

6 Allgemeine Routinen (Untersuchungen) und Programmierete Diagnostik

6.1.2 Vorgehen beim Fieberfall

Die Indikationsstellung zur wünschenswerten obligaten *Programmierten Diagnostik* ist in der Regel klar umrissen: Die Patienten oder ihre Angehörigen geben nur uncharakteristische Symptome allgemeiner und lokaler Art an. Dabei dominieren die Allgemeinerscheinungen, besonders das Fieber. Die Erkrankung hat ganz überwiegend nur Stunden bis einige Tage gedauert. Die Betroffenen selbst sprechen häufig von Verkühlung oder Grippe.

In Erwartung einer meist negativ ablaufenden Untersuchung sichert das *Diagnostische Programm* den Patienten und den Arzt erfahrungsgemäß ausreichend gegen die Ausnahme von der Regel ab. Im diagnostischen „Netz“ -> unten weiter

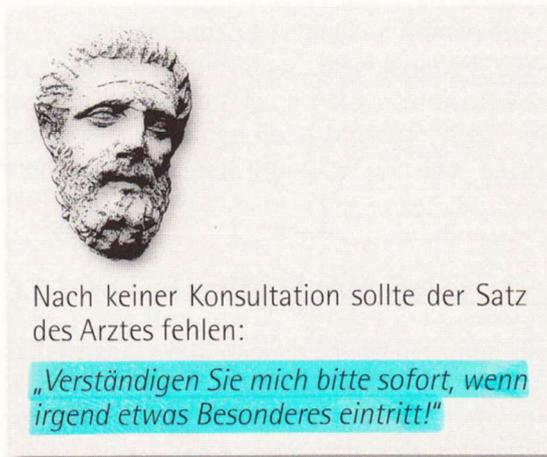
Erster Blick: Schwerekrank?	.....		
Kontaktfragen:				
Beratungsursache	.....		
Vermutete Ursache?	.....		
Furcht vor?	.....		
Subjektive Klassifizierung?	.....		
Sonst noch?	.....		
<hr/>				
Anamnese:				
Fieberhöhe und Dauer?	.....	39°		
Mattigkeit?	.....	38°		
Appetitlosigkeit?	.....	37°		
Schlafstörung?	.....		
Frösteln, Schweiß?	.....		
Ausschlag?	.....		
Andere Allgemeinerscheinungen?	.....		
Schnupfen?	.....		
Husten?	.....		
Halschmerz?	.....		
Andere Luftwegkatarrhe?	.....		
Sonstige Schmerzen?	.....		
Kopf, Ohr, Stamm, Glieder?	.....		
Erbrechen?	.....		
Durchfall?	.....		
Pollakisurie?	.....		
Menstruelle Anomalien	.....		
<hr/>				
Untersuchung:				
Inspektion Oberkörper	.....		
Nasensekretion?	.....		
Kopfbeugung frei?	.....		
Halsdrüsen?	.....		
Mund, Zähne	.....		
Rachen	.....		
Otoskopie (Kleinkind)	.....		
Lungenperkussion	.....		
Basenverschieblichkeit	.....		
Auskultation	.....		
Herzkitus	.....		
Auskultation	.....		
Abdomen palpatorisch (bei Kleinkindern damit beginnen)	.....		
Nieren klopfempfindlich?	.....		
Sonst auffällig?	.....		
<hr/>				
Ärztliche Klassifizierung:	.....		
Therapie:	.....		

Abb. 19: Handlungsanweisung zur Programmierten Diagnostik für den mit Uncharakteristischem Fieber oder mit Afebriler Allgemeinreaktion anscheinend nicht bedrohlich erkrankten Patienten.
Erstversion von BRAUNS „Fieberstandard“ [23, 24].

„Netz“ fangen sich die meisten seltenen andersartigen Erkrankungen aufgrund des optimierten Vorgehens. Damit erweist sich das *Diagnostische Programm* als eine wesentliche Voraussetzung für die Erfassung *Abwendbar gefährlicher Verläufe* (Abb. 20) [23, 24].

Mit der programmierten Erstberatung ist die ärztliche Zuwendung jedoch nicht beendet, sondern hat gerade erst begonnen; es handelt sich ja um abwartend offengelassene Fälle. Nach dem Ende der initialen Untersuchung muss dem Patienten sein Teil an der

Verantwortung übergeben werden (Kap. 11.3). Das bedeutet im Praxisalltag: Wenn sich das Befinden merkbar verschlechtert oder bei alarmierenden neuen Symptomen hat sich der Patient unverzüglich wieder an den Arzt zu wenden. Im übrigen muss der Kontakt mit dem Arzt vom Patienten aus täglich, eventuell auch mehrmals täglich erneuert werden, außer es wurden ohnedies Wiedervorstellungen oder weitere Hausbesuche fix vereinbart.



