



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 AllgemeinärztlInnen 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 verflogen 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 Fällverteilung in der allgemein-ärztlichen Praxis (die statistischen Vorarbeiten für das 1955 von Braun publizierte „Fällverteilungsgesetz“ 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 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 Kasugraphie. 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 unbestreitbarer **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 Papiausdruck (► 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-

ständlichkeit 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 Erstauflage (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. 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

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

Inhaltsverzeichnis

1	Die Bedingungen der Allgemeinpraxis	1
	<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 Fälleverteilung	3
1.5	Fachsprache und Kasuographie	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
2	Vergangenheit und Zukunft der programmierten Diagnostik	19
	<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
3	Praktische Anwendung der Programme	25
	<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	Die Programme mit Vortext und Checkliste	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/Hämoptyoe, 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 (Otalgie)	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	Kopfreue – Bild eines Schädel-Hirn-Traumas.....	265
4.91	Essstörung – Bild einer Essstörung	268
4.92	Suizidalität – Bild eines suizidalen Verhaltens.....	271
	Literatur.....	273
	Serviceeil	277
	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 niedergelassener 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.¹

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.

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.

i 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.

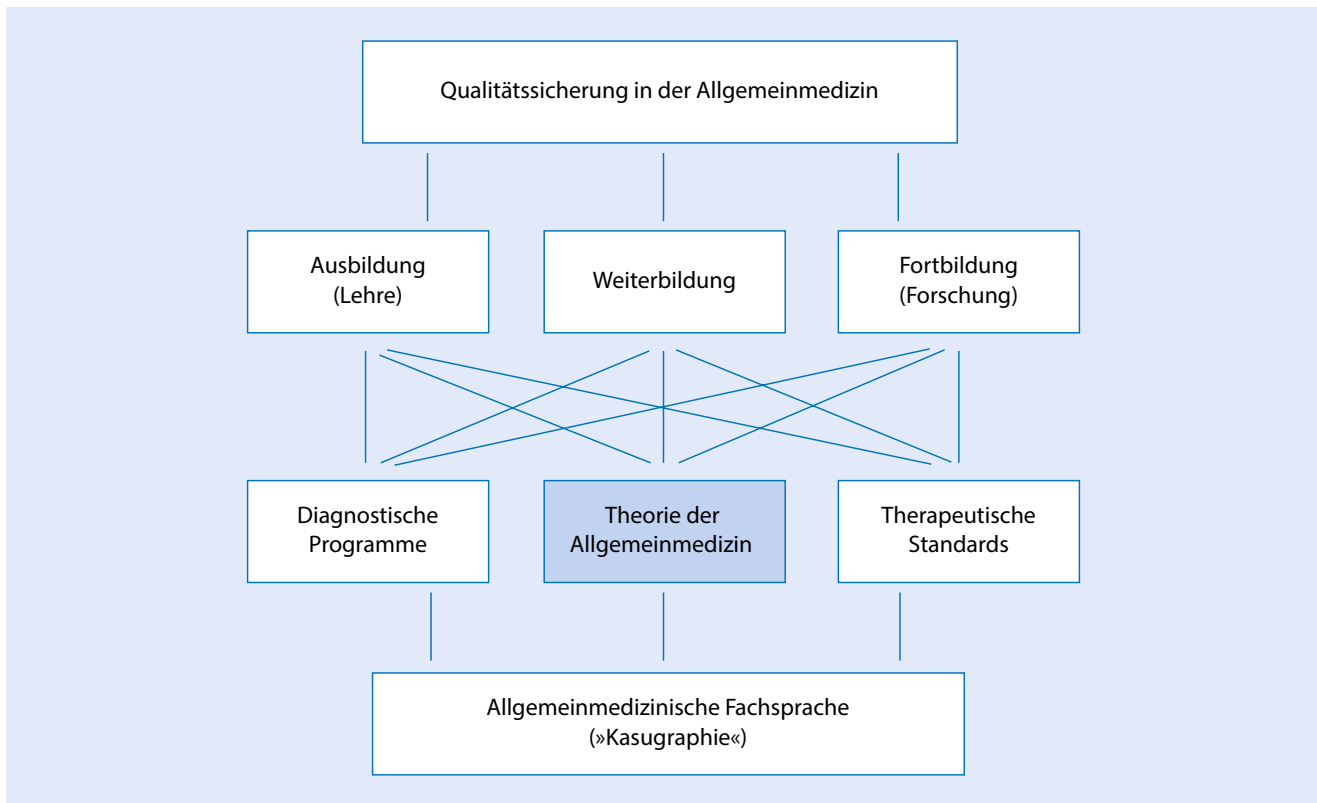
Ziel aller Bemühungen im Sinne dieses Konzeptes ist die **Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin**² in der studentischen Ausbildung, der curricularen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie in der lebenslangen Fortbildung des Arztes im Interesse der **optimalen hausärztlichen Versorgung** 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 Patientenklintel**“) 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 **Fälleveteilungsgesetz** 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“³; ► 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 Schweizers 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).

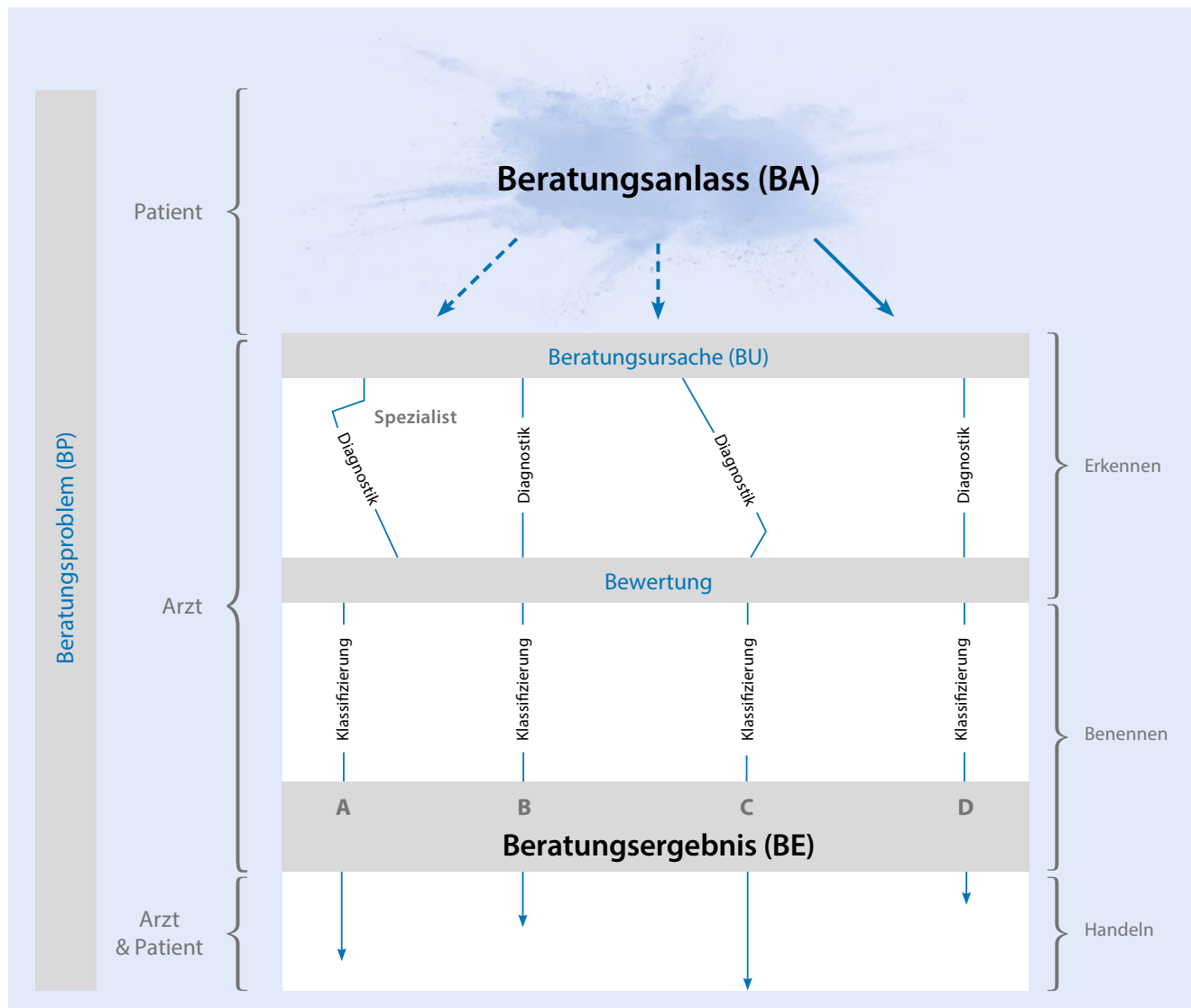
i Die Kasugraphie zeigt klar, welche Gesundheitsstörungen sich in der Allgemeinpraxis in welchem diagnostischen Bereich gegeneinander abgrenzen lassen.

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)⁴.

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 erprobte 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, wenngleich 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.

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

Wie individuell und unsystematisch Ärzte ihre Patientenbefragung 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).

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

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)

Von den 23 Allgemeinärzten fragten:	
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
Bei der Untersuchung hatten:	
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 Items⁶ der programmierten Diagnostik sind auf die schrittweise Erfassung der Anamnestik angelegt.

❗ 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 zusammengekommen 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 „feberhaften 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 „feberhafte 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

Fallbeispiel: Kaufmann musste sterben. Vier Ärzte haben versagt

Leider tragisch ging der Fall eines 40-jährigen Kaufmannes aus München aus, der vor Jahren für erhebliches Aufsehen in der Boulevard-Presse gesorgt hatte („Kaufmann musste sterben. Vier Ärzte haben versagt“): Die Ehefrau des Betroffenen hatte am Samstag in aller Frühe den diensthabenden Arzt angerufen, weil ihr Mann sehr hohes Fieber habe. Der Kollege kam am Vormittag, untersuchte, diagnostizierte einen „grippalen Infekt“ und verordnete Bettruhe und Aspirin®.

Um 19 Uhr am selben Tag rief die Ehefrau erneut den Notfalldienst an: Das Fieber sei jetzt wieder gestiegen und betrage jetzt sogar 39,9°C. Ihrem Mann gehe es sehr schlecht. Diesmal kam eine Notärztin. Die las die „Diagnose“ des Vorgängers („grippaler Infekt“), untersuchte und verordnete ein Antibiotikum mit der Bemerkung: „Eigentlich braucht Ihr Mann gar kein Antibiotikum bei einem grippalen Infekt. Da müssen Sie Geduld haben“. Mit Blick auf die Frau: „Nur zu Ihrer Beruhigung

gebe ich halt jetzt ein Antibiotikum, das Ihr Mann noch heute nehmen soll“.

Am Sonntagmorgen – der Mann hatte eine sehr schlechte Nacht hinter sich – rief die Frau erneut das Notfalldienstzentrum an und bestellte einen weiteren Hausbesuch: Ihrem Mann ginge es gar nicht besser, das Fieber sei zunächst über 1°C runter gegangen, jetzt sei es wieder genauso hoch. Ein mürrisch dreinblickender, vielleicht auch etwas übernächtiger Notfallarzt kam und sagte gleich im Treppenhaus zur Frau: „Ich kenne bereits den Fall von meiner Kollegin her. In der Rettungszentrale spricht man schon von Ihren Anrufen. Das alles bei einem grippalen Infekt! Ihr Mann hat doch schon ein Antibiotikum bekommen! Da hätte man mindestens die ersten 12 Stunden abwarten sollen, bis es wirkt und man den Doktor ruft!“ Untersuchung. Eintragung in den Berichtsbogen des Notfallarztes: „Schwerer grippaler Infekt. Nervöse Ehefrau“.

Um 18 Uhr erneuter Anruf der Ehefrau in der Rettungszentrale: Jetzt seien

fast schon 24 Stunden vorüber, und das Antibiotikum wirke noch immer nicht, das Fieber sei jetzt wieder weit über 39°C. Es möge doch nochmals ein Arzt vorbeischauchen. Um 19 Uhr kam ein älterer Kollege, ließ sich die bisherigen Maßnahmen erzählen, sah den schwerkranken Patienten und sagte nur resignierend: „Was soll ich da machen? Wir haben jetzt mehrere Influenza-Fälle in dieser Jahreszeit. Jetzt gehen Sie halt mal ins Krankenhaus. Die machen dort auch nichts anderes mit Ihnen“. Der Patient wurde sogleich eingewiesen. Einen Tag später war er im Krankenhaus verstorben. Der 40-jährige Kaufmann hatte sich offensichtlich eine Malaria bei einer Geschäftsreise nach Kenia zugezogen.

Stichwörter

- Uncharakteristisches Fieber von vier Ärzten als „grippaler Infekt“ oder „Influenza“ gedeutet
- Tod durch Malaria

erforderlich sein, besonders wenn ein abwendbar gefährlicher Verlauf zu befürchten ist.

Selbstverständlich erfordert das abwartende Offenlassen des Falles durch den Arzt auch die volle Mitarbeit des Patienten und seiner Familie.

1.6.9 Banalitäten und Raritäten

Die diagnostischen Programme sind in der Allgemeinmedizin für jene Fälle gedacht, die in der täglichen Diagnostik (möglicherweise) Sorgen bereiten.

Im Berufsalltag überwiegen die **geringfügigen Gesundheitsstörungen**, gerne als **Banalität** bezeichnet. Daher sprechen Erfahrung und Wahrscheinlichkeit in der Regel für eine **Bagatelle**. In diesem sog. Niedrigprävalenzbereich lassen sich abwendbar gefährliche Verläufe mit einfachen Mitteln meist ausreichend sicher ausschließen. Das verbleibende Restrisiko, etwas zu übersehen, lässt sich durch die Technik des abwartenden Offenlassens gut beherrschen (Kühlein et al. 2018).

Die überragende Dominanz des Banalen im unausgelesenen Krankengut bedeutet jedoch für den Arzt in der Praxis eine stete Herausforderung, daneben nicht die gefährlichen, evtl. getarnten Seltenheiten zu vergessen.

i Ob es sich tatsächlich um eine **Banalität** oder **Bagatelle** gehandelt hatte, weiß man erst im Nachhinein.

Die Programme sind also nicht nur Barrieren gegen die zur Oberflächlichkeit verlockenden Praxiserfahrungen, sondern auch gegen das Vergessen. In der Checkliste besitzt der Arzt ein Instrument, mit dem das diagnostische Niveau auf die

höchstmögliche Ebene gebracht und gleichzeitig das allgemeinärztliche Handeln gerade auch bei den Problemfällen dokumentiert werden kann.

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. Das Arbeiten mit solchen Checklisten – das kann nicht oft genug betont werden – ist also kein Mittel, um häufiger exakte Diagnosen zu stellen.

Die diagnostischen Programme berücksichtigen in diesem Sinne nicht nur das regelmäßig Häufige, sondern geben auch Hinweise auf verschiedene **potenziell bedrohliche Verläufe**, die zwar **Raritäten** sind (z. B. Infektion mit enterohämorrhagischen Escherichia-coli-Erregern – **EHEC**, **Listeriose**, **Felinose**), aber ausnahmsweise für den Hausarzt auch Bedeutung erlangen können. Auch wird in Einzelfällen auf **Seltene Krankheiten** hingewiesen. Schließlich hängt von der diagnostischen Gründlichkeit auch die Existenzberechtigung der Hausärzte ab (Braun und Mader 2005).

Natürlich muss der Allgemeinarzt wissen, was häufig und was selten ist, um den breiten Rahmen gut zu kennen, in welchem sich die meisten potenziell bedrohlichen Verläufe als Raritäten abspielen. W. Fink berichtet von einem solchen Fall (Fink und Braun 1999a), bei dem die konsequente Anwendung der programmierten Diagnostik durch die Hausärztin zwar auch keine Klarheit ergeben hatte, jedoch Anlass für die sofortige Einweisung in eine Universitätsambulanz war (**Fallbeispiel: Hautausschlag: Hautarzt, Hausarzt und Uniklinik rätseln**).

