B. »uncharakteristisches Fieber«, »Bild eines Bronchialkarzinoms«, »Hämarthros«).

In der Allgemeinpraxis liegt zwischen dem Vorbringen der Beratungsursache und der erforderlichen Bewertung und Benennung des Falles (Beratungsergebnis) fast immer nur eine sehr kurze Zeitspanne.

! Grundsätzlich sollte es nach jeder Beratung zur Formulierung eines Beratungsergebnisses kommen – außer der Fall wurde ausnahmsweise bis zum Abschluss der geplanten Diagnostik völlig offen gelassen.



■ **Abb. 1.2.** Der Weg in der programmierten Diagnostik von der Beratungsursache (BU) »Fieber mit allgemeinen und/oder örtlichen Symptomen« zum Beratungsergebnis (BE) »uncharakteristisches Fieber« (UF). Die waagrecht blauen Pfeile deuten die Hauptzielrichtungen (Respectanda – vgl. 1.5) an

Wenn die Diagnostik – aus welchen Gründen auch immer – unterbrochen worden ist, muss ebenfalls für jede Beratung ein Beratungsergebnis 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. 1.4.4) zu vermerken:

Die Dokumentation wird in diesem Sinne dadurch stets auf dem Laufenden gehalten.

Inanspruchnahmen sind nicht zu verwechseln mit Beratungsergebnissen: Ein Diabetiker, der z. B. im Jahr 12-mal zur Kontrolle gekommen ist, zählt in der Jahresstatistik als ein einziger Fall, also als ein einziges Beratungsergebnis. Die 12 Kontakte werden statistisch als Inanspruchnahmen bezeichnet; so oft wurde der Patient wegen desselben Problems gesehen und betreut.

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 u. Braun 1998b).

➤ 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, 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.

1.4.4 Klassifizierung – Diagnose

Ein weiteres 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«) oder als
- 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 der Erregernachweis bzw. das histologische Ergebnis fehlen.

Definition: Diagnose

Überzeugende Zuordnung von Beschwerden und/oder Symptomen zu einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff.

Diagnosen (D) im Sinne dieser »**Härtung des Diagnosebegriffes**« sind beispielsweise eine »2 cm breite und oberflächliche Schnittwunde«, ein »sichtbarer Fremdkörper auf der Hornhaut«, eine »Fraktur der Rippe IX

links bei positivem Röntgenbefund«, »Dupuytren-Kontraktur der 4. und 5. Finger der rechten Hand«.

! Die Klassifizierungen (A, B, C) bedingen ein abwartendes Offenlassen (vgl. 1.6) des Falles bzw. eine Unsicherheit, die weitere diagnostische Aufmerksamkeit erfordert.

Statistiken aus Allgemeinpraxen haben gezeigt, dass Anamnese (vgl. 1.4.2) und Befunderhebung zu 4 verschiedenen Arten von Beratungsergebnissen (A, B, C oder D) führen (■ Abb. 1.3).

Mit der wohl überlegten 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; dabei kommt der Diagnose (D) nicht der Rang einer überragenden ärztlichen Leistung zu.

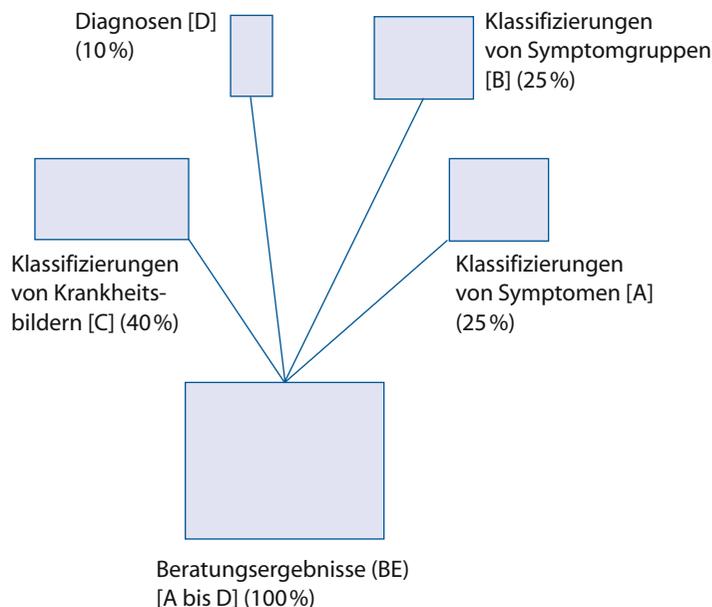
! Rund die Hälfte aller Beratungsprobleme in der Allgemeinpraxis sind Symptome im weitesten Sinn (A, B), die andere Hälfte machen Klassifizierungen von Krankheitsbildern oder (exakten) Diagnosen (C, D) aus. Das ist die charakteristische Realität des Praxisalltags bei einem Allgemeinarzt.

Beispiel

Wenn es aufgrund von Beobachtung und Befragung des Patienten sowie der Untersuchungen durch den Allgemeinarzt zur Bewertung und Benennung einer »afebrilen Allgemeinreaktion« kommt, wird dies klassifiziert als Symptomgruppe

— »afebrile Allgemeinreaktion/AFAR« (B).

Die Betroffenen kommen ja oft genug nicht wieder. Wenn im Verlauf später einsetzender Untersuchungen im eigenen Bereich oder beim Spezialisten dann eine anikterische Hepatitis aufgedeckt wurde, so registriert der Allgemeinarzt dies als



■ **Abb. 1.3.** Anteil der 4 Klassifizierungsbereiche von allgemeinmedizinischen Beratungsergebnissen im unausgelesenen Krankengut (langjähriger Durchschnitt). Der exakten Krankheitserkennung (»Diagnose«) kommt nicht die Bedeutung einer überlegenen ärztlichen Leistung zu

— »**anikterische Hepatitis**« (C, bei serologischem oder sonstigem speziellen Nachweis D).

Die Fälle, in denen die anikterische Hepatitis unaufgedeckt blieb, laufen natürlich unter der Symptomgruppe »afebrile Allgemeinreaktion/AFAR« (B) weiter.

1.5 Abwendbar gefährlicher Verlauf – Respectanda

Der Begriff »abwendbar gefährlicher Verlauf« (AGV) wurde ebenfalls durch die berufstheoretische Forschung von R.N. Braun in den 1960er Jahren in die Medizin eingeführt.

Definition: Abwendbar gefährlicher Verlauf

Die Formulierung »abwendbar gefährlicher Verlauf« (AGV) lenkt die Aufmerksamkeit auf mögliche, **bedrohliche** Gesundheitsstörungen. Das Beiwort »**abwendbar**« betont die **hohe Verantwortung des Arztes** und damit u. a. die Notwendigkeit, diagnostische Programme anzuwenden.