

Aus: Robert Nikolaus Braun, Frank H. Mader: „Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung, mit CD-ROM“ Seite 74-78. SPRINGER 2005 (1990; 1976)

Fenster I von den „12 Fenstern (Rubriken) der 2-dimensionalen Systematik für allgemeinärztliche Beratungsergebnisse“ nach Braun (1964)

Spezifische diagnostische Programme für die Allgemeinpraxis können nicht nach Krankheiten gruppiert werden. Sie dienen als Hilfsmittel auf dem diagnostischen Weg von der Beratungsursache (BU) zum Beratungsergebnis (BE).

Die Beratungsursache ist der Anlass, der den Patienten zum Allgemeinarzt geführt hat; das Beratungsergebnis stellt die Bewertung und Benennung der Erkenntnisse am Ende der Konsultation (»Beratung«) dar.

Aufbau und inhaltliche Zuordnung der nachfolgenden 82 diagnostischen Programme (auch »Checklisten«) orientieren sich am Prinzip der von R.N. Braun entwickelten zweidimensionalen Systematik mit ihrer zwölfteiligen Gliederung (»Fenster«). Einzelheiten dazu sind dem Buch von Mader und Weißgerber (2001) zu entnehmen.

Fenster I: Uncharakteristisches Fieber (UF), afebrile Allgemeinreaktion (AFAR), Luftwegekatarrhe, Tonsillitis

Unter dieser Überschrift werden die überragend häufigen Fälle von uncharakteristischem Fieber (UF) zusammengefasst.

Davon nicht zu trennen sind gleichartige, jedoch afebrile Verläufe (afebrile Allgemeinreaktion AFAR). Auch die Tonsillitis, welche häufig genug das Symptom einer viralen Allgemeinerkrankungen darstellt (vgl. Epstein-Barr-Virus [EBV]-Infektion S. 86 und 133), sowie die verschiedenen fieberfreien Katarrhe der Luftwege lassen sich vom Uncharakteristischen Fieber und der Afebrilen Allgemeinreaktion innerhalb der zugrunde gelegten zwölfteiligen Systematik nicht vernünftig abtrennen; sie müssen daher dem Fenster I zugeschlagen werden.

Sinngemäß werden in diesem Fenster die allgemeinmedizinischen Checklisten für folgende Beratungsursachen zusammengefasst und erläutert:

Programm Nr.	Beratungsursache (BU)
1	Uncharakteristisches Fieber/ afebrile Allgemeinreaktion
2	Uncharakteristischer Husten
3	Uncharakteristische Halsschmerzen
4	Afebrile Luftwegekatarrhe
5	Bild eines Pseudokrups

1

Fieber

- Uncharakteristisches Fieber (UF)
- Afebrile Allgemeinreaktion (AFAR)

Diese Checkliste für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten (afebrile Allgemeinreaktion) betrifft das häufigste Problem in der Allgemeinpraxis und damit in der Medizin überhaupt. Es geht im Jahresdurchschnitt um jeden 10. bis 20. neuen Fall.

An die 200 Virusarten können solche Bilder auslösen. In jedem zweiten Fall lassen sich jedoch keine Viren nachweisen. In der Literatur werden darüber hinaus zahlreiche weitere Ursachen für leichte »grippeähnliche« Symptome beschrieben, z. B. durch **Listerien** nach dem Genuss von roher Milch, durch Federn- und Kotstaub von Vögeln (»**Vogelhalterlunge**«), durch *Bartonella henselae* (»**Katzenkratzkrankheit**«), durch oro-fäkale Übertragung von Hepatitis-A-Viren als typische »**Reisekrankheit**«, durch Hepatitis-C-Viren etwa nach einem **Stich mit einer infizierten Kanüle**.

Allgemeine und örtliche Symptome

Fieber, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Schweiße und andere Allgemeinerscheinungen sind die allgemeinen Symptome bei einem verhältnismäßig leicht Kranken. Dazu kommen in der Regel örtliche Symptome wie Schnupfen, Halsschmerzen, Heiserkeit, Husten, relativ geringe katarrhalische Erscheinungen seitens der Nasennebenhöhlen, des Verdauungs-, des Harntraktes, Hautausschläge, Kopf-, Brust-, Kreuzschmerzen usw. in verschiedensten Variationen.