Außerdem kommt es heute in unserem Gesundheitssystem zunehmend häufig vor, dass Patienten primär den Facharzt in Anspruch nehmen; vor allem Gynäkologen, Ortho-

Fallbeispiel: Hautausschlag: Hautarzt, Hausarzt und Uniklinik rätseln

Eine 70-jährige Patientin suchte mich auf, weil sie sich nicht wohl fühlte. Fast nebenbei erwähnte sie auch, dass sie von einem Ausschlag am ganzen Körper geplagt sei; sie sei aber ohnehin in hautfachärztlicher Behandlung. Der Facharzt meinte, es sei ein hartnäckiges Ekzem. Ich war mit dieser Klassifizierung nicht einverstanden. Nach der programmierten Beratung mit der Checkliste Nr. 48 („Hautausschlag-Programm für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei ausgedehntem uncharakteristischen

Hautausschlag“) hatte ich freilich auch keine Klarheit, was vorliegen könnte. Die Effloreszenzen erinnerten mich an die Lehrbuchbilder von einem Pemphigoid, obwohl ich selbst noch nie ein solches gesehen hatte. Immerhin erschien mir die Erkrankung ernst genug, um die Patientin sofort an die Universitäts-Hautklinik zur Abklärung zu schicken. Trotz Biopsie und immunologischer Spezialanalysen war die Zuordnung schwierig. Nachdem die Erkrankung vorerst als bullöses

Pemphigoid, als lineare IgA-Dermatose bezeichnet wurde, ist man sich mittlerweile nahezu sicher, dass es sich um eine Epidermolysis bullosa acquisita handeln dürfte. Die Therapie ist allerdings weiterhin wenig erfolgreich.

Stichwörter

- Generalisierter Ausschlag – Ekzem – bullöses Pemphigoid – Epidermolysis bullosa acquisita
- Checkliste Nr. 48 (Hautausschlag-Programm)

päden, Dermatologen und Urologen werden gerne direkt, also ohne Überweisung durch den Hausarzt, aufgesucht. Wenn auf die Beschwerden nicht richtig eingegangen wurde oder wenn die Spezialisten nicht helfen konnten, kommen die Patienten nachher auch oft genug wieder zum Allgemeinarzt.

Es wurde auch eine Reihe von Programmen für solche Beratungsursachen entwickelt, bei denen der **typische Fall** einer bestimmten Krankheit vorliegen könnte: Es geht dabei besonders um **Seltenheiten** sowohl hinsichtlich der sich aufdrängenden Krankheit als auch der konkurrierenden Affektionen. Bei solchen **Raritäten** (z. B. **M. Menière**, **Multiple Sklerose**) hat der Allgemeinarzt nicht das nötige Wissen bereit, um seinen ersten Eindruck genügend in Frage zu stellen oder abzusichern. Hier werden zweckmäßigerweise die Checkliste Nr. 63 (**Menière-Programm**) bzw. Checkliste Nr. 64 (**MS-Programm**) eingesetzt. Bei der Anwendung dieser Programme geht es also um das „*Ordne zu – oder schließe aus!*“ („**confirm or rule out!**“).

1.7 Dokumentation und rechtliche Absicherung

Derzeit gibt es noch keine verbindlichen Vorschriften für eine korrekte und zweckmäßige **Dokumentation in der Allgemeinpraxis**. Die wissenschaftlich zu nennende Literatur für eine praxisgerechte Dokumentation ist bescheiden.

In der Allgemeinpraxis kommt es nicht darauf an, über möglichst viele Daten zu verfügen. Es ist vielmehr von Bedeutung, wie man die Daten so weit reduziert, dass der Blick auf das Dokumentierte rasch informiert und im Bedarfsfall für Dritte nachvollziehbar ist.

Durch die Anwendung der **programmierten Diagnostik** hat der Allgemeinarzt – im Gegensatz zum rein intuitiven Vorgehen (► Abschn. 1.6.2) **dokumentiert**, dass dieser oder jener **abwendbar gefährliche Verlauf** (AGV) zum Zeitpunkt der Untersuchung bedacht und – soweit möglich – ausgeschlossen wurde.

i Der gewissenhafte Allgemeinarzt muss jede Beratung so führen, als sei sie der letzte Arzt-Patienten-Kontakt! (Braun et al. 1990)

1.7.1 Dokumentationspflicht

Die **ärztliche Dokumentationspflicht** wird durch unterschiedliche Rechtsvorschriften unabhängig voneinander geregelt, z. B. Berufsordnung Ärzte, Vertragsarztrecht. Hinzu kommen Sondervorschriften für einzelne Bereiche der ärztlichen Berufsausübung. **Zivilrechtlich** wird die Dokumentationspflicht seit Inkrafttreten des sog. **Patientenrechtegesetzes** in § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) gesetzlich geregelt. Demnach sind ärztliche Aufzeichnungen nicht nur **Gedächtnisstütze** für den **Arzt**, sie dienen auch dem **Interesse des Patienten** an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Diese Verpflichtung wird im **Ärztegesetz** (ÄrzteG 1998; in der Fassung vom 01.10.2018) präzise beschrieben:

§ 51

(1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

Fallbeispiel: Der Durchfall bei der Reinigungsfrau: psychisch oder somatisch?

Frau A.D. konsultiert mich wegen Durchfall. Ihr langjähriger Hausarzt konnte ihr offensichtlich nicht helfen, auch nicht die Ärzte im Krankenhaus, denen sie als Reinigungsfrau dort gelegentlich ihr Leid klagte.

Die Patientin machte keinen kranken Eindruck, war etwas übergewichtig und hätte gerne Gewicht abgenommen. In der Krankenvorgeschichte war ein Morbus Boeck vor 10 Jahren erwähnenswert, Kontrollen erfolgten bei einem Kollegen regelmäßig. Die Befragung und Untersuchung bei mir mit Hilfe der Checkliste Nr. 36 („Durchfall-Programm für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei etwa eine Woche und länger andauerndem häufigen Stuhlgang“) ergaben zwar Hinweise auf eine psychosomatische Reaktion, allerdings waren der Laborwert eines Schilddrüsenparameters kontrollbedürftig sowie der Blutdruck leicht erhöht.

Ich ließ den Fall zunächst abwartend offen, besprach mit der Patientin diätetische Maßnahmen, gab aufgrund der Symptome ein homöopathisches Mittel und bestellte Frau D. in vier Wochen wieder. Über Durchfall wurde nun kaum noch geklagt. Einige Monate später trat wieder eine Verschlechterung ein, und die Patientin drängte jetzt selbst zu einer „Durchuntersuchung“. In der internen Ambulanz erfolgten eine Koloskopie und Gastroskopie; auch die Gliadin-Antikörper wurden bestimmt. Diese Analyse sowie das histologische Ergebnis der Duodenalbiopsie ermöglichten schließlich die (exakte) Diagnose „Zöliakie“.

Kommentar

Selbstkritisch äußerte sich Fink: „Ungefähr zur selben Zeit las ich, dass die Spezialisten die Zöliakie zu den häufigsten chronischen gastrointestinalen Erkrankungen in unseren Breiten zählen,

wobei allerdings nur 30 % der Patienten die typische Symptomatik aufweisen, wie sie in den Lehrbüchern beschrieben wird. Ich hatte, ehrlich gesagt, bei dieser Patientin nicht an die Zöliakie gedacht. Auch die programmierte Beratung half nicht, mir diese Krankheit ins Gedächtnis zurückzurufen. In den großen Prävalenzstatistiken aus der Allgemeinpraxis ist die Zöliakie nirgendwo regelmäßig häufig vorgekommen. Ich war jedenfalls froh, diesen Fall ordentlich geführt und mit einer korrekten Dokumentation (■ Abb. 1.3) in den spezialistischen Bereich abgegeben zu haben.“

Stichwörter

- Rezidivierender Durchfall
- Abwartendes Offenlassen
- Symptomatische Therapie (Diät und homöopathische Arznei)
- Zöliakie

1.7.2 Verrechtlichung der hausärztlichen Krankheitserkennung

In der großen Mehrzahl der Fälle ergeben sich keinerlei dramatischen Konsequenzen, wenn bestimmte Fragen bzw. Untersuchungen versäumt oder nicht durchgeführt wurden. Für den betreffenden Arzt genügt jedoch die Vorstellung, dass sich gefährliche Folgen hätten einstellen können. Schließlich geht es beim verantwortlichen Doktor um **Unterlassungen**, die nicht hätten passieren dürfen.

Auf die Bedeutung einer „**optimierten hausarztspezifischen Dokumentation**“ wies Gisela Fischer, selbst langjährige Gutachterin in Schlichtungsfällen der Ärztekammer, bereits Anfang der 2000er Jahre hin:

- » Zur Vermeidung von Komplikationen trägt nicht unwesentlich die Dokumentation des Allgemeinarztes bei. Hier zeigen insbesondere die Schlichtungsfälle teilweise erhebliche Mängel. Eine **unzureichende Dokumentation** wirkt sich vor allem nachteilig auf die Krankheitserkennung aus. Ebenso lassen sich Absprachen mit dem Patienten und für den Krankheitsverlauf wichtige Eindrücke sowie insbesondere auch differentialdiagnostische Erwägungen nur rekonstruieren und verfügbar machen auf der Basis einer optimierten hausarztspezifischen Dokumentation. Hier ist seitens des Faches noch wissenschaftliche Entwicklungsarbeit zu leisten (Fischer et al. 2004).

Immer wieder zeigt sich in Schlichtungsfällen, dass eine vordergründige „Diagnose“ gewählt wird, aber eine weiterreichende differentialdiagnostische Klärung fehlt. So wird z. B. **Schwindel** indifferenten Beschwerdebildern zugeordnet und

z. B. die Frage nach einem **Kleinhirntumor** als AGV erst sehr spät gestellt, nach vielen Monaten, wenn weitere gravierende Befunde hinzukommen. Oder der **Retrosternalschmerz** wird als Refluxösophagitis gedeutet, ohne an die Möglichkeit eines **Myokardinfarktes** als AGV zu denken. Als besondere Schwierigkeit stellt sich eine **schleichende Veränderung** bei wohlbekannten, immer wieder in der Praxis gesehenen Patienten dar. Plötzlich kommt es zu einem gravierenden Befund mit z. B. erheblichen Bauchschmerzen, der Patient gelangt über einen Notdienst in eine Klinik und es wird z. B. ein **Pankreastumor** festgestellt (Fischer 2017).

Und Martin Konitzer, ebenfalls Allgemeinarzt, Hochschullehrer und erfahrener Gutachter, ergänzt: Die **Standardisierung von hausärztlicher Krankheitserkennung** und deren entsprechende **Dokumentation** sind juristisch zunehmend entscheidender geworden, nachdem die Rahmenbedingungen auch für die hausärztliche Medizin immer stärker verrechtlich wurden.⁷

- ❗ Häufigster Schlichtungsgegenstand im niedergelassenen Bereich ist in rund einem Drittel die unzureichende Krankheitserkennung.

Die programmierte Diagnostik „verschränkt diagnostische Bahnung mit einer Dokumentation, die sowohl den rechtlichen Aspekten der aktuellen hausärztlichen Berufsausübung wie auch den modernen technischen Entwicklungen der Dokumentation im Hinblick auf das klassische Problem der Krankheitserkennung Rechnung trägt“ (Konitzer 2017). Ein Arzt, der mit diagnostischen Programmen arbeitet und seine Beratungen damit dokumentiert, ist rechtlich abgesichert,

7 Konitzer M: Persönliche Mitteilung 1. Oktober 2017.

weil er ein wissenschaftlich empfohlenes, unumstrittenes Verfahren angewendet hat. Ist er den Vorgaben vernünftig gefolgt, so kann man ihm keinen Kunstfehler anlasten. Wer also programmiert vorgeht, handelt *lege artis* (Braun 1988).

- i** Der fachgerechten Befunderhebung und der ausreichenden Dokumentation kommen bei der Behauptung eines Schadens infolge unterlassener Krankheitserkennung („Kunstfehler“) zentrale Bedeutung zu.

Wer dem Vorwurf des Befunderhebungsfehlers vorbeugen und damit Haftungsrisiken minimieren will, sollte also die durchgeführten Untersuchungen und die erhobenen Befunde lückenlos dokumentieren. Dazu genügen Stichworte oder allgemeinverständliche und sogar fachspezifische Zeichen. Dann kann der Arzt dem Vorwurf eines **Diagnosefehlers** gelassen entgegentreten (Münch 2016).

Von Fink stammt das Fallbeispiel für eine handschriftliche, sorgfältig geführte programmierte Diagnostik bei einer

s u b j e k t i v

Datum	9. 6. 1995
Beratungsursache	Durchfall
erster Eindruck	<i>n. a.</i>
Durchfall seit	<i>mind. 5 Wochen</i>
schon oft gehabt/wann zuletzt	<i>seit Jahren/dzt.</i>
gleich/besser/schlechter	<i>dzt. schlimm</i>
frühere Diagnostik	<i>Stuhlbefund vor 2 Wo</i>
frühere Bezeichnung	
frühere Therapie	<i>Imodium®/Omniflora®</i>
anfangs Fieber/Erbrechen	<i>0/0</i>
Stuhlgang zeitweilig normal	<i>seit Wochen nicht</i>
Zahl der Stühle in 24 Std.	<i>10–15x</i>
Stühle geformt/weich/flüssig/ schleimig/eitrig/blutig (EHEC)/ öfter tags/nachts	<i>0/+/ 0/0 +/früher</i>
Leibschmerzen/Tenesmen	<i>anfangs</i>
vorher Stuhlgang normal	<i>nie normal</i>
Gewichtsabnahme	<i>bewusst</i>
matt/appetitlos	<i>(+)/0</i>
nervös/ängstlich	<i>Schlafstörung (+)/0</i>
ausgelöst durch Essen/Trinken	<i>0/0</i>
ferne Reise/ Erkältung/psychischer Insult/ Laxantien/Antibiotika/andere Medikamente/ Schwermetalle/andere Vergiftung	<i>0 0/Angst, WC nicht zu erreichen 0/0/ Amalgamplomben/9 Mon. lang beruflich</i>
in Familie/Umgebung Durchfälle	<i>0/0</i>
schlechter durch Diätfehler/Aufregung/Sonstiges	<i>0/0/0</i>
besser durch Ruhe/Diät/Sonstiges	<i>?</i>
Ängste	<i>eher lästig, kann nirgends mitfahren</i>
Vermutung über Ursache/Art	<i>?</i>
Selbstbehandlung Ruhe/Diät/Mittel	<i>Imodium®/0/</i>
sonst noch	<i>Scheidung vor 3 Jahren (3 Kinder)</i>
Anhalt für AIDS	<i>0/M. Boeck vor 10 Jahren</i>
Zunge	<i>ger. belegt</i>
Haut/Lymphknoten	<i>Akne/0</i>
Otoskopie (Säugling, Kleinkind)	
Hautturgor (Kinder!)	<i>⊥</i>
Abdomen (Palpation)	<i>epigastr. Winkel</i>
Blutdruck, Puls	<i>150/100 bds</i>
Rektal-, Vaginalbefund	
Schilddrüsenlaborwerte	<i>T₃ 1,97 ?</i>
Pankreasenzymwerte in Urin und Blut	<i>Lipase 91</i>
Stuhlbefund (okkultes Blut, Erregernachweis)	<i>⊥</i>
Endoskopie	<i>evtl. Colo</i>
bildgebende Verfahren	<i>evt. Sono</i>
Beratungsergebniss	<i>Durchfall (> 1 Wo)</i>
Maßnahmen	<i>vorerst Gels D200</i>

o b j e k t i v

Abb. 1.3 Ausgefüllte Dokumentation der Checkliste Nr. 36 (Durchfall-Programm für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei etwa einer Woche und länger andauerndem häufigen Stuhlgang) für das Fallbeispiel: Der Durchfall bei der Reinigungsfrau: psychisch oder somatisch? (Programm in der Fassung der 3. Auflage von 1995). Bezüglich der verwendeten Ideogramme wird auf Tab. 3.13 in Abschn. 3.6.1 verwiesen

Patientin mit unklarem Durchfall (**Fallbeispiel: Der Durchfall bei der Reinigungsfrau: psychisch oder somatisch?**). Die Hausärztin blieb zunächst eine gewisse Zeitlang abwartend offen; als jedoch eine Verschlechterung auftrat, wies sie die Patientin zusammen mit der Kopie der ausgefüllten Checkliste – ähnlich wie im **Fallbeispiel: Es sieht so aus wie eine verschleppte Grippe – aber was ist es wirklich?** – in die Klinik ein (Fink und Braun 1999b). Durch ein solches Vorgehen haben die Kliniker die Möglichkeit, sich rasch und präzise über die Vorgeschichte des Betroffenen zu informieren.

Man könnte anhand des Fallbeispiels diskutieren, ob es nicht lohnend wäre, in die Checkliste Nr. 36 („Durchfall-Programm für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei etwa eine Woche und länger andauerndem häufigen Stuhlgang“) bei den Laborbefunden auch die Gliadin-Antikörper-Bestimmung anzuführen. Man sollte jedoch bei solchen Forderungen nach weiteren Fragen und noch weiteren in die Checkliste aufzunehmenden Untersuchungen vorsichtig sein: Das Programm darf ja auch nicht überfrachtet und damit für die Bedürfnisse der täglichen Praxis unbrauchbar werden. Außerdem sollten Änderungen an den Programmen auf der Erfahrung und Bearbeitung von zahlreichen dokumentierten Anwendungen basieren, um herauszufinden, was in der Allgemeinpraxis notwendig ist.

1.8 Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung

Die programmierte Diagnostik ist ein Baustein im „**Qualitätskonzept Allgemeinmedizin**“ (■ Abb. 1.1). Zumindest in 10 % aller Erstberatungen würde die programmierte Diagnostik eine optimale **Qualitätskontrolle** und damit auch **Qualitätssicherung** ermöglichen (Braun und Mader 2005).

i Die programmierte Diagnostik führt nicht automatisch zu einer Diagnose (D). Die meisten Fälle, die sich uncharakteristisch präsentieren, bleiben auch nach dem Einsatz einer Checkliste uncharakteristisch.

Die in diesem Buch zusammengestellten diagnostischen Programme stellen weder **Leitlinien** noch **Richtlinien** dar. Sie sind Checklisten, mit denen der Allgemeinarzt bei seinen Problemfällen primär so effektiv arbeiten kann, dass dabei nach Möglichkeit das in der Praxis Häufige wie das weniger Häufige, das Typische wie das eher Atypische ebenso wie das abwendbar Gefährliche mit einer bestimmten Systematik berücksichtigt werden. Der Allgemeinarzt kann beruhigt sein, nichts Machbares unterlassen und dokumentiert zu haben.

Leitlinien sind **Empfehlungen** für ärztliches Handeln in **charakteristischen Situationen**. Sie unterscheiden sich von Richtlinien dadurch, dass sie zwar **beachtet**, aber nicht **be folgt** werden müssen. Sie beschreiben nur den „Korridor“, in dem sich der behandelnde Arzt bewegen sollte, ohne ihm jede

Methodenfreiheit zu nehmen (DGGG 2001). Sie sind sowohl ein Instrument zur Qualitätssicherung als auch ein Gegenstand der Qualitätskontrolle.

Literatur

- Braun RN (1955) Über fundamental wichtige, bisher unbekannte, die allgemeine Morbidität betreffende Gesetzmäßigkeiten. Vortrag Ges. Ärzte, Wien (unveröffentlicht)
- Braun RN (1957) Die gezielte Diagnostik in der Praxis. Grundlagen und Krankheitshäufigkeit. Schattauer, Stuttgart
- Braun RN (1970) Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban & Schwarzenberg, München Berlin Wien
- Braun RN (1981) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Dtsch Arztebl 11:511–517
- Braun RN (1988) Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. Einführung in die eigenständige Forschungsmethode. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Braun RN (1994) Mein Fall. Allgemeinmedizin für Fortgeschrittene. 244 Problemfälle mit Kommentar. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Braun RN (2004) Pschyrembel. Klin Wörterbuch, 260. Aufl. De Gruyter, Berlin New York
- Braun RN, Haber P (1998) Das Fällverteilungsgesetz. Entdeckung. Fortschreibung und Konsequenzen – Praktisches Vorgehen bei Fällestatistiken – Korrelationsanalytische Signifikanzberechnung. Allgemeinarzt 19:1848–1860
- Braun RN, Mader FH (2005) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 5. Aufl. Springer, Heidelberg
- Braun RN, Mader FH, Danninger H (1990) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt, 2. Aufl.
- Braun RN, Fink EW, Kamenski G (2004) Angewandte Medizin und wissenschaftliche Grundlagen. Facultas, Wien
- Braun RN, Fink W, Kamenski G (2007) Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Theorie, Fachsprache, Praxis. Verlag Berger, Horn Wien
- Brunel L (1997) Classification de Braun et CIM 10. Rapport et transcodification en classification et codage de la pathologie en médecine générale (Recontre avec R. N. Braun Groupe Image. Actes du colloque – 24 Janvier)
- Chung HS (1986) Wie viel Zeit erfordert die Programmierte Diagnostik in der Allgemeinpraxis beim Fieberfall? Allgemeinarzt 8:480–484
- Danninger H (1988) Die Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Allgemeinarzt 11:923–928
- Danninger H, Al Khoutani F (1992) Der Zeitfaktor in der Allgemeinmedizin. ZFA 68:189–191
- Danninger H, Haber P, Braun RN (2003) Profil einer alternativen Allgemeinpraxis. Wien Med Wschr 153:123–129
- DGGG (2001) Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten in Arztthafungsfragen. AK Medizinrecht der Dt Ges f Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), AK Ärzte und Juristen der AWMF. 51-LL. AWMF-Reg. Nr. 015/026
- Fink W, Braun RN (1998) Ich bin so benommen im Kopf. Hausarzt 10:30–32
- Fink W, Braun RN (1999a) Ein großes, buntes Spektrum versteckt im medizinischen Alltag. Hausarzt 3:28–27
- Fink W, Braun RN (1999b) In meinem Bauch stimmt etwas nicht. Hausarzt 1–2:22–25
- Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D (2010) Braun Kasographie. (K)ein Fall wie der andere. Verlag Berger, Horn
- Fischer GC (2017) Schlichtungsstellen. Hausärzte machen eher bei der Diagnose Fehler. Allgemeinarzt 39(13):32–33
- Fischer GC, Hesse E, Keseberg A, Lichte Th, Romberg H-P (2004) Komplikationen in der Hausarztpraxis: Erkennen-Handeln-Vermeiden. Springer, Wien New York
- Kühlein T, Maibaum T, Klemperer D (2018) „Quartäre Prävention“ oder die Verhinderung nutzloser Medizin. Z Allg Med 94:174–178

- Landolt-Theus P, Danninger H, Braun RN (1992) Kasographie. Benennung der regelmäßig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis. Verlag Kirchheim, Mainz
- Lau KP (1994) Der Abwendbar gefährliche Verlauf. Allgemeinarzt 16:161–164
- Mader FH (1986) Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle in der Allgemeinmedizin. FDA-Seminar, Bad Kreuznach, 22. November
- Mader FH (1992) Was ist Allgemeinmedizin? Berufstheoretische und praktische Gesichtspunkte. Allgemeinarzt 14:270–279
- Mader FH (2003) Praktiker oder Spezialist? Welches Allgemeinartzbild müssen wir den Studenten vermitteln? 29. Symposium „Allgemeinmedizin und Hochschule“, München, 19.10.
- Mader FH (2014) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung. Mit Fragen zur Facharztprüfung, 7. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Mader FH (2019) Beratungsanlass, Beratungsursache, Beratungsergebnis, Beratungsproblem. In: Mader: Fakten-Fälle-Fotos© http://fakten-faele-fotos.de/index.php?content=2%26ivz_id=521%26anker_nr=11. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Mader FH, Riedl B (2018) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung. Mit Fragen zur Facharztprüfung, 8. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Mader FH, Weißgerber H (2005) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik und Therapie. Mit Fragen zur Facharztprüfung. 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Münch T (2016) Diagnoseirrtum. Eine Fehldiagnose führt nicht immer zur Haftung. Allgemeinarzt 38(8):62–65
- Saebu L, Rethans J-J (1997) Management of patients with angina pectoris by GPs: a study with standardized (simulated) patients in actual practice. Fam Pract. 14:431–435
- Wieland W (2004) Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie, 2. Aufl. De Gruyter, Berlin



Vergangenheit und Zukunft der programmierten Diagnostik

Frank H. Mader

- 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

Vielleicht hat es der eine oder andere Hausarzt selber schon mal erlebt: Lange noch nach Abschluss der Konsultation geht es ihm durch den Kopf, dass er diese oder jene Frage, diese oder jene **Untersuchung vergessen** habe. Besonders oft trifft dies bei den so häufigen uncharakteristischen fieberhaften Erkrankungen zu. Da ist es nicht gleichgültig, ob an die *Nackensteifigkeit*, die *abdominelle Abwehrspannung* oder die *Trommelfelluntersuchung* gedacht, ob *pulmonal auskultiert* wurde – oder eben nicht.

Seit den **Tonbandmitschnitten** der Beratungsgespräche von Robert N. Braun in der eigenen Praxis in den 1950er Jahren sind inzwischen mehr als sechs Jahrzehnte vergangen, in denen die diagnostischen Programme in die Praxen von Hausärzten ebenso wie in Erstaufnahmeeinrichtungen mancher Krankenhäuser Eingang fanden. Die Anwender bestätigen, dass sich diese Checklisten vollauf bewährt haben, da sie auf die **Möglichkeiten** und die **Bedürfnisse der Allgemeinmedizin zugeschnitten** sind und sich insbesondere für das unausgelesene Krankengut an der ersten ärztlichen Linie befriedigend anwenden lassen.

Die Programme wurden teilweise auch ins Polnische, Französische und Englische übersetzt. Sie haben Eingang gefunden in die allgemeinmedizinische Literatur, in den medizinstudientischen Unterricht und in die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. 2003 und 2005 hatte die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die 4. und 5. Auflage der „Programmierten Diagnostik in der Allgemeinmedizin“ ausdrücklich empfohlen.

2.1 Vorgeschichte

Der damalige Landarzt Robert N. Braun wurde 1957 vom Vorstand der II. Wiener Medizinischen Universitätsklinik eingeladen, ein Seminar zum Thema Allgemeinmedizin abzuhalten. Dafür hatte Braun anlässlich eines Hausbesuches bei einer Patientin sein eigenes Vorgehen auf **Tonband** aufgezeichnet. Die **Analyse des Mitschnittes** ergab: Die Beratung war keineswegs vorbildlich, sie zeigte eine ziemlich verworrene Befragung und Untersuchung in diesem allerdings sehr kompliziert gelagerten Fall.

Um seine nicht zufriedenstellende Vorgehensweise im Seminar demonstrieren zu können, entwarf Braun ein Blatt, mit dessen Hilfe Beschwerden, Symptome und Krankheitszeichen grafisch nebeneinander gestellt und verfolgt werden konnten; damit ließ sich der Einzelfall übersichtlich präsentieren. Die **Tabula diagnostica** (Checkliste Nr. 67 „für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei einer Vielzahl uncharakteristischer allgemeiner und/oder lokaler Beschwerden und Krankheitszeichen“) war geboren (Braun 1962)¹ und leitete

die Entwicklung der diagnostischen Programme ein, die heute noch gute Dienste tun (**Fallbeispiel: Es sieht so aus wie eine verschleppte Grippe – aber was ist es wirklich?**).

In den ersten 15 Praxisjahren betrieb Braun ausschließlich die intuitiv-individuelle Erfahrungsmedizin. Immerhin hatte er bereits in über 60.000 Fällen ärztlichen Beistand geleistet. Über Erfahrung verfügte er also reichlich. Erst danach arbeitete er zunehmend programmiert mit den von ihm entwickelten „**Handlungsanweisungen**“ oder „**Standards**“, die 2003 von Mader in „**Checklisten**“ umbenannt wurden.

Im Jahr 1975 begegnete Braun während einer Gastprofessur in Neuseeland dem Arzt S. R. West, der unabhängig von ihm seit Jahren an vergleichbaren Programmen für die eigene Praxis arbeitete. Bei ähnlichen Beratungsproblemen unterschieden sich die Handlungsanweisungen beider Ärzte nur unwesentlich. 1976 schuf Braun gleichzeitig mit dem neuseeländischen Kollegen – jedoch unabhängig von ihm – ein Programm „für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischen, in der Herzgegend (Präkordialregion) lokalisierten Schmerzen“.

Während der Jahre 1980/1981 überprüfte Braun innerhalb von 16 Monaten 19 eigene – nicht programmierte – Beratungen bei „uncharakteristischem Herzschmerz“ in seiner Praxis anhand von Tonbandmitschnitten. Die Auswertung ergab freilich im Vergleich zu dem von ihm 1976 selbst entwickelten Programm, dass die intuitive Diagnostik schlechter ausgefallen war, „*als ich es mir schlimmstenfalls vorgestellt hatte ... Es war, als hätte ich niemals mit ausgefeilten Programmen gearbeitet*“ (Braun und Mader 2005). Dieses „**Herzschmerz-Programm**“ (Checkliste Nr. 26) hatte er in den Folgejahren zu einer seiner reifsten Checklisten entwickelt (► Abschn. 4.26).

Hunderte von Mappen mit den damals verfügbaren Programmen verteilte Braun an seine Schüler, in der Regel Jungärzte, denen er an seinem Niederösterreichischen Institut für Allgemeinmedizin eine zweiwöchige Einführung anbot. 1976 kamen die „Diagnostischen Programme in der Allgemeinmedizin“ in Buchform bei Urban & Schwarzenberg (München Berlin Wien) auf den Markt. Die folgenden Auflagen erschienen bei Springer (Heidelberg), wobei die 5. Auflage von Braun und Mader erstmals auch eine CD-ROM enthielt; damit war es möglich, sämtliche Programme auszudrucken, in Papierform auszufüllen und in der Karteikarte abzulegen. 2019 verfügen die Checklisten der 6. Auflage dieses Buches von Mader und Brückner erstmals über die Möglichkeit der elektronischen Erfassung und gleichzeitigen Dokumentation der Beobachtungen und Untersuchungen während des laufenden Praxisbetriebs (► Abschn. 3.6.2).

2.2 Hintergrundmaterial

Auch heute noch sind die meisten **Leitlinien** oder maßgeblichen **Lehrbücher** als wissenschaftliche Referenz für die Erstellung von Checklisten im Rahmen der programmierten Diagnostik **nur sehr bedingt** heranzuziehen.

Diese „**Empfehlungen**“ sind als umfangreiche Langtexte in der Regel **diagnoseorientiert**, kommen also vom Bera-

¹ Die Urfassung der Tabula diagnostica war zweidimensional angelegt; dadurch ließen sich die einzelnen Symptome durch einfache Striche auch in ihrer zeitlichen Dimension (Tage/Wochen/Monate) darstellen und rasch erfassen. Abbildungen in Mader: Fakten-Fälle-Fotos®, ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=527&anker_nr=13.

Fallbeispiel: Es sieht so aus wie eine verschleppte Grippe – aber was ist es wirklich?

Fink erinnert sich an eine Patientin aus einem Nachbarsprengel ihrer Praxis, die erstmals in ihre Ordination kam: Die Frau klagte über eine „verschleppte Grippe“, Müdigkeit, Erschöpfung, nichts Konkretes. Einige der spontanen Angaben beunruhigten mich. Könnte da nicht etwas Ernstes dahinterstecken? Wie nun rasch und effektiv das Wichtigste fragen, wenn draußen das Wartezimmer voll ist? Die Tabula diagnostica, die rasch angelegt und ausgefüllt wurde, ergab, dass eine genaue Abklärung sehr wohl notwendig war: Es wurden jetzt sofort Blut abgenommen und eine Röntgenaufnahme der Lunge veranlasst. Wegen der hochgradigen makrozytären Anämie (Ery 1,94; Hb 7,3;

MCH 37,6; Leuko 4,9; BSG 38/74; LFP normal) war das Bild einer perniziösen Anämie naheliegend. Zur vertiefenden Diagnostik und zur Therapie wurde die Patientin mit Blutbefund und einer Kopie der Tabula diagnostica (ähnlich wie im **Fallbeispiel: Der Durchfall bei der Reinigungsfrau: psychisch oder somatisch?**) ins Krankenhaus geschickt. Hier erst kamen Alkoholprobleme in früheren Jahren zur Sprache.

Kommentar

Auch das muss uns bewusst sein, dass Patienten trotz eingehender Befragung uns nicht gleich alles erzählen. Die Tabula

diagnostica erwies sich jedenfalls bei diesen unklaren Beschwerden als gute Hilfe zur raschen Klärung der Frage, ob eine vertiefte Diagnostik notwendig ist – oder nicht. Wie oft schon ist in ähnlich gelagerten Fällen der eine oder andere Patient mit einem Vitaminpräparat nach Hause geschickt oder als ein psychisches Problem klassifiziert worden, nachdem etwa der Blick in den Mund bzw. die Frage nach Atemnot oder schnellen Puls übersehen wurden.

Stichwörter

- „Verschleppte Grippe“
- Perniziöse Anämie
- Alkoholprobleme

tungsergebnis (BE) her und verstehen sich primär als Handlungskorridore (► Abschn. 1.8). In klassischer Weise hatte das der Internist Robert Hegglin formuliert:

- » An der Basis jeden ärztlichen Handelns steht die Diagnose, welche in jedem Krankheitsfall nicht nur als Richtlinie für die Therapie, sondern auch für die Beurteilung der Prognose unerlässlich ist (Hegglin 1963).

In der Allgemeinpraxis kommt es dagegen nur in jedem 10. Fall zu einer wissenschaftlich exakten Diagnose (► Abschn. 1.6.6 „Klassifizierung der diagnostischen Situation“). Die Leitlinien eignen sich daher besonders für die diagnostischen Bedürfnisse des Kliniklers; sie können meist weder formal noch konzeptionell mit den diagnostischen Programmen übereinstimmen. Dies gilt im Wesentlichen auch für die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL), soweit sie die Diagnostik in Bezug auf die problemorientierte Befragung und Basisuntersuchung an der ersten ärztlichen Linie betreffen.

Die Checklisten gehen dagegen von der Beratungsursache (BU) aus („Was fragt und sieht der Allgemeinarzt?“) und bringen das anamnestische Gespräch teilweise zurück zum eigentlichen Beratungsanlass (BA) („Was führte den Patienten letztlich mit welchem Anliegen zum Allgemeinarzt?“ „Welche Vermutung oder Befürchtung hatte ihn veranlasst, letztlich einen Allgemeinarzt aufzusuchen?“). Vor allem lassen sie mit der Batterie ihrer Items (► Abschn. 3.3.2) den Allgemeinarzt in vielerlei Richtungen denken („ähnliche Beschwerdebilder“) und fokussieren auf die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe**.

Die Autoren sowie die Herausgeber haben alle themenrelevanten und allgemein verfügbaren deutschsprachigen Druckstücke zum Abgleich mit ihren Checklisten herangezogen. Dabei wurden bewusst auch abgelaufene Leitlinien einbezogen, wenn sie für die Items der Checklisten ergiebig waren. Abgesehen von der mehr oder weniger umfangreichen Erwähnung von bestimmten Symptomen oder „**Leitsymptomen**“ in der einschlägigen Literatur findet sich für das entsprechende gezielte diagnostische und praxisgerechte Befra-

gen des Patienten kaum Material für unsere Zwecke. Dies gilt naheliegender Weise für alle bewusst nicht verbalisierenden „**Flussdiagramme**“.

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat ein System des **Qualitätsmanagements** aufgebaut. Grundlage der Qualitätsbeurteilung ist die Selbstbeurteilung der Fachgesellschaften nach Entwicklungsstufen **S1** (Expertengruppe), **S2** (formale, multidisziplinäre Konsensusfindung), **S3** (evidenz- und konsensusbasierte Leitlinie mit Elementen der formalen Logik, Outcome-Bewertung und Entscheidungsanalyse) (Kopp et al. 2005). Als erste wissenschaftliche Fachgesellschaft hatte die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zielgruppenspezifische Leitlinien entwickelt, die meist von der Beratungsursache ausgingen (Mader, in Mader: Fakten-Fälle-Fotos®, ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=517&anker_nr=420).

Bestimmte Schriften und Broschüren beispielsweise im **Laienbereich**, von **Selbsthilfegruppen**, von **Gesundheitsberatungsstellen** oder manche Diskussionen von Geschädigten insbesondere auf **Internetplattformen** sind häufig eine wahre Fundgrube, um die „Welt des Patienten und seine Sprache“ besser zu verstehen und entsprechende Stichworte aufzunehmen. Letztlich soll dieses Vorgehen die **Authentizität der Programme** verstärken.

2.3 Neue Programme

Die Verbesserung der Herzschmerz-Checkliste aus dem Jahr 1988 aufgrund der kritischen Analyse von Braun (1988) diente fortan als Modell für eine noch stärker **praxisbezogene Systematisierung** aller anderen Programme. Sicherlich wurden damit auch noch keine Checklisten gewonnen, die keiner fortlaufenden Bearbeitung mehr bedürfen.

- ❗ Es gehört zum Charakter der Checklisten, dass sie ständig dem **Fortschritt der Medizin** angepasst werden müssen.

Fallbeispiel: „Husten. Sonst fehlt dem Kind nichts.“

Die Mutter kommt mit ihrem 3-jährigen Kind, das einen munteren Eindruck macht, und berichtet, dass das Kind seit zwei Tagen leichten Husten habe: „Sonst fehlt dem Kind nichts. Der Husten macht mir Sorge“. Durch die intuitiv-individuelle Diagnostik ergab sich nichts Auffälliges.

Kommentar

Hier handelt es sich um eine offensichtlich minimale Beeinträchtigung der Gesundheit. Die Störungen klingen erfahrungsgemäß rasch von selbst wieder ab. Nichts desto weniger kann es sich – als Rarität – auch um den Beginn eines gefährlichen Leidens handeln. Daran muss

also stets gedacht werden. Ein spezifisches Programm wie die Kurzdiagnostik bei Husten³ existiert (noch) nicht. Der Arzt musste also intuitiv-individuell vorgehen.

Stichwort

■ Husten – und sonst nichts

Soweit sich Änderungen seitens der Krankheiten ergaben (z. B. *HIV-Risiko* oder *Borreliose*), wurden diese in den Programmen berücksichtigt. Für sämtliche Checklisten gilt, dass sie **fortlaufend** aktualisiert werden. Das zeigt sich insbesondere in der Rubrik „Objektiv“ durch die Zunahme spezialisierter Möglichkeiten in der Diagnostik (z. B. Tumormarker oder CT/MRT/PET als bildgebende Verfahren).

Andererseits gehört es zum Konzept der programmierten Diagnostik, dass der **Umfang des Programms** durch allzu viele zusätzliche Fragen und Untersuchungen nicht so sehr anwächst, dass dessen Anwendbarkeit unter Praxisbedingungen leidet.²

Das über Jahrzehnte erprobte Angebot an diagnostischen Programmen wurde auch in die 6. Auflage dieses Buches übernommen. Nur einige wenige **neue Checklisten** kamen hinzu.

- 83 Müdigkeit
- 84 Familienproblematik
- 85 Schlaganfall
- 86 Hörverlust
- 87 Sexualität
- 88 Geriatrie
- 89 Auge
- 90 Kopfprellung
- 91 Essstörung
- 92 Suizidalität

i Langfristig wird man in der Allgemeinmedizin kaum mehr als 200 bis 300 große Programme benötigen (Braun und Mader 2005).

2.4 Kurzprogramme

Es wird vielleicht noch Generationen dauern, bis alles, was programmierbar ist, in Checklisten zum Praxisgebrauch in der Allgemeinmedizin vorliegt.

Derzeit gibt es z. B. noch keine **Programme für die Kurzdiagnostik** in jenen Fällen, in denen nur etwas „ganz Banales“

vorzuliegen scheint. Solche Kurzprogramme, deren Zahl in die Tausende gehen dürfte, müssten ausgewählte, problemorientierte Fragen und Untersuchungen enthalten; sie sollten ausgereifte Ergebnisse wissenschaftlicher Bemühungen darstellen und wirklich **kurz** sein. Gerade wegen der sehr großen Zahl möglicher Kurzprogramme bietet sich die Praxissoftware als sinnvolle Plattform für den Routinebetrieb im Praxisalltag an. Ihr Umfang sollte im Übrigen die intuitiven Routineverfahren der Ärzte (**Fallbeispiel: „Husten. Sonst fehlt dem Kind nichts.“**) nicht wesentlich überschreiten.

Diagnostische Kurzprogramme für den leichten, kurz dauernden Husten beim **Säugling** werden sicherlich anders aussehen als diejenigen beim **Kleinkind**. Ein solches Programm wiederum wird etwas anders beschaffen sein als eine Checkliste für **junge Erwachsene**. Das Vorgehen bei **geriatrischen Patienten** wird von demjenigen für die übrigen Kranken in manchen Details gleichfalls etwas abweichen. Allen Kurzprogrammen gemeinsam wird jedoch sein, einzelne **abwendbar gefährliche Verläufe** im Auge zu behalten.

2.5 Hemmnisse und Motivation

Für die Qualitätssicherung in der Diagnostik gibt es für den Allgemeinarzt bisher keinen allgemein anerkannten Maßstab. Das Vorgehen des Hausarztes ist meist intuitiv und stützt sich im Laufe seiner Praxistätigkeit mehr und mehr auf seine Erfahrung.

Ein Weg zur qualitätsorientierten Arbeit unter Praxisbedingungen könnte die programmierte Diagnostik sein. Was aber kann den Allgemeinarzt hindern, im konkreten Praxisfall mit Checklisten zu arbeiten? Was sind die Vorzüge einer solchen Arbeitsweise?

Die österreichische Landärztin W. Fink hatte seit dem Tag ihrer Niederlassung 13 Jahre lang mit diagnostischen Programmen gearbeitet, allerdings nach Gutdünken. Durchschnittlich 30-mal im Jahr griff sie zu den Checklisten. In einer Ein-Jahres-Untersuchung unterzog sie prospektiv kritisch ihr Handeln in der Praxis, was den Einsatz bzw. die Nichtanwendung der diagnostischen Programme betraf (Fink und Mader 1998). Im Untersuchungszeitraum von 12 Mona-

2 Braun sagte einmal dem Verfasser dieser Zeilen – halb Scherz, halb Ernst –, für die Rubriken „Subjektiv“ und „Objektiv“ dürfen nicht mehr Stichpunkte aufgeführt werden, als der Satzspiegel des Druckers für diese Seite an Zeilen vorsieht: „Kommt etwas Neues dazu, muss dafür etwas anderes gestrichen werden. Der Praktiker mit seiner knappen Zeit steigt sonst aus dem Programm aus.“

3 Im Gegensatz zu einem möglichen Kurzprogramm ist die Checkliste Nr. 2 („Husten-Programm für den anscheinend leicht kranken, fieberfreien Patienten mit Husten über 2 Wochen als Leitsymptom“) gedacht.

ten wurden bei insgesamt 2084 neuen Fällen 19 „wichtige“ Checklisten (■ Tab. 3.12 in ► Abschn. 3.5) der bis damals entwickelten 82 Programme verwendet. Dabei wurde 333-mal, also jeder 6. neue Fall (16 %) programmiert beraten. In jedem 4. Fall (24,6 %) wäre jedoch zumindest der Einsatz dieser „wichtigen“ Checklisten indiziert gewesen.

Rechnet man wegen der bekannten Häufigkeit der Fieberfälle, die in allen vergleichbaren allgemeinmedizinischen Statistiken Spitzenränge einnehmen und die in dieser Untersuchung allein 268 von 333 programmierten Befragungen ausgemacht hatten, diese aus der Gesamtzahl heraus, so ergibt sich, dass bei 1793 neuen Fällen nur noch jeder 27. neue Fall (3,6 %) programmiert untersucht wurde. Maximal notwendig gewesen wäre es aber dann immer noch bei jedem 8. neuen Fall (12,8 %).

Was hindert also den Allgemeinarzt daran, die programmierte Diagnostik in seine Praxisroutine einzubauen?

Als Gründe für die Ablehnung einer programmierten Beratung konnten in dieser Untersuchung, die sich auf ein volles Jahr erstreckt hatte, 23 verschiedene Überlegungen erfasst werden. Diese lassen sich auf 5 Problemkreise reduzieren (■ Abb. 2.1):

- **Zeitproblem** (9-mal = 5 %);
- die Checkliste wurde im speziellen Fall durch den Untersucher **abgelehnt** (11-mal = 6 %),
- sonstige „**widrige Umstände**“ (13-mal = 7 %),
- „**Bagatelle**“, das heißt eine tiefschürfende Diagnostik wurde vom Untersucher als nicht notwendig erachtet (50-mal = 27 %),
- die **Diagnostik** wurde aus verschiedensten Gründen **anders** betrieben (z. B. sofortige Abgabe in den spezialistischen Bereich, Überlassung der Diagnostik dem zuständigen Hausarzt, Verzicht auf vertiefte Diagnostik, da der Patient seit Jahren wiederholt ähnliche Beschwerden präsentiert; 97-mal = 55 %).

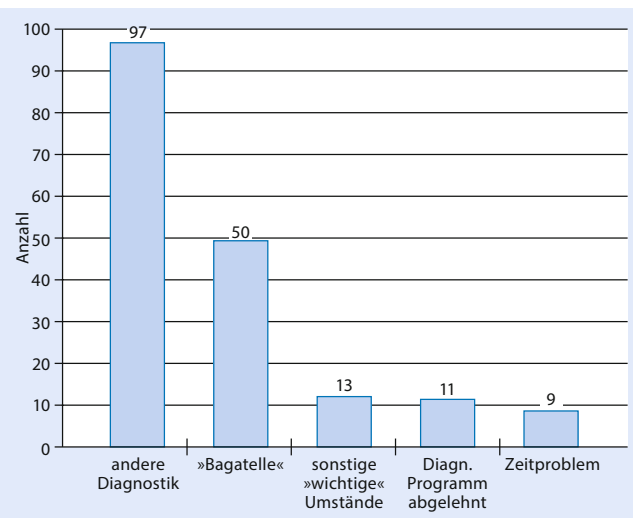
Die mangelnde Zeit war nur in 5 % die Ursache für eine Ablehnung der programmierten Diagnostik. Viel häufiger wurden durch den Arzt die Checklisten abgelehnt, weil die betreffende Beratungsursache eher beiläufig erwähnt wurde bzw. offensichtlich einen Bagatellcharakter zu haben schien.

Einige Argumente für die Ablehnung der programmierten Diagnostik können derzeit vielleicht noch als „Entschuldigung“ gelten.

- ❗ Die Entscheidung gegen den Einsatz von Checklisten sollte in jedem Einzelfall verantwortungsbewusst getroffen werden. Das Risiko einer Unterlassung ist abzuwägen.

Der Allgemeinarzt sollte also in bestimmten Fällen bereit sein, zumindest zu einem späteren Zeitpunkt noch zu einem Programm zu greifen.

Zahlreiche Hausärzte, welche die diagnostischen Programme kennengelernt und die programmierte Diagnostik in ihrer Praxis unvoreingenommen eingesetzt hatten, berichten nahezu einhellig von den Vorzügen, mit praxisrelevanten und fallbezogenen Checklisten zu arbeiten. Stellvertretend kommt



■ **Abb. 2.1** Anzahl der unterlassenen diagnostischen Programme bezogen auf die Ablehnungsgründe bei 2084 neuen Fällen im Untersuchungszeitraum von 12 Monaten. (Fink und Mader 1998)

an dieser Stelle S. Schmolling zu Wort, Arzt für Allgemeinmedizin, der seit einigen Jahren in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen ist.

Schmolling sieht folgende **Vorzüge in der Anwendung** der diagnostischen Programme:

- **Entlastung im Rahmen der Alltagsroutine** (nach Durchführung einer programmierten Diagnostik fühle ich mich sicher bezüglich der relevanten abwendbar gefährlichen Verläufe, die es zu bedenken gilt);
- **optimale und rasche Dokumentation** nicht nur von auffälligen Befunden, sondern des gesamten Anamnese- und Untersuchungsvorganges;
- ich bin mir sicher, dass **unabhängig von der eigenen körperlichen/seelischen Verfassung** (ausgeruht morgens in der Praxis oder sonnabends im ärztlichen Notfalldienst) ein Standard in meinem Handeln besteht;
- durch das **systematische Erfassen von Fakten** gewinne ich geistige **Freiräume**:
 - zur Beurteilung der Verfassung des Patienten,
 - für die Reflexion über psychosoziale Faktoren,
 - für Gedanken über pathogenetische sowie salutogene Faktoren,
 - zur Beurteilung im Rahmen der Flash-Technik (d. h. intuitives, gefühlsmäßiges Erahnen einer eventuellen, aber nicht objektivierbaren Grundproblematik oder eines abwendbar gefährlichen Verlaufes).

2.6 Grenzen der programmierten Diagnostik

Trotz aller Einsichten in die Sinnhaftigkeit der programmierten Diagnostik, trotz aller guten Vorsätze für deren Anwendung beim nächsten entsprechenden Fall, stößt der

Fallbeispiel: „Warum hatte sie mir das verschwiegen?“

Abends wurde ich zu einer jungen Frau wegen „Fieber und Erbrechen“ gerufen. Ich machte mich auf den Weg. Ich untersuchte mit der Checkliste Nr. 1 Fieber-Programm, da ich den Eindruck von uncharakteristischem Fieber hatte. Es kam – wie gewöhnlich – glücklicherweise nichts Besonderes heraus. Erbrechen hatte es nur in der vorherigen Nacht gegeben. Jetzt, als ich die Patientin sah, hatte es völlig aufgehört. Sie hatte die Regel bekommen, die früher auch schon

mal von Erbrechen begleitet war. Diesmal war es aber „anders“, meinte sie. Da sie bereits appendektomiert war und nur im Oberbauch leichte Schmerzen angegeben hatte, ohne dass ich einen alarmierenden Tastbefund hätte erheben können, ließ ich den Fall unter Diät abwartend offen. Die Mutter führte mich hinaus und sagte dann spontan, es käme wahrscheinlich davon, dass ihre Tochter am Vortag zu viel Sahne gegessen hätte. Außerdem hätte sie mit dem Tee ein Aspirin eingenommen, das

aber sofort wieder erbrochen worden wäre. Mir gegenüber als Arzt hatte die Tochter jedoch weder die Medikamenteneinnahme noch den „Diätfehler“ angegeben, obwohl ich mittels des Programms direkt und indirekt danach gefragt hatte.

Stichwörter:

- Checkliste Nr. 1 (Fieber-Programm)
- Fieber und Erbrechen
- Glaubwürdigkeit von Patientenangaben

Arzt gelegentlich auf die Grenzen der programmierten Diagnostik.

Diese können durch verschiedene intrinsische und extrinsische Ursachen wie den „**Arztfaktor**“ (z. B. Einschätzung des Falles als Bagatelle) oder „**Praxisfaktor**“ (z. B. „keine Zeit“) bedingt sein. In seltenen Fällen kann es auch ein „**Patientenfaktor**“ sein, wie das **Fallbeispiel: „Warum hatte sie mir das verschwiegen?“** zeigt. Braun weist in seinem Kommentar darauf hin, dass Patientenangaben „mit Vorsicht aufzunehmen“ seien, „davor schützt auch kein Programm“. Trotzdem müsse der Arzt stets ein offenes Ohr für die **Spontanangaben** des Patienten haben.

Kommentar:

- » R. N. Braun nahm dieses Fallbeispiel aus der Zeitschrift „Der Allgemeinarzt“ in seinem Buch „Mein Fall“ in der Rubrik „Verlässlichkeit von Patientenangaben und -messungen“ auf und kommentierte: „Dass Patientenangaben samt und sonders mit Vorsicht aufzunehmen sind, davor schützt allerdings auch kein Programm. Deshalb gibt es ja im Fieber-Programm zahlreiche redundante Fragen. Trotzdem müssen wir immer damit rechnen, Überraschungen zu erleben, auch angelogen zu werden, selbst wenn sich dies nur selten ereignet. Immerhin kommen wir – im Ganzen gesehen – mit den Checklisten diagnostisch doch viel weiter als ohne sie. Stets aber müssen wir ein offenes Ohr für die **Spontanangaben des Patienten** haben.“

Hegglin R (1963) Differentialdiagnose innerer Krankheiten, 9. Aufl. Thieme, Stuttgart

Kopp IB, Encke A, Hartig S, Müller W, Lorenz W (2005) Zur Empirie hochwertiger Leitlinien im System der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): Gibt es sie und wie viele? Dtsch Ges Für Chir Mitteilungen 1:21–29

Literatur

- Braun RN (1962) Ein einfacher Behelf zur Führung diagnostisch schwieriger Fälle in der Allgemeinpraxis. Therapiewoche 12–13:520
- Braun RN (1988) Was leistet die intuitive Diagnostik beim Herzschmerz? Wien Klin Wochenschr 100(3):83–86
- Braun RN, Mader FH (2005) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 5. Aufl. Springer, Heidelberg
- Fink W, Mader FH (1998) Diagnostische Programme nach R. N. Braun: Was hindert den Allgemeinarzt, programmiert zu untersuchen? Ergebnisse einer Ein-Jahres-Untersuchung zur Indikation, Akzeptanz und Unterlassung des Einsatzes von Diagnostischen Programmen. Z Ärztl Fortbild Quallsich 92:263–268



Praktische Anwendung der Programme

Frank H. Mader

- 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**

Die diagnostischen Programme („Checklisten“) sind für den Einsatz in der täglichen Praxis des Allgemeinarztes gedacht. Sie haben eine weitgehend **einheitliche Oberfläche**. Diese ermöglicht im konkreten Einzelfall strukturiert vorzugehen nach

- „Subjektiv“ („Was fragt der Arzt den Patienten?“) und
- „Objektiv“ („Was untersucht der Arzt selber? Was veranlasst er an weiterführender Diagnostik?“)

i Das programmierte Vorgehen ergibt nicht „automatisch“ eine Diagnose. Auch lenkt es den Anwender in der Regel nicht in die Richtung einer Krankheitserkenntnis.

Der Nutzer, der noch keine Schulung oder Erfahrung im Umgang mit den Programmen hat, sollte sich mit **Zweck und Ziel**, aber auch mit den **Grenzen** der programmierten Diagnostik befassen, bevor er unvorbereitet die eine oder andere Checkliste anwendet – und möglicherweise enttäuscht zur Seite legt.

Die **Kenntnis der Symptomatik** bestimmter Krankheitsbilder ist **Voraussetzung** für den Nutzer.

i Der möglichst entspannte Einsatz der einzelnen Programme im Stress des Praxisalltags setzt eine gewisse instrumentelle Kompetenz des Anwenders voraus, das heißt die Kenntniss und das Beherrschen der routinemäßigen Auswahl und Nutzung der Programme im konkreten Einzelfall.

3.1 Was ist programmierte Diagnostik?

Von ihrer Entstehungsgeschichte her (► Abschn. 2.1) ist die programmierte allgemeinmedizinische Diagnostik der aus den Praxisbedürfnissen eines Allgemeinarztes heraus entstandene Versuch, bei bestimmten Beratungsursachen möglichst **umfassend, gezielt, rasch, reproduzierbar** – und damit letztlich **effektiver** als vorher – vorzugehen.

i Die programmierte allgemeinmedizinische Diagnostik ist ein **spezifisches Werkzeug in Form von Checklisten**, mit denen der Allgemeinarzt bei derzeit 92 Fällen im Praxisalltag effektiv arbeiten kann. Dabei werden das **Häufige**, das **Typische** und das **Uncharakteristische** ebenso wie das **abwendbar Gefährliche** optimal berücksichtigt.

Der (englischsprachige) Begriff „**Checklist**“ (im Deutschen „Checkliste“) kann im heutigen Sprachgebrauch als gut bekannt vorausgesetzt werden. Ganz allgemein versteht man darunter eine „Kontrollliste zum Abhaken“, mit deren Hilfe z. B. das Vorhandensein notwendiger Ausrüstungsgegenstände festgestellt oder das einwandfreie Funktionieren komplizierter technischer Apparate wie beispielsweise an Bord von Flugzeugen (► Abschn. 3.3.2) festgestellt wird („All systems go!“).

Die **Checklisten** (auch **Programme**) werden anhand von Praxisbeobachtungen und Literaturobachtung **fortlaufend aktualisiert**. Sie besitzen ihren Stellenwert durch ihre erprobte

Tab. 3.1 Zusammenstellung der 92 diagnostischen Programme („Checklisten“) nach der Häufigkeit der von ihnen berücksichtigten Themen

Zahl der Programme	Thema
5	Fieber/Luftwege
14	Muskeln/Nerven/Gelenke/Wirbelsäule
12	Herz/Kreislauf/Schwindel
11	Abdomen/Erbrechen/Durchfall/Kolik
9	Psyche/psychosozial/Familie
8	Urogenitale/Sexualität
7	Haut/Lymphknoten
6	Augen/Ohren/Mund
20	Sonstiges u. a. – Völlig uncharakteristische Symptomatik – Müdigkeit – Adipositas/Appetitlosigkeit – Kopfschmerzen – Periphere arterielle Verschlusskrankheit – Anfälle – Anämie – Marasmus – Tropenrückkehrer – Geriatrie – Kopfprellung – Suizidalität

Effektivität. Ihr Inhalt ersetzt weitgehend das Improvisieren des Arztes, verbessert bzw. beschleunigt den diagnostischen Prozess und verhindert verschiedene Irrtumssituationen.

Die in den Checklisten aufgeführten Begriffe sind **Stichwörter (Items¹)**.

i Ein gut weitergebildeter Arzt weiß, wie man aus den Stichwörtern der Checklisten Fragen nach bestimmten Krankheitszeichen formuliert. Dadurch können die Ergebnisse richtig eingeschätzt und zu einzelnen Krankheiten in Beziehung gebracht werden oder auch bestimmte Leiden als sehr unwahrscheinlich in den Hintergrund treten.

Die Checklisten sind **nicht** nach Art eines k.o.-Katalogs oder eines **Scores** anzuwenden, das heißt, wenn eine bestimmte „Punktzahl“ an Auffälligkeiten erreicht wird, würde eine bestimmte Krankheit vorliegen bzw. könnte dann ausgeschlossen werden.

¹ Item und Score sind testpsychologische Fachbegriffe, wobei Item die kleinste Einheit des Tests, also eine Aufgabe, bedeutet und Score für den gefundenen Punktröhwert als Ausdruck der Testleistung eines Untersuchten steht.

3.2 Welche Programme gibt es?

Gegenwärtig gibt es 92 „Diagnostische Programme“, d. h. „Checklisten“ mit den entsprechenden Vortexten. In der Allgemeinmedizin wird man langfristig höchstens 200 bis 300 solcher (großen) Programme benötigen (► Abschn. 2.3). Manche Programme (z. B. Nr. 82 „Tropenrückkehrer-Programm“ oder Nr. 92 „Suizidalität-Programm“) benötigt man erfahrungsgemäß lange Zeit überhaupt nicht.

i Der Neuanwender sollte nicht sofort alle Programme einsetzen, sondern sich zunächst mit einer einzigen Checkliste (z. B. Checkliste Nr. 1 „Fieber-Programm“) oder mit einigen wenigen Programmen vertraut machen.

Einen Überblick über die von den 92 Programmen berücksichtigten **Themen** und deren **Häufigkeit** vermittelt **■** Tab. 3.1.

Für den **Erstanwender** empfiehlt es sich, zunächst das **alphabetische Verzeichnis** der 92 Programme mit ihren **Kurztiteln** (► Abschn. 3.2.1) immer wieder durchzulesen, um das gesamte Angebot im Auge zu behalten. Danach sollte er sich mit den inhaltlichen Beschreibungen der **Langtitel** (► Abschn. 3.2.2) auseinandersetzen.

Diese Vorgehensweise ermöglicht dem Benutzer einen zweifachen Zugriff auf jedes Programm:

- Rasches alphabetisches Aufsuchen der betreffenden Checkliste anhand des entsprechenden Praxisjargons („Kurztitel“) (**■** Tab. 3.2).
- Ausführliche Beschreibung von Inhalt und Anwendungsziel der Checkliste („Langfassung“) (**■** Tab. 3.3).

3.2.1 Kurztitel nach Alphabet

Der **Kurztitel** des jeweiligen diagnostischen Programms ist meist im **Praxisjargon** gehalten (z. B. „Ischialgie“, „Kopfprellung“). Dadurch wird dem Anwender ein unmittelbarer Zugang zur betreffenden **Beratungsursache** ermöglicht. Die **■** Tab. 3.2 fasst sämtliche Kurztitel in alphabetischer Reihenfolge zusammen. Einige Titel ermöglichen einen Zugriff unter verschiedenen Stichpunkten (z. B. Nr. 9 „Kreuzschmerzen“ sowie „LWS-Syndrom“). **Fette** Hervorhebungen bedeuten, dass der Einsatz dieses Programms als dringend erachtet oder dass das Programm von den Autoren besonders empfohlen wird.

3.2.2 Langtitel nach Anwendungsziel

In einem wesentlichen nächsten Schritt macht sich der Arzt mit der ausführlichen **inhaltlichen Beschreibung** der Checklisten anhand ihres **Langtitels** vertraut (**■** Tab. 3.3)

i Der ausführliche **Langtitel** einer Checkliste entscheidet letztlich über deren zielgenauen Einsatz.

Der beschreibende Inhalt der jeweiligen Checkliste fokussiert auf die Leistungsbreite (aber auch Leistungsbegrenzung) des Programms, beispielsweise

- Nr. 4 Luftwegekatarrhe: Für „häufig sich wiederholende oder ungewöhnlich lange dauernde ... Symptome ...“
- Nr. 18 Fazialislähmung: Zur „gezielten allgemeinmedizinischen Diagnostik ...“
- Nr. 59 Skrotum: Für die „allgemeinmedizinische Erstuntersuchung ...“
- Nr. 66 Psychosoziale Genese: Für die „allgemeinmedizinische Orientierung ...“
- Nr. 87 Sexualität: „... in einem Patienten-Arzt-Gespräch ...“
- Nr. 89 Augen: Bei „uncharakteristischen Zeichen, Beschwerden oder Schmerzen“
- Nr. 92 Suizidalität: Für die „allgemeinmedizinische Erfassung ...“

3.3 Wie sind die Programme aufgebaut?

Die einzelnen Programme sind maximal kurz gehalten, um ein gewisses Maß an **Übersichtlichkeit** und **Praktikabilität** zu gewährleisten. Sie umfassen in der Regel **zwei Teile**:

- den einführenden und erklärenden Teil (**Vortext**) (► Abschn. 3.3.1)
- die Sammlung der jeweiligen Items (**Checkliste**) (► Abschn. 3.3.2)

i **Vortext** und **Checkliste** zusammen ergeben das einzelne **diagnostische Programm**.

Die Programme sind von ihrem Konzept her nicht als sog. differentialdiagnostische Tabellen angelegt: Diese gehen bekanntlich vom **Beratungsergebnis** (BE), in der Regel von definierten Krankheiten aus, die diagnostischen Programme dagegen von der **Beratungsursache** (BU) des Patienten.

i Die diagnostischen Programme gehen von der **Beratungsursache** (den Symptomen und Beschwerden des Patienten) aus und zielen nicht auf eine definierte Erkrankung als **Beratungsergebnis**.

Die Programme liefern auch keine Trefferzahlen, deren Summe auf diese oder jene Krankheit hinweisen würde. Solche **Scores** haben jedoch auch in der Allgemeinpraxis, z. B. im Rahmen von psychometrischen Tests, ihre Berechtigung.

3.3.1 Der Vortext

Jeder Vortext ist untrennbar mit der betreffenden Checkliste verbunden. Checkliste und Vortext zusammen machen erst das spezifische diagnostische Programm aus.

i Ohne Kenntnis des **Vortexts** ist eine programmierte Diagnostik mit der **Checkliste** nicht möglich.

Tab. 3.2 Alphabetische Zusammenstellung der 92 diagnostischen Programme („Checklisten“) unter dem Kurztitel im Praxisjargon (= Beratungsursache). Mehrfachindizierung unter verschiedenen Stichwörtern. **Fette** Hervorhebung = dringende Empfehlung

Nr.	Kurztitel des Programms	Nr.	Kurztitel des Programms
40	Abdomenopathie	54	Dysurie
68	Adipositas	46	Effluvium
4	Akute respiratorische Erkrankung	31	Emphysem
54	Algurie	44	Enddarm
81	Anämie	62	Epilepsie
73	Anfälle	35	Erbrechen
85	Apoplex	34	Erbrechen und Durchfall
69	Appetitlose Kinder	61	Erschöpfung, nervöse
75	Arterielle Verschlusskrankheit	91	Essstörung
11	Arthropathie	48	Exanthem
15	Arthrose	84	Familiäre Problematik
30	Asthma	20	Faulecken
30	Atemnot	18	Fazialisparese
89	Augen	68	Fettsucht
57	Ausfluss	1	Fieber
48	Ausschlag	42	Flatulenzen
17	Bandscheibe	57	Fluor
37	Bauchkrämpfe	79	Fußbeschwerden
40	Bauchschmerzen	34	Gastroenteritis
38	Bauchschmerz, Ober-	75	Gefäßverschluss
39	Bauchschmerz, Unter-	11	Gelenk
29	Beinödeme	88	Geriatric
72	Bewusstlosigkeit	29	Geschwollene Beine
42	Blähungen	14	Gicht
81	Blutarmut	11	Glutäalschmerzen
32	Blutspucken	46	Haarausfall
34	Brechdurchfall	3	Halsschmerzen
7	Brustwandssyndrom	32	Hämoptye/Hämoptyse
12	Chronische Polyarthrit	54	Harnentleerung, schmerzhaft
31	COPD	48	Hautausschlag
75	Claudicatio intermittens	43	Hepatopathie
34	Darmgrippe	27	Herzbeschwerden, polymorphe
74	Demenz	23	Herzinsuffizienz
60	Depression	28	Herzrasen
36	Diarrhö	26	Herzschmerzen
70	Diskopathie	8	Hexenschuss
36	Durchfall	2	Husten
34	Durchfall und Erbrechen	16	HWS-Syndrom
30	Dyspnoe	59	Hoden

■ Tab. 3.2 (Fortsetzung)

Nr.	Kurztitel des Programms	Nr.	Kurztitel des Programms
86	Hörverlust/-sturz	20	Perlèche
47	Hyperhidrosis	3	Pharyngitis
78	Hyperthyreose	76	Phlebothrombose
25	Hypertonie	56	Pillenkontrolle
33	Hypotonie	55	Pillenverbot
71	Insomnie	53	Pollakisurie
6	Interkostalschmerzen	12	Polyarthritis, chronische
19	Ischias	29	Prätibiale Ödeme
45	Juckreiz	26	Präkordiago
4	Katarrhe der Luftwege	44	Proktalgie
58	Klimax	45	Pruritus
22	Knieverstauchung	5	Pseudokrupp
37	Kolik	66	Psychosoziale Genese
90	Kopfprellung	9	Sakrago
70	Kopfschmerzen	90	Schädelprellung
62	Krampfanfall	78	Schilddrüse
80	Krampi	71	Schlaflosigkeit
9	Kreuzschmerzen	85	Schlaganfall
4	Luftwegekatarrhe	54	Schmerzhaftes Wasserlassen
8	Lumbalschmerzen	92	Suizidalität
31	Lungenblähung	13	Schulterschmerzen
9	LWS-Syndrom	24	Schwindel
21	Lymphadenitis	47	Schwitzen
77	Lymphknoten	92	Selbstmordgefährdung
44	Mastdarm	87	Sexualität
83	Mattigkeit	59	Skrotum
63	Menière	51	Stomatitis
42	Meteorismus	41	Stuhlverstopfung
83	Müdigkeit	92	Suizidalität
64	Multiple Sklerose	72	Synkope
80	Muskelkrampf	67	Tabula diagnostica
61	Nervöse Erschöpfung	28	Tachykardie
38	Oberbauchschmerzen	7	Thoraxschmerzen
41	Obstipation	76	Thrombophlebitis
29	Ödeme der Beine	50	Tinnitus
72	Ohnmacht	65	Tremor
49	Ohrenschmerzen	82	Tropenrückkehrer
50	Ohrgeräusche	68	Übergewicht
13	Omalgie	67	Unklare Symptomatik
49	Otalgie	39	Unterbauchschmerzen

■ Tab. 3.2 (Fortsetzung)

Nr.	Kurztitel des Programms	Nr.	Kurztitel des Programms
76	Venenentzündung	53	Wasserlassen, häufiges
41	Verstopfung	58	Wechselbeschwerden
24	Vertigo	70	Zephalgie
74	Verwirrtheit	65	Zittern
35	Vomitus	52	Zungenbrennen

Der Vortext startet unterschiedlich, z. B. mit der Eingrenzung der Indikation („*dient der Abgrenzung ...*“), mit einem Hinweis auf die Leistungsfähigkeit des Programms („*lässt mit einiger Sicherheit eine somatische Erkrankung ausschließen ...*“), auf die Entstehungsgeschichte des Programms, mit einem besonderen Appell zur „*gründlichen Untersuchung*“, mahnt zur Vorsicht („*schon beim geringsten Verdacht ...*“) oder empfiehlt eine **Vorschaldiagnostik** („*wurde überhaupt das richtige Programm ausgewählt?*“).

In der Regel enthält die Beratungsursache des einzelnen Programmes (z. B. „Husten“) in Klammern dahinter gesetzt den **Klassifikationsbereich**, in diesem Fall ein *Symptom*, also „Husten (A)“, analog beispielsweise bei „Herzinsuffizienz“ den Klassifikationsbereich „*Bild einer Krankheit*“, also „Herzinsuffizienz (C)“ (► Abschn. 1.6.6). Auf diese Weise kann der Anwender sofort erkennen, von welchem Klassifikationsbereich (z. B. Symptom oder diagnosenahes Bild) das betreffende Programm ausgeht.

Die meisten Vortexte enthalten auch Hinweise auf andere Checklisten, die zur Erweiterung oder Vertiefung der Diagnostik für das betreffende Beratungsproblem empfohlen werden. Jeder Vortext beinhaltet die Formulierung der **Langfassung** der betreffenden Checkliste (■ Tab. 3.3), mit dem der Einsatzzweck (z. B. „*für die Erstdiagnostik*“) oder eine Einschränkung (z. B. „*bei uncharakteristisch erscheinender Kurzatmigkeit*“) dieser Checkliste beschrieben werden.

❗ Erst die genaue Kenntnis des Langtextes ermöglicht einen gezielten Einsatz der jeweiligen Checkliste.

Im Mittelstück finden sich ebenfalls eher unsystematische Überlegungen und Aussagen, die nur im Zusammenhang mit dem gesamten Programm zu verstehen sind, etwa zur Zusammenarbeit mit dem Spezialbereich („*wann abgeben?*“), zur ausnahmsweisen intuitiven Kurzdiagnostik („*anfangs genügt ...*“), zur Führung des Patienten („*engmaschige Überwachung ...*“), zum Vorgehen bei Verschlimmerung („*hängt vom Allgemeinzustand ab ...*“) oder zum Wechsel auf ein anderes Programm oder gar zum Abbruch der programmierten Diagnostik.

Hinweise auf **spezielle Untersuchungen** sind als Gedächtnisstützen zu verstehen. Man muss die Allgemeinmedizin als Glied im modernen medizinischen Teamwork sehen: Der Allgemeinarzt benötigt nicht alle diagnostischen Möglichkeiten in seiner Praxis. Er muss sie nur kennen und – falls

nicht verfügbar – beispielsweise durch Überweisung in den spezialistischen Bereich nutzen.²

❗ Der knappe Vortext ersetzt nicht die **Kenntnis der Lehrbücher**; er dient ausschließlich zur Einführung in den Gebrauch der Checkliste.

Die meisten Programme (und damit auch die entsprechenden Checklisten, ► Abschn. 3.3.2) gehen von uncharakteristischen Symptomen/Beschwerden aus, einige wenige auch von definierten Krankheitsbegriffen. Hier wie dort ist es Aufgabe und Ziel des Arztes, vor allem den seltenen abwendbar gefährlichen Verlauf (AGV) auszuschließen oder gar aufzudecken, zumindest ihn als Möglichkeit in Betracht zu ziehen.

Am Ende des Vortextes der meisten Programme steht eine stichpunktartige **Übersicht** zu den wesentlichen

- **abwendbar gefährlichen Verläufen (AGV)** und
- **ähnlichen Beschwerdebildern.**

Die Formulierung „abwendbar gefährliche Verläufe“ in der Übersicht drückt aus, auf welche wesentlichen AGVs der Anwender der betreffenden Checkliste seine volle Aufmerksamkeit richten soll. Zur raschen Erkennung werden die „**abwendbar gefährlichen Verläufe**“ einheitlich in **fett** geschrieben (Beispiel: Programm Nr. 26 **Herzschmerzen** in ► Abschn. 4.26: „**Akutes Koronarsyndrom**“, „**KHK**“, „**Lungenarterienembolie**“, „**Aortendissektion**“, „**Pleuritis**“).

Die Formulierung „ähnliche Beschwerdebilder“ in der Übersicht am Ende des Vortextes drückt aus, dass der Anwender auch bestimmte ähnlich imponierende Symptome oder Krankheitsbilder differentialdiagnostisch in seine Überlegungen einbeziehen sollte. Zur raschen Erkennung werden diese „**ähnlichen Beschwerdebilder**“ einheitlich in *Kursivschrift* ausgewiesen (Beispiel: Programm Nr. 26 Herzschmerzen in ► Abschn. 4.26: „*Muskuloskelettale Schmerzen*“, „*Refluxösophagitis*“, „*Somatisierungsstörung*“).

Die Formulierung in der Legende „in **loser Reihung**“ soll ausdrücken, dass die Autoren die einzelnen Entitäten bewusst „bunt“ hintereinander geschrieben haben: Es gibt keine belastbare Statistik über die Häufigkeit der betreffenden Entitäten in der Allgemeinpraxis. Der Allgemeinarzt muss also stets mit allen Entitäten, zumindest mit den beispielhaft aufgeführten, rechnen.

2 Braun RN (1987) Persönliche Mitteilung 10. Dezember.

Tab. 3.3 Zusammenstellung der 92 diagnostischen Programme („Checklisten“) in numerischer Reihenfolge (gegliedert nach „Kurztitel“ und nach „Langfassung“ als Beschreibung des Programminhaltes)

Programm Nr.	Kurztitel	Langfassung
1	Fieber	Für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten (afebrile Allgemeinreaktion)
2	Husten	Für den anscheinend leicht kranken, fieberfreien Patienten mit Husten über 2 Wochen als Leitsymptom
3	Halsschmerzen	Für Patienten, die länger als 1 Woche über scheinbar banale Halsschmerzen klagen und keine Allgemeinerscheinungen bieten
4	Luftwegekatarrh	Für häufig sich wiederholende oder ungewöhnlich lange dauernde, multiple Symptome des Respirationstraktes ohne Allgemeinerscheinungen (z. B. Fieber)
5	Pseudokrupp	Bei Stridor im Rahmen eines akuten Geschehens mit oder ohne Fieber (Bild eines Pseudo-[Kehlkopf]-Krupps/einer Laryngitis)
6	Interkostalneuralgie	Bei länger als 1 Woche bestehenden oder therapieresistenten Schmerzen im Interkostalbereich
7	Thoraxschmerzen	Für Patienten mit über 1 Woche bestehenden sonstigen uncharakteristischen myalgischen oder neuralgischen Thoraxschmerzen
8	Lumbalschmerzen	Für Patienten mit lateralen Myalgien oder Neuralgien im Bereich zwischen Thorax und Becken, die anscheinend banal sind, aber nach einwöchiger Dauer vorgestellt oder 1 Woche lang erfolglos behandelt wurden (Lumbago)
9	Kreuzschmerzen	Für akute und länger andauernde, uncharakteristische Schmerzzustände im Kreuzbeinbereich beim offenbar leicht kranken Patienten
10	Glutäalschmerzen	Für Patienten mit scheinbar banalen, jedoch 1 Woche bestehenden und/oder therapieresistenten Myalgien oder Neuralgien im glutealen Bereich
11	Arthropathie	Für uncharakteristische Gelenkschmerzen (Arthropathien) und Periarthropathien von 1- bis 2-wöchiger Dauer oder bei Therapieresistenz
12	Polyarthritis	Zur Diagnostik bei einem Krankheitsbild, das wie eine chronische (rheumatoide) Polyarthritis aussieht
13	Schulter-schmerzen	Bei uncharakteristischen Schmerzen im Schultergelenksbereich
14	Gicht	Zur Falsifizierung beim typischen Bild einer Harnsäuregicht
15	Arthrose	Bei länger dauernden, offensichtlich durch eine Arthrosis deformans bedingten Beschwerden
16	HWS-Syndrom	Zur Bestätigung oder zum Ausschluss eines Zervikalsyndroms oder eines zervikalen Bandscheibenschadens bei therapieresistenten, uncharakteristischen (kombinierten) Nacken-, Schulter- oder Armschmerzen
17	Bandscheibenschaden	Zur allgemeinmedizinischen Untersuchung beim Bild einer zervikogenen oder lumbalen Diskushernie oder Spondylarthrose als Ursache der Beschwerden (Radikulopathie)
18	Fazialislähmung	Zur gezielten allgemeinmedizinischen Diagnostik bei Anzeichen einer Fazialislähmung
19	Ischialgie	Für Patienten mit Schmerzen im Bereich des N. ischiadicus, die seit mindestens 1 Woche unbeeinflussbar bestehen
20	Mundwinkelentzündung	Zur problemorientierten Diagnostik bei über 1 Woche unbeeinflussbar bestehenden Mundwinkelrhagaden (Angulus infectiosus, Perlèche)
21	Lymphadenitis	Für über 1 Woche bestehende, schmerzende Lymphdrüenschwellungen, bei denen sonstige Krankheitszeichen fehlen
22	Knieverstauchung	Vorwiegend zur Differenzierung anscheinend leichter Verletzungen im Kniegelenksbereich
23	Herzinsuffizienz	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim Bild einer Herzmuskelschwäche
24	Schwindel	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Schwindel
25	Hypertonie	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik, wenn der Blutdruck bei zweimaliger Vorausmessung deutlich erhöht war
26	Herzschmerzen	Für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischen, in der Herzgegend (Präcordialregion) lokalisierten Schmerzen
27	Polymorphe Herzbeschwerden	Für die allgemeinmedizinische Erstberatung bei uncharakteristischen, kombinierten, auf das Herz weisenden Symptomen

■ Tab. 3.3 (Fortsetzung)

Programm Nr.	Kurztitel	Langfassung
28	Tachykardie	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Angaben über anfallsweises Herzjagen oder Herzklopfen
29	Beinödeme	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen beidseitigen Beinödemem
30	Dyspnoe	Für das allgemeinmedizinische Vorgehen bei uncharakteristisch erscheinender Kurzatmigkeit
31	Asthma – COPD – Emphysem	Für die frühzeitige allgemeinmedizinische Diagnostik von Störungen und/oder Erkrankungen der Atemwege, die an Asthma, COPD, Emphysem denken lassen
32	Blutspucken	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim offensichtlich nicht schwer kranken Patienten, der Blut im Auswurf bemerkt hat
33	Hypotonie	Zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer Kreislaufschwäche, auch nach einer akuten orthostatischen Dysregulation
34	Brechdurchfall	Zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim offensichtlich leicht kranken Patienten mit bis zu 1 Woche und länger bestehendem Erbrechen und/oder Durchfall
35	Erbrechen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Übelkeit und/oder zeitweiligem Erbrechen länger als 1 Woche
36	Durchfall	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei etwa 1 Woche und länger andauerndem häufigen Stuhlgang
37	Bauchkrämpfe	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen heftigen Krämpfen (Koliken) im abdominellen Bereich mit/oder ohne regionale Ausstrahlung
38	Oberbauchschmerzen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Ober- und Mittelbauchbeschwerden
39	Unterbauchschmerzen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Krankheitszeichen mit Zentrum im Unter- und/oder Mittelbauch
40	Abdomenopathien	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei diffusen oder völlig undifferenzierten akuten oder chronischen Bauchbeschwerden
41	Obstipation	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Personen, die – ohne sonstige Beschwerden – über Stuhlträgheit klagen
42	Blähungen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Leibblähungen und/oder Flatulenzen
43	Hepatopathie	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei leicht erhöhten Leberwerten und/oder sonographischer Auffälligkeit des Leberparenchymgrundmusters
44	Proktalgie	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Schmerzen und/oder Beschwerden am Darmausgang
45	Pruritus	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei allgemeinem Jucken ohne sonstige nennenswerte Krankheitsanzeichen
46	Haarausfall	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem diffusen Haarausfall
47	Schwitzen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Schwitzen am „ganzen“ Körper (Hyperhidrose)
48	Hautausschlag	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei ausgedehntem uncharakteristischen Hautausschlag
49	Ohrenschmerzen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Schmerzen in der Ohrregion ohne andere lokale oder sonstige Krankheitszeichen
50	Ohrgeräusche	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Ohrgeräuschen
51	Stomatitis	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Entzündungen der Mundschleimhaut
52	Zungenbrennen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Zungenbrennen mit und ohne sichtbare(n) Entzündungserscheinung(en)
53	Pollakisurie	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei zunächst uncharakteristisch erscheinendem häufigen Harndrang (Pollakisurie)
54	Algurie, Dysurie	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei uncharakteristischem, schmerzhaftem und/oder erschwertem Harnlassen (Algurie/Dysurie)

■ Tab. 3.3 (Fortsetzung)

Programm Nr.	Kurztitel	Langfassung
55	Hormonelle Verhütungsmittel	Für die Erfassung der Kontraindikationen zur Verordnung von hormonellen Verhütungsmitteln, insbesondere Ovulationshemmern
56	Pillenroutinekontrolle	Zur Erfassung von Nebenwirkungen bei Frauen, die ständig hormonale Antikonzeptiva anwenden
57	Fluor	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristisch erscheinendem Scheidenausfluss
58	Klimax	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein klimakterisch bedingter Beschwerden
59	Skrotum	Für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischer ein- oder beidseitiger Veränderung im Bereich des Hodensackes mit oder ohne Schmerzen
60	Depression	Zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer depressiven Verstimmung
61	Nervöse Erschöpfung	Zur allgemeinmedizinischen Ersterfassung von Symptomen und/oder Beschwerden, die auf eine nervöse Anspannung, Erschöpfung, Belastungsreaktion oder auf eine akute persönliche Krise des Patienten hinweisen können
62	Epilepsie	Zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein eines epileptischen Krampfanfalls, auch unter Einbeziehung der Fremdanamnese
63	Morbus Menière	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein, dass eine Menière-Krankheit vorliegt
64	Multiple Sklerose	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein, dass eine Multiple Sklerose vorliegt
65	Tremor	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Zittern
66	Psychosoziale Genese	Für die allgemeinmedizinische Orientierung bei höchstwahrscheinlich psychosozial bedingten (funktionellen) Beschwerden
67	Tabula diagnostica	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei einer Vielzahl uncharakteristischer, allgemeiner und/oder lokaler Beschwerden und/oder Krankheitszeichen
68	Adipositas	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Gewichtszunahme oder bei dauernd starkem Übergewicht
69	Appetitlosigkeit	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei Appetitmangel und/oder Appetitlosigkeit über 2 Wochen bei körperlich gesund erscheinenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
70	Kopfschmerzen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Kopfschmerzen als alleinige Beratungsursache
71	Schlaflosigkeit	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Schlaflosigkeit
72	Synkope	Zur allgemeinmedizinischen Diagnostik bei uncharakteristischer, kurzdauernder Ohnmacht (Synkope), über die der Patient im Nachhinein berichtet
73	Anfälle	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Anfallsleiden aller Art, über die der Patient oder das Umfeld im Nachhinein berichten
74	Demenz	Für die allgemeinmedizinische Ersteinschätzung und Verlaufsbeobachtung bei zerebralem Abbau (demenzielles Syndrom)
75	Claudicatio intermittens	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim Anschein einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) der Beine
76	Phlebothrombose	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein einer Thrombose der tiefen Unterschenkelvenen
77	Lymphknotenvergrößerung	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein von uncharakteristischen, isolierten, einzelnen oder multiplen, kaum dolenten oder indolenten vergrößerten Lymphknoten
78	Schilddrüse	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei Symptomen und/oder Beschwerden, die an eine Affektion und/oder Störung der Schilddrüse und/oder der Schilddrüsenfunktion denken lassen
79	Fußbeschwerden	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik von Beschwerden im Fuß- oder Beinbereich bei Kindern und Erwachsenen, die dem Anschein nach durch Fußübel und/oder Fehlstatik verursacht worden sind
80	Muskelkrämpfe	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Muskelkrämpfen (Krampi) sowie bei Muskelschmerzen
81	Anämie	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Anämie

■ Tab. 3.3 (Fortsetzung)

Programm Nr.	Kurztitel	Langfassung
82	Tropenrückkehrer	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Patienten, die nach Tropenaufenthalt heimkommen und eine völlig uncharakteristische Symptomatik bieten
83	Müdigkeit	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Klagen über uncharakteristische Mattigkeit, Müdigkeit oder Schwäche, die sich bereits seit Wochen oder länger hinziehen, wobei offensichtliche Ursachen bereits ausgeschlossen wurden
84	Familien-problematik	Für die allgemeinmedizinische Orientierung bei möglicherweise familiär bedingten Beschwerden
85	Schlaganfall	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei uncharakteristischen, plötzlich auftretenden und/oder nur flüchtigen Symptomen mit dem Bild einer zerebralen Durchblutungsstörung
86	Hörverlust, akut	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei plötzlich einsetzender ein- und/oder beidseitiger Hörstörung, die bis zum Hörverlust reichen und von Ohrgeräuschen und/oder Drehschwindel begleitet sein kann
87	Sexualität	Für den Einsatz in einem Patienten-Arzt-Gespräch beim Anschein einer möglichen sexuellen Problematik
88	Geriatric	Für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim multimorbiden oder geriatrischen Patienten
89	Augen	Für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Zeichen, Beschwerden oder Schmerzen in einem/beiden Auge(n) und/oder im Augenbereich
90	Kopfprellung	Zur allgemeinmedizinischen Erstberatung und Verlaufsdocumentation von Klagen und/oder Beschwerden nach stumpfer direkter oder indirekter Gewalteinwirkung im Kopfbereich mit oder ohne äußere Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma)
91	Essstörung	Für den allgemeinärztlichen Erstkontakt bei Vermutungen, Hinweisen oder Anzeichen, die an eine Essstörung denken lassen
92	Suizidalität	Für die allgemeinmedizinische Erfassung eines möglichen suizidalen Verhaltens

Die **Reihenfolge** der aufgeführten einzelnen „ähnlichen Beschwerdebilder“ und der „abwendbar gefährlichen Verläufen“ ist **willkürlich**. Das drückt aus: Alle Erwähnungen sind **gleichrangig** und insbesondere die AGVs bezüglich ihrer Dringlichkeit gleichwertig.

Diese Übersicht, die ursprünglich auf Braun und Mitarbeiter zurückgeht (Landolt-Theus 1992), wurde von W. Fink, G. Kamenski und D. Kleinbichler (in komplett überarbeiteter 3. Auflage 2010) herausgebracht und durch die Herausgeber und Autoren dieses Buches modifiziert.

Die **Übersicht** am Ende des Vortextes ist das **Herzstück** des betreffenden Programms. Sie ist Bestandteil einer jeden Checkliste.

3.3.2 Die Checkliste

Der Begriff „Checkliste“ hat weite Verbreitung im Alltag gefunden. So beinhalten beispielsweise die „Checklists“ der Piloten, vor dem Start einzelne Positionen obligat durchzusehen bzw. abzuarbeiten, bevor es aufs Rollfeld geht.

Die Checklisten der diagnostischen Programme sind zwar auch in der Weise angelegt, dass der Untersuchende keine wichtige Möglichkeit übersieht; sie verstehen sich jedoch bei den betreffenden Beratungsursachen (BU) le-

diglich als ein systematisch **strukturiertes Angebot** für den Nutzer.

Die Reihenfolge der einzelnen Stichwörter („Items“) der Checklisten sollen das Denken des Anwenders aufgrund seiner Kenntnisse und Erfahrungen bei einem konkreten Beratungsproblem des Patienten wie von selbst in die richtige Richtung führen. Dies setzt jedoch die Lektüre des Vortextes (► Abschn. 3.3.1) voraus.

Die Anwendung der **Checkliste** ohne genaue Kenntnis des Vortextes funktioniert nicht!

Die Checklisten umfassen grundsätzlich zwei Teile:

- der erste Teil (linke Spalte): „**Subjektiv**“
- der zweite Teil (rechte Spalte): „**Objektiv**“

Alle Stichwörter in den Rubriken „Subjektiv“ und „Objektiv“ sind als **Angebot** für den untersuchenden Arzt gedacht, der sich so weit wie möglich an diese **optimierte Auswahl** halten sollte.

■ Subjektiv

Die Spalte „**Subjektiv**“ beginnt in der Regel mit dem ersten Eindruck des Arztes („leicht/schwer“), den er vom gegenüber-sitzenden Patienten hat. Dabei sollte auch als **Kontaktfrage** das subjektive Befinden des Patienten einfließen (z. B. „Wie krank fühlen Sie sich?“). Meist folgen dann informative Fragen

wie „*Krank (Bettruhe) seit*“ oder zum Verlauf der Beschwerden (*gleich/besser/schlechter*).

Die folgenden Items in dieser Spalte sind sprachlich und assoziativ so gestaltet, dass möglichst von verschiedenen Seiten in der Sprache des Patienten die betreffende Beratungsursache beleuchtet und eingegrenzt wird, wobei stets ein möglicher AGV herausgehört werden kann. Diese Frage-technik resultiert aus der Erfahrung, dass Patienten Fragen nicht selten missverstehen und daher unrichtig beantworten.

In Einzelfällen lassen sich fachsprachliche Formulierungen (z. B. „*Belastungsdyspnoe*“) wegen ihrer unschlagbaren Knappheit nicht vermeiden. Jeder erfahrene Arzt ist jedoch in der Lage (auch der Jungarzt sollte es sein), auf Grund dieser Stichwörter nach Art eines Memos die entsprechenden Fragen sprachlich angemessen und individuell adäquat zu formulieren.

Die Stichwörter in der Spalte „Subjektiv“ können in Einzelfällen für die Antwort des Patienten eine Art Brandbeschleuniger in der Erinnerung seiner Krankengeschichte sein. Ein Anwender, der eine Seniorin „versehentlich“ nach „*Menses*“ gefragt hatte, berichtete beeindruckt über die Reaktion der Patientin: „*Gut, dass Sie mich das fragen. Ich habe ja schon lange keine Periode mehr, aber jetzt kommt sie irgendwie wieder.*“ Damit lag der AGV eines möglichen Malignoms auf der Hand.

Hinter einigen wenigen Items steht als Klammerbemerkung eigens ein AGV vermerkt, der wegen seines extrem seltenen Vorkommens dadurch hervorgehoben werden soll, als Beispiel das Item „*Genuss von roher Milch (Listeriose!)*“ in der Fieber-Checkliste Nr. 1 (► Abschn. 4.1).

Die meisten Checklisten gehen zum Ende der Befragung mit einer speziellen Fragenbatterie wieder ganz auf die individuelle Welt des Patienten ein:

- „*Ängste (Furcht) vor*“
- „*Vermutete Ursache*“
- „*Selbstbehandlung/ärztliche Anbehandlung*“

Selbst mancher lang gediente Praktiker gerät immer wieder ins Staunen, welche Antworten hier kommen können. Viele Patienten haben (meist unausgesprochen) „*Angst*“ oder „*befürchten etwas Schlimmes*“; es muss ja nicht gleich „*etwas Böses*“ sein, es kann auch die „*Angst um den Arbeitsplatz*“ bei einer „*schweren Grippe*“ sein oder die „*Angst, sich angesteckt zu haben*“. Hier kann das gezielte Ansprechen des Arztes geradezu befreiend wirken.

Auch wenn die Frage „*Was vermuten Sie denn selber?*“ nicht immer gleich den Patienten anspringt, und der Arzt sich vielleicht mal eine schnippisch wirkende Antwort einfängt („*Bin jetzt ich der Arzt – oder sind Sie es?*“): Der Arzt hat jetzt jedenfalls zusammen mit der Frage nach „*Ängste (Furcht vor)*“ eine genauere Kenntnis davon, welcher Beratungsanlass (nicht: Beratungsursache!) (► Abschn. 1.6.5) seinen Patienten letztlich in die Praxis getrieben hat.

Ebenso kann die einfache Frage des Arztes: „*Haben Sie denn selber schon was dagegen gemacht?*“ Überraschendes aufdecken. Der eine hat vielleicht schon „*ein heißes Bad genommen*“, ein anderer „*beim Apotheker was geholt*“ oder wieder ein anderer sagt entwaffnend offen: „*Ehrlich gesagt, ich war schon beim Spezialisten, der hat aber auch nichts gefunden.*“

■ Objektiv

Die Spalte „**Objektiv**“ beinhaltet in der Regel

- die wichtigsten körperlichen Untersuchungen wie Blutdruck- und Pulsmessung, Herz- und Lungenauskultation, Palpation oder Gehörganginspektion;
- einige technische Untersuchungen/Analysen in der eigenen Praxis (z. B. Blutzucker, Urinstatus, EKG) sowie
- einige wenige Vorschläge für die vertiefte Diagnostik im eigenen Bereich (z. B. Sonographie) oder im Spezialbereich (z. B. Endoskopie, CT/MRT).

Die **Reihenfolge der Untersuchungen** (und Fragen) kann variiert werden. So sollte bei Kleinkindern, wenn die Gefahr besteht, dass das Kind zu schreien anfängt, wenn es den Mund zur Racheninspektion öffnen soll, und danach schwer zu beruhigen ist, möglichst bereits zu Beginn der Untersuchung der Bauch palpirt werden, z. B. während das Kind noch ruhig auf dem Arm der Mutter sitzt.

Die **rektale** und/oder **vaginale** Untersuchung wird in 29 der 92 Checklisten vorgeschlagen. Sie unterstreichen die Bedeutung dieser Untersuchung für den Allgemeinarzt, der den ganzen Menschen betreut. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Checklisten: 8, 9, 10, 19, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 64, 67, 68, 76, 77, 81, 87 und 91. Darüber hinaus wird ausschließlich die vaginale Untersuchung in den Checklisten 55, 56 und 58 empfohlen.

Für die rektale wie auch für die vaginale Untersuchung gilt (wie für andere Items auch): Der Arzt muss nicht in jedem Fall diese Untersuchung (Frage) durchführen (stellen). Er sollte den Hinweis aber als Aufforderung verstehen, sich im konkreten Fall zumindest darüber Gedanken zu machen und dies vielleicht auch dokumentieren. Wenn dringender Hilfebedarf besteht, so sollte der Patient abgegeben werden (wobei zumindest die rektale Untersuchung zum Standardrepertoire eines jeden Allgemeinarztes gehören soll).

Tritt der Fall ein, dass bei einer Erstberatung nur ein Teil der diagnostischen Schritte (z. B. Labor, EKG) in der eigenen Praxis erledigt werden kann, so überweist der Arzt bei Bedarf zur „Vertiefung der Diagnostik“ den Patienten in den ambulanten Spezialbereich, z. B. zu einer Röntgenuntersuchung, einer Koloskopie oder einem Herz-Echo. Erst bei der nächsten oder übernächsten Konsultation werden dann die Checkliste komplettiert und das endgültige BE formuliert.

- ❗ Es ist nicht immer erforderlich, bei jeder Checkliste alle Fragen („Subjektiv“) und alle diagnostischen Schritte („Objektiv“) gleich bei der Erstberatung durchzugehen.

Der erfahrene Praktiker, der mit der programmierten Diagnostik vertraut ist, darf sich **im Einzelfall Auslassungen** gestatten, wenn er das Programm abarbeitet. Der Medizinstudent im Praktikum, in der Famulatur oder im Praktischen Jahr, aber auch der **Arzt in Weiterbildung** sollte sich dagegen an die Systematik halten; langsam kommen sie dann dahin, Auslassungen zu erwägen und schließlich mit gutem Gewissen zu tätigen. Wenn der Praxisanfänger vom Programm teilweise abgeht, kann das nur einen Verzicht auf teilweise Ent-

■ **Tab. 3.4** Programme zum Beratungskomplex „Bewegungsapparat“

Programm-Nr.	Programm-Titel
6	Interkostalschmerzen
7	Thoraxschmerzen
8	Lumbalschmerzen
9	Kreuzschmerzen
10	Glutäalschmerzen
11	Arthropathie
12	Polyarthritis
13	Schulterschmerzen
15	Arthrose
16	HWS-Syndrom
17	Bandscheibenschaden
19	Ischialgie
22	Knieverletzung
79	Senkfüße

behrliches bedeuten. Es darf aber auf keinen Fall das Niveau seiner Arbeit beeinflusst werden.

i Was **entbehrlich** ist, kann dem **Praxisanfänger** erst dann klar werden, wenn er eine große Reihe unausgelesener Fälle erlebt hat (Braun 1970).

Der Abschluss der programmierten Untersuchung am Ende der Checkliste besteht

- in der **Bewertung** aller gewonnenen und erhobenen Beobachtungen und Untersuchungen, vor allem unter Berücksichtigung der wesentlichen abwendbar gefährlichen Verläufe, die im Vortext zur jeweiligen Checkliste aufgeführt sind (► Abschn. 3.3.1). Diese Übersichten sind Bestandteil der Checkliste.
- in der Formulierung eines Beratungsergebnisses (► Abschn. 1.6.6 Klassifizierung der diagnostischen Situation) und der Einleitung der entsprechenden **Maßnahmen**. Die theoretische Abfolge vom Beratungsanlass über die Beratungsursache und Bewertung zum Beratungsergebnis zur Maßnahme ist im Flussdiagramm (■ Abb. 1.2 in ► Abschn. 1.6.5) dargestellt.

3.3.3 Inhaltliche Überschneidungen

Sämtliche Programme sind aus dem Bedarf und den Anforderungen der **täglichen Praxis** heraus entstanden. Ergaben sich im Laufe der Anwenderjahre neue oder differenziertere Erfordernisse, so wurden nach einem langen Überlegungs- und Erprobungsprozess entsprechende Programme entwickelt. Durch dieses Vorgehen können sich bei bestimmten Beratungsproblemen die Programme und Checklisten in Teilen

■ **Tab. 3.5** Programme zum Beratungskomplex „Herz-Kreislauf“

Programm-Nr.	Programm-Titel
7	Thoraxschmerzen
26	Herzschmerzen
27	Polymorphe Herzbeschwerden
28	Tachykardie
30	Dyspnoe
31	Emphysem
33	Hypotonie
72	Ohnmacht

■ **Tab. 3.6** Programme zum Beratungskomplex „Bauch“

Programm-Nr.	Programm-Titel
34	Brechdurchfall
35	Erbrechen
36	Durchfall
37	Kolik
38	Oberbauchschmerzen
39	Unterbauchschmerzen
40	Bauchschmerzen
41	Obstipation
42	Blähungen

überschneiden. Dies ist beispielsweise bei Programmen der folgenden **Beratungskomplexe** (im weitesten Sinne) möglich:

- „Bewegungsapparat“ (■ Tab. 3.4)
- „Herz-Kreislauf“ (■ Tab. 3.5)
- „Bauch“ (■ Tab. 3.6)
- „Ohr“ (■ Tab. 3.7)
- „Bein“ (■ Tab. 3.8)
- „Lymphknoten“ (■ Tab. 3.9)
- „Psyche“ (■ Tab. 3.10)
- „Kopf“ (■ Tab. 3.11)

Solche möglichen Überschneidungen entsprechen der Realität des Praxisalltags mit der Unschärfe in der Symptomatologie. Der Arzt kann daher jederzeit die programmierte Diagnostik abbrechen und auf ein anderes Programm umschwenken. Dies sollte in der **Dokumentation** festgehalten werden.

i Die **Checklisten** einzelner Programme lassen sich **kombinieren**.

■ **Tabula diagnostica für Keine-Ahnung-Fälle**

Gemeinsam ist vielen Programmen, dass sie in besonders uncharakteristischen Situationen abgebrochen werden können (sollten!), um dann die programmierte Diagnostik mit der

- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)

3.4 • Mit welchem Zeitbedarf rechnen?

■ Tab. 3.7 Programme zum Beratungskomplex „Ohr“

Programm-Nr.	Programm-Titel
24	Schwindel
49	Ohrenschmerzen
50	Ohrengeräusche
63	M. Menière
86	Hörverlust

■ Tab. 3.8 Programme zum Beratungskomplex „Bein“

Programm-Nr.	Programmtitel
29	Beinödeme
75	Claudicatio intermittens
76	Phlebothrombose
80	Muskelkrämpfe
88	Beinschwellung

■ Tab. 3.9 Programme zum Beratungskomplex „Lymphknoten“

Programm-Nr.	Programmtitel
21	Lymphadenitis
77	Lymphdrüsenvergrößerung

■ Tab. 3.10 Programme zum Beratungskomplex „Psyche“

Programm-Nr.	Programmtitel
24	Schwindel
27	Polymorphe Herzbeschwerden
60	Depression
61	Nervosität
66	Psychosoziale Genese
70	Kopfschmerzen
71	Schlaflosigkeit
83	Müdigkeit
87	Sexuelle Problematik
92	Essstörungen

■ Tab. 3.11 Programme zum Beratungskomplex „Kopf“

Programm-Nr.	Programmtitel
70	Kopfschmerzen
73	Anfälle
74	Demenz
85	Schlaganfall
91	Schädelprellung

fortzusetzen, die Braun einmal das „Keine-Ahnung-Programm“ nannte. Darunter fallen auch jene vielfältigen Beratungsursachen, die primär durch **diffuse Muskelschmerzen** gekennzeichnet sind („*Alles tut weh*“, „*Ich weiß gar nicht, wo das so richtig weh tut*“) und bei denen ein **primärer AGV** (z. B. **Malignom, Polymyalgia rheumatica**) ausgeschlossen wird oder sich die Diagnostik schließlich auf ein anderes Leiden fokussiert (z. B. **Fibromyalgie**). Gerade die Tabula diagnostica bietet sich für die **Verlaufsdokumentation** des Falles an.

■ Myalgie und sonst nichts

Lokale Muskelschmerzen (Myalgien; A/B) kann der Patient in der Regel mit der Hand lokalisieren; sie weisen weder Zeichen einer Nervenirritation noch Allgemeinerscheinungen auf und betreffen in der Mehrzahl die Stammmuskulatur (zervikal, thorakal, lumbal, gluteal, seltener die Extremitätenmuskulatur). Entsprechend bietet sich im Einzelfall die programmierte Diagnostik mit den Checklisten zum Beratungskomplex „Bewegungsapparat“ an (■ Tab. 3.4).

3.4 Mit welchem Zeitbedarf rechnen?

Die programmierte Diagnostik hält einen gewissenhaft vorgehenden Allgemeinarzt nach kurzer Einarbeitung kaum länger auf, als für eine routinemäßige intuitive Konsultation nötig ist.

Für die programmierte Diagnostik mit dem Fieber-Programm (Checkliste Nr. 1) bei überwiegender Versorgung von

Kindern und Jugendlichen errechnete H. S. Chung einen **Zeitbedarf** von durchschnittlich 4,5 min, wobei für die komplette programmierte Befragung rund 2 min und für den Untersuchungsgang selbst 2,5 min angegeben werden. Chung war zum Zeitpunkt der Untersuchung erst vier Jahre lang niedergelassen; Braun, der damals auf eine jahrzehntelange Praxiserfahrung zurückblickte, berichtet von einer 3,5-minütigen Gesamtkontaktzeit je programmiertem Untersuchungsfall mittels Checkliste Nr. 1 (Chung 1986). Die Differenz zu den Beratungsspannen von Chung dürfte auch auf die größere Erfahrung mit der programmierten Diagnostik bei Braun zurückzuführen sein.

Polnische Ärzte, die ohne besondere Anleitung mit den Checklisten Nr. 25 „**Hypertonie**“ und 26 „**Herzschmerz**“ gearbeitet hatten, benötigten in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung anfangs 10 bis maximal 20 min je Patient. So kamen die Autoren zur Einschätzung, dass die Untersuchung mit Hilfe von Checklisten im Vergleich zur traditionellen Vorgehensweise etwas zeitraubender sei (Matlak 1984). Zu bedenken ist allerdings, dass in diesen beiden Programmen allein die in dieser Studie obligate EKG-Untersuchung einen relativ hohen Zeitaufwand bedingt hatte.

Viele Kritiker befürchten, sie hätten keine Zeit für den Einsatz der diagnostischen Programme. Tatsächlich aber war der „Zeitfaktor“ während einer Ein-Jahres-Erhebung in einer österreichischen Landpraxis nur in 5 % der Grund für einen Verzicht auf dieses standardisierte Vorgehen. Wer noch niemals mit diagnostischen Programmen gearbeitet hatte, wird

sich allerdings von vornherein auf einen etwas größeren Zeitbedarf während der Einarbeitungsphase einstellen müssen (Fink und Mader 1998).

3

3.5 Wann anwenden?

Die programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin ist ursprünglich für den Umgang mit scheinbar **banalen Beratungsursachen**, also Durchschnittsfällen, geschaffen worden. Ob jedoch ein Fall „banal“ ist, lässt sich immer erst im Nachhinein beurteilen (► Abschn. 1.6.9).

Bei einigen Programmen liegt die offensichtliche **Dringlichkeit** auf der Hand (z. B. Nr. 5 „Pseudokrupp“, Nr. 73 „Synkope“, Nr. 85 „Schlaganfall“ oder Nr. 92 „Suizidalität“). Einige Programme werden für bestimmte **komplexe Beratungsprobleme** empfohlen (z. B. Nr. 84 „Familiäre Problematik“, Nr. 87 „Sexualität“, Nr. 88 „Geriatric“).

Die ■ Tab. 3.12 fasst die Checklisten 1 bis 92 nach bestimmten **Charakteristika** zusammen; dabei geht das jeweilige Programm von der Beratungsursache (BU) aus oder von einer typisch allgemeinärztlichen Beratungssituation.

■ Uncharakteristische Symptome

Checklisten-Nrn.: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 59, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 80, 81, 83, 85, 86, 88

■ Bilder von Krankheiten

Checklisten-Nrn.: 5, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 31, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 74, 75, 76, 78, 79, 90

■ Sonstige typische allgemeinärztliche Beratungssituationen

Checklisten-Nrn.: 25, 55, 56, 66, 68, 82, 84, 87, 88, 91, 92

Nach ihrer **Untersuchungsrichtung** und ihren **Inhalten** lassen sich folgende Arten von Checklisten unterscheiden:

1. Programme für die fundierte, direkte Zuordnung eines Falles zum Bild einer Krankheit (z. B. Nr. 14 „Bild einer Harnsäuregicht“).
2. Programmierte Diagnostik aufgrund eines einzigen charakteristischen Krankheitszeichens (z. B. Nr. 20 „Bild eines Angulus infectiosus“).
3. Programmierte Diagnostik aufgrund mehrerer gleichrangiger uncharakteristischer Krankheitszeichen (z. B. Nr. 83 „Müdigkeit“).
4. Programme für eine begrenzte Allgemeinuntersuchung aufgrund eines einzelnen uncharakteristischen Krankheitszeichens (z. B. Nr. 2 „Uncharakteristischer Husten“).
5. Programme für eine begrenzte Allgemeinuntersuchung aufgrund mehrerer gleichrangiger uncharakteristischer Krankheitszeichen (z. B. Nr. 1 „Uncharakteristisches Fieber“).
6. Programm für eine schwerpunktlose Allgemeinuntersuchung aufgrund uncharakteristischer, nicht zu einem bestimmten Krankheitsbild passender, diverser allgemei-

■ Tab. 3.12 Zusammenstellung der diagnostischen Programme, deren Einsatz als besonders dringend empfohlen wird

Nr.	Kurztitel des Programms
1	Fieber
2	Husten
5	Pseudokrupp
9	Kreuzschmerz
24	Schwindel
25	Hypertonie
26	Herzschmerz
32	Blutspucken
35	Erbrechen
36	Durchfall
37	Kolik
38	Oberbauchschmerz
39	Unterbauchschmerz
40	Bauchschmerz
41	Obstipation
67	Tabula diagnostica
70	Kopfschmerz
72	Ohnmacht
73	Anfall

ner und örtlicher Symptome (Nr. 67 „Völlig uncharakteristische Symptomatik/Tabula diagnostica“).

7. Programme für den vermutlich typischen Fall einer bestimmten Krankheit (z. B. Nr. 63 „M. Menière“, Nr. 64 „Multiple Sklerose“).
8. Programme für eher dringliche Situationen (z. B. Nr. 85 „Schlaganfall“, Nr. 92 „Suizidalität“).
9. Programm für eher intimen Gesprächsbedarf (Nr. 87 „Sexualität“).
10. Programme für eine hausärztliche Funktion (z. B. Nr. 84 „Familiäre Problematik“, Nr. 88 „Geriatric“).

❗ Als Regel kann gelten, dass bei uncharakteristischer Symptomatik der Einsatz einer Checkliste nicht zur Aufdeckung charakteristischer Krankheitszeichen führt.

Auch eine **programmierte Untersuchung mittels EDV** (► Abschn. 3.6.2) mit noch so zahlreichen Stichwörtern würde nicht viel öfter zu einer exakten Diagnose führen – wie es sich der Anfänger verständlicherweise wünscht, abgesehen davon, dass solche aufwändigen Beratungen nicht den Bedürfnissen der Praxis entsprechen und letztlich auch nicht finanzierbar sind.

Die diagnostischen Programme sind ein spezifisches Werkzeug für den Allgemeinarzt in der Ausübung seiner **Funktion**.

i Die Checklisten sind **nicht** für die Anwendung durch **Spezialisten** vorgesehen, die ihre eigenen Vorgehensweisen haben.

Eine Anwendung könnte jedoch für die Ärzte dieser Berufsgruppen in Frage kommen, wenn sie sich als Allgemeinärzte betätigen (beispielsweise im **Notfalldienst**) und mit den unausgelesenen Fällen konfrontiert werden.

3.6 Wie dokumentieren?

Bei der allgemeinmedizinischen programmierten Diagnostik wird gleichzeitig auch dokumentiert; **Diagnostik** und **Dokumentation** erfolgen also in einem einzigen Arbeitsgang.

Die diagnostischen Programme erfordern keine wesentliche Veränderung der Dokumentation der Krankheitsgeschichte, vielleicht nur einen entsprechenden Hinweis auf das genutzte Programm in der laufenden Patientenakte.

i Das Problem der Praxisdokumentation ist nicht, wie man möglichst viel, sondern wie man möglichst wenig, konzentriert und fallbezogen speichert.

Umfangreiche Arbeiten in den 1950er Jahren zeigten, dass die Praktiker im Laufe der Berufsausübung immer weniger dokumentierten, obwohl im Laufe der Zeit ihrer Niederlassung die Zeitspanne für einen Beratungskontakt nicht kürzer wurde. Heute sind die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation durch eine gewachsene Rechtsprechung weitgehend unstrittig (vgl. „Dokumentation und rechtliche Absicherung“, ► Abschn. 1.7). In diesem Zusammenhang wurde auch die Anwendung diagnostischer Programme bei bestimmten Beratungsursachen durch die Gerichte als ein **Dokumentationsoptimum** herausgestellt.

Im Buchdruck können bei einzelnen Checklisten die manchmal unterschiedlich großen Zeilenabstände irritieren. Dies ist technisch bedingt und hängt mit der synchronen Formatierung der beschreibbaren elektronischen Version zusammen.

3.6.1 Handschriftliche Dokumentation

Die **handschriftliche** Erfassung ärztlicher Befunde ist heute in aller Regel die Ausnahme. Dennoch lässt sich an die eine oder andere Situation denken, wo zur handschriftlichen Dokumentation gegriffen wird und zumindest stichwortartig die wichtigsten Beobachtungen und Befunde notiert und später in der Praxissoftware nachgetragen werden (z. B. bei **Hausbesuchen** oder **Visiten** im Heim).

Auch für diese Form der Dokumentation sind die Checklisten geeignet, indem sich der Anwender das betreffende Programm **ausdruckt**. Für die zügige und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation können bestimmte Kürzel verwendet werden (z. B. +/-). In Stenogrammform trägt der Arzt die Beobachtungen bzw. erfragten Patientenantworten ein. Einige

Tab. 3.13 Beispiel für einfache Ideogramme zur Dokumentation auf dem Programmblatt^a

+	Für „ja“
○	Für „nein“
⊗	Für „Frage nicht gestellt“ bzw. „Untersuchung nicht vorgenommen“
⊥	Für „normal“
n. a.	Für „nichts aufgefallen“
>	Für „zunehmend“ bzw. „stärker werdend“
<	Für „abnehmend“ bzw. „schwächer werdend“
=	Für „gleichbleibend“
?	Für „unklarer Befund“ und „unklare Antwort“

^aIdeogramm: Schriftzeichen, das für einen Begriff steht

Symbole (■ Tab. 3.13) haben sich bewährt und sollten von Ärzten, die (noch oder gelegentlich) in Papierform arbeiten, verwendet werden.

Die allgemeinmedizinisch-fachsprachliche Abkürzung „n. a.“ („nichts aufgefallen“) ist der im Klinikerjargon üblichen Formulierung „o. B.“ („ohne pathologischen Befund“ bzw. „ohne Besonderheiten“) vorzuziehen: Welcher Allgemeinarzt vermag sich darauf festzulegen, dass bei seiner raschen Untersuchung tatsächlich keinerlei (!) abnormer Befund vorgelegen hatte?

Bei der Beantwortung offener Fragen wird der Anwender mit Symbolen allein nicht auskommen, daher können (manchmal sollten unbedingt!) stichwortartige Informationen als **Langtext** in der laufenden Patientenkartei notiert werden.

Die Kopie des ausgefüllten Programmvordrucks stellt eine wertvolle zusätzliche Quelle der Information für den **Spezialisten im Überweisungsfall** (insbesondere im Notfall) dar, auch bei gleichzeitiger elektronischer Datenübermittlung. Dieses Vorgehen hat sich besonders bei stationärer Einweisung bewährt. Der Verfasser erinnert sich an manche Anrufe von erstaunten Klinikern bei ihm in der Praxis, die sich für diese strukturierten Infos bedankten.

Einige Anwender berichten auch, dass sie bei **Hausbesuchen** zumindest die folgenden fünf **Checklisten** im Papierausdruck mitführen:

- Nr. 1 (Fieber)
- Nr. 26 (Herzschmerz)
- Nr. 40 (Bauchschmerz)
- Nr. 85 (Schlaganfall)
- Nr. 88 (Geriatric)

3.6.2 EDV-gestützte Dokumentation

Die „**elektronische Karteikarte**“ als Abrechnungs- und Dokumentationsmittel ist heute Standard in nahezu jeder Hausarztpraxis. Dennoch bleibt das Problem der **Datenfülle** und die notwendige **Konzentration auf das Wesentliche** grund-

sätzlich dasselbe für den Doktor mit High-End-Technik wie für den Arzt, der mit Papier und Karteikarte arbeitet. Gerade heute verfügen die Ärzte in der täglichen Sprechstunde über Informationen mit einer Datenfülle, wie sie vor Jahrzehnten kaum vorstellbar waren.

Die programmierte Diagnostik ist von ihrem gesamten Aufbau hervorragend geeignet als ein zusätzlicher Baustein in einem **EDV-gestützten Praxis- und Verwaltungssystem**: Der Ablauf einer programmierten Untersuchung unterscheidet sich durch nichts von einer „konventionellen“ Bearbeitung mittels handschriftlicher Dokumentation auf Papier.

Die 6. Auflage dieses Buches wird neben der Printausgabe zugleich mit einem Code für das **E-Book** ausgeliefert. Damit lässt sich im Praxisalltag die entsprechende Checkliste am Bildschirm aufrufen, im Patienten-Arzt-Gespräch durchgehen und unverzüglich ausfüllen; dazu gibt es für den Arzt per Doppelklick mit der linken Maustaste zwei Möglichkeiten:

- Direkte Markierung der entsprechenden Items.
- Ausfüllen der Leerfelder mit frei formuliertem Langtext.

Beide Möglichkeiten lassen sich selbstverständlich kombinieren. Abschließend wird die ausgefüllte Checkliste als **PDF** in der betreffenden Patientenakte auf der Festplatte