

**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, Schweiß 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.

### Vorschaldiagnostik

Die Vorschaldiagnostik 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 unbekannter  
Ursache  
FVO = Fieber  
von Viren  
Jägerin

## 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 (axillar, 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-, Ohrenschmerzen  
 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

Lungenauskultation/-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.