Fieberhafte Erkrankungen sind per definitionem **nicht mehr »uncharakteristisch«**, wenn sich bei der Untersuchung z. B. ein **Erysipel** oder eine **Thrombophlebitis** als »charakteristische« Symptome aufdecken lassen. In diesen Fällen ist also nicht »uncharakteristisches Fieber« zu klassifizieren, sondern das entsprechende Krankheitsbild (Erysipel, Thrombophlebitis oder Ähnliches). Ebenso wenig »uncharakteristisch« ist Fieber dann, wenn z. B. eine Impfung vorausgegangen ist (»**Impffieber**«) oder wenn bei liegendem Dauerkatheter ein Fieberschub auftritt (sog. »**iatrogenes Fieber**«); hier wird – bei entsprechendem Laborbefund – eine »**Zystopyelitis**« klassifiziert.

Verlauf

Ein Teil der Kranken ist bettlägerig. Manche kommen in die Sprechstunde, andere lassen sich in die Praxis bringen, wenn der Arzt das vorschlägt.

! Alle uncharakteristischen Fieberfälle sowie deren fieberfreie Varianten sollten möglichst programmiert untersucht werden, auch wenn sie (zunächst) als leicht erscheinen. Tags darauf kann die Lage bereits anders sein. Der Arzt weiß das nie im Voraus und sollte sich nicht überraschen lassen.

Die Masse der Störungen läuft harmlos ab. Unter den seltenen Ausnahmen gibt es immer wieder Fälle, in denen die Gründlichkeit belohnt wird – etwa durch Aufdeckung von abwendbar gefährlichen Verläufen im thorakalen oder abdominellen Bereich.

Afebrile Allgemeinreaktion (AFAR)

Existieren bei uncharakteristischen Fällen der genannten Art zwar allgemeine und örtliche Symptome, fehlt aber die erhöhte Körpertemperatur, so ist die gleiche sofortige programmierte Untersuchung indiziert wie beim uncharakteristischen Fieber. Sollte nichts Besonderes aufgedeckt werden, was die Regel ist, wird eine »Afebrile Allgemeinreaktion« (AFAR) klassifiziert.

Bei gerötetem Trommelfell (Myringitis) empfiehlt sich ebenfalls dieselbe programmierte Untersuchung. Dieses Symptom kann ebensogut von einer bakteriellen lokalen wie von einer viralen Allgemeinerkrankung herrühren.

Fieberhafte Erkrankungen, die länger als 2 Wochen mit persistierendem oder rezidivierendem Fieber verlaufen und die trotz eingehender körperlicher Untersuchung und eines technischen Basisprogrammes (zunächst) unaufgeklärt bleiben, werden als Fieber unbekannter Ursache bezeichnet. Grundsätzlich können alle länger verlaufenden, febrilen Erkrankungen primär als ein Fieber unbekannter Ursache in Erscheinung treten. Der Arzt sollte sich jedoch die allgemeine Erfahrung zu eigen machen, dass es sich bei einem »uncharakteristischen« Fieber in aller Regel um ein häufig vorkommendes Geschehnis und nicht um eine »exotische« Krankheit handelt.

Vorschaltdiagnostik

Die Vorschaltdiagnostik ist eine Variante der direkten Diagnostik. Durch Vorziehen einzelner diagnostischer Elemente versucht der Arzt, abwendbar gefährliche Verläufe möglichst schnell auszuschließen. Ein Beispiel dafür ist die sofortige EKG-Schreibung bei uncharakteristischen Präkordialschmerzen.

FUA =
Fieber unklar
Genese
FUO = Fever
of unknown
Origin

1

Checkliste

– Für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten (afebrile Allgemeinreaktion)

Braun RN (1964) Med Welt 15: 1320–1328; mod. Braun RN, Danninger H (1989, 1995), Landolt-Theuss P (2001), Mader FH (2003, 2005)

(Fieber-Programm)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht/schwer krank)
Vorschaldiagnostik (Epidemie?)
 Krank (Bettruhe) seit
 Gleich/besser/schlechter
 Schon mal gehabt
 Fieberhöhe (axillär, rektal, Ohr, oral, geschätzt)
 Fieberdauer/Fieberschübe
 Mattigkeit/Appetitlosigkeit/Schlafstörungen
 Frösteln/Schweiß
 Nasenatmung/Atemnot
 Ausschlag
 Aktuelle Operation/Implantation von
 Fremdmaterial
 Schnupfen/Niesen/Husten/Auswurf
 (klar/gelb/blutig)
 Halsschmerzen/Heiserkeit
 Kopf-, Ohrenscherzen
 Stamm-/Waden-/Glieder-/Gelenk-/
 Nackenschmerzen/sonstige Schmerzen
 (z. B. Bauch/Mutterbrust)
 Übelkeit/Brechreiz/Erbrechen
 Durchfall/Verstopfung
 Pollakisurie/Algurie
 Menstruelle Anomalien
 Gewichtsabnahme
 Tropenreise/HIV-Möglichkeit
 Genuss von roher Milch (Listeriose!)/
 Besonderes gegessen
 Katze gekratzt (Felinose!)/Keller-, Kanalarbei-
 ten, Mäusekot (Hantavirusinfektion!
 Leptospirose!)/Zecken-/Kanülenstich/Mücken-
 stiche im Ausland (Papatacci-Fieber!)/
 Vogelhaltung
 Berufliche Exposition
 Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung/ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Inspektion Körper/Beine (z. B. Erysipel!)
 Nasensekretion (Spekulum)
 Nasennebenhöhlen druckschmerzhaft
 Gehörgang/Trommelfell (Otoskopie Kleinkind)
 Mund/Rachen
 Kopfbeugung frei
 Halslymphknoten
 Lungenauskuultation/-perkussion
 Herzauskultation
 Abdomen palpatorisch
 Nieren klopfempfindlich
 Blutdruck/Puls
 Differenzialblutbild (Lymphozyten! Monozyten!)
 Sonstige Labortests (Urinstatus)
 Laborserologie (Aminotransferasen/HIV/
 Borreliose-serologie/Epstein-Barr-Virus [EBV]-
 Serologie)
 Röntgen Thorax/Nasennebenhöhlen
 Sonst auffällig

Beratungsergebnis**Maßnahmen**

Wenn Epidemien, beispielsweise von Kinderkrankheiten (**Masern, Mumps** etc.) **im Praxisgebiet aufgetreten sind** und der Arzt bei Fieberfällen konsultiert wird, fahndet er zweckmäßigerweise zunächst ebenfalls nach möglichen Anfangsstadien der grassierenden Seuche mittels einer Vorschaltdiagnostik, ehe er auf das volle Programm einschwenkt, sofern die Vorschaltdiagnostik negativ verläuft.

Eine solche **Vorschaltdiagnostik zur rationelleren Krankheitserkennung** (natürlich mit entsprechender Fragestellung) ist auch in folgenden Programmen vorgesehen:

- Nr. 26 Herzschmerz-Programm,
- Nr. 53 Pollakisurie-Programm,
- Nr. 54 Dysurie-Programm,
- Nr. 78 Hyperthyreose-Programm.

Abbruch der programmierten Diagnostik

Bei bestimmten Fieberfällen gestatten **charakteristische** Befunde die programmierte Untersuchung abubrechen, so etwa bei Bildern einer **Aphthosis**, eines **Erysipels**, einer **Pneumonie**, einer **Thrombophlebitis**, eines **Zosters**, bei **eitrig belegten Rachentonsillen** oder im Wochenbett bei **Lochienstau**.

Enger Arzt-Patienten-Kontakt

Wie nach jeder intuitiven Diagnostik sollte es natürlich auch bei jeder programmierten Untersuchung weiterhin engen Kontakt mit dem Patienten (ggf. auch mit seiner Familie) geben. Empfehlenswert sind telefonische Berichte in 12- bis 24-stündigen Abständen (wenn sich inzwischen nichts Besonderes ereignet). Unter solchen Umständen wird der Arzt seiner Verantwortung am besten gerecht. Übrigens kommt es in der Regel wegen dieser Erkrankung zu keiner zweiten Behandlung. Jede **Verschlechterung** oder das **Auftreten neuer alarmierender Symptome** (z. B. Erbrechen) ist dem behandelnden Arzt unverzüglich bekanntzugeben.

Um nichts zu verschleiern, sollte **bei offener diagnostischer Lage** nicht sofort massiv (z. B. antibiotisch) therapiert werden. Beim Normalfall ist mit einer Gesundung innerhalb von 1 bis 3, spätestens nach 5 Tagen zu rechnen. Ansonsten wird die Diagnostik vertieft. Bei unveränderter Symptomatik sollte spätestens am 7. Fiebertag eingewiesen, zumindest aber ein **Thorax-Röntgen-Befund** eingeholt werden, bei offensichtlicher Verschlechterung des Allgemeinbefindens auch schon früher.