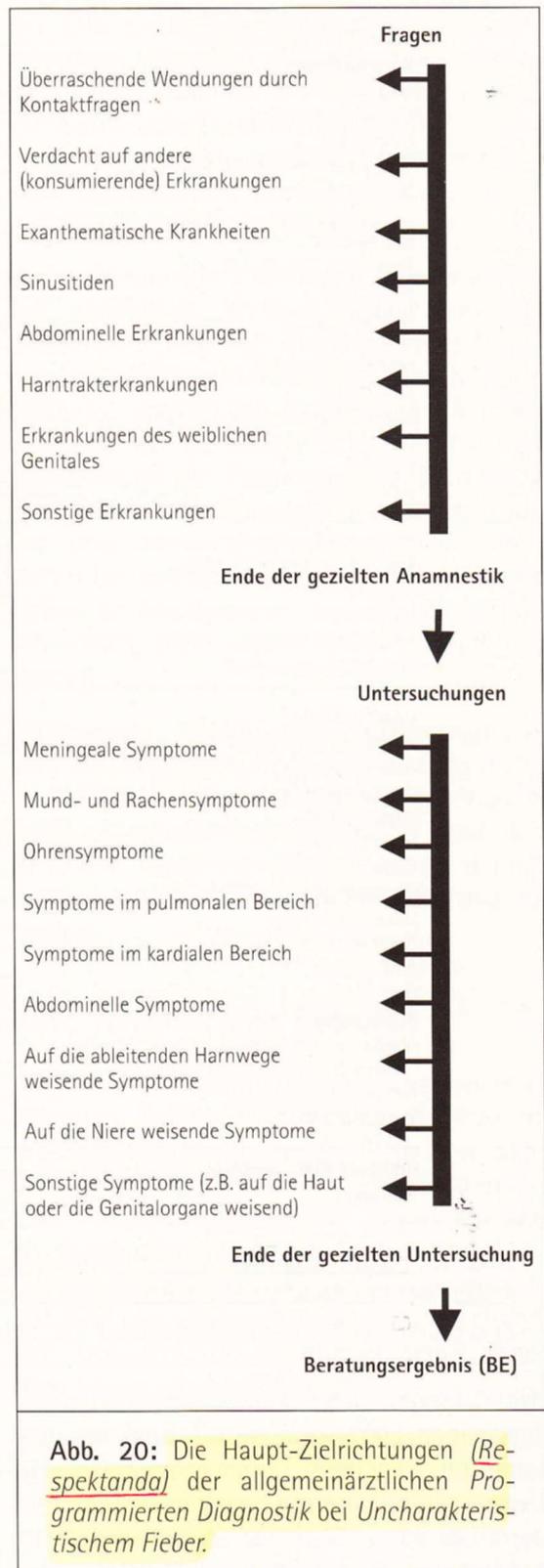
Nach keiner Konsultation sollte der Satz des Arztes fehlen:

„Verständigen Sie mich bitte sofort, wenn irgend etwas Besonderes eintritt!“

Es bewährt sich, wenn man sich beim Uncharakteristischen Fieber am Tag nach der Erstberatung telefonisch über den Zustand berichten lässt, bei zusätzlichen abdominalen Symptomen eventuell mehrmals noch am selben Tag. Meist wird nur Beruhigendes mitgeteilt.

(AGY)

Der Arzt seinerseits sollte jegliche unerwartete Entwicklung ernst nehmen und entgegen der größten Wahrscheinlichkeit stets an die Möglichkeit Abwendbar gefährlicher Verläufe denken. Man muss den Patienten eingehend darüber informieren, in welcher Weise der Behandelnde sich die Zusammenarbeit in den kommenden Tagen wünscht. Der Arzt darf damit rechnen, dass der Patient auf seine Vorschläge eingeht. Vergisst der Doktor aber auf die genaue Information hinzuweisen, dann kann er böse Überraschungen erleben.



Am Beispiel des *Diagnostischen Programms* für uncharakteristische, akute Fieberzustände – früher von Braun *Fieberstandard* genannt – wird deutlich, dass je Fall lediglich eine beschränkte Zahl von Krankheiten bedacht werden kann [19]. Eine solche Auswahl fasst zusammen, was unbedingt zu berücksichtigen, zu „respektieren“ ist (z.B. „Respektierung“ einer Hirnhautentzündung durch Prüfung der Kopfbeugung). Diese, angesichts eines konkreten Beratungsproblems nacheinander problemorientiert anzupeilenden Ziele (z.B. Tuberkulose, Pyelonephritis) nennen wir die **Respektanda**. Sie stellen die praktisch wichtigsten, diagnostisch konkurrierenden Krankheitsbilder dar.

Aus:

Robert Nikolaus Braun (1914-2007), Waltraud Fink (b.1953), Gustav Kamenski (b.1954):
„Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Theorie, Fachsprache und Praxis“ Seite 25f, 108-110
Berger Verlag Horn/Wien 2007

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

[23] Braun RN, Freitag A, Leitner I, Prosenc F (1964) Versuch der Entwicklung einer lehrbaren Diagnostik für die Allgemeinpraxis. 2. Mitteilung: Die diagnostische Erstberatung beim leichtkranken, unklar fiebernden Patienten, bei Luftwegkatarrhen und bei afebrilen bzw. subfebrilen Allgemeinreaktionen.
Med Welt: 1320-1329

[24] Braun RN, Freitag A (1965) Wie soll ein Fieberfall im Praxisalltag versorgt werden.
Wien Med Wschr 115:362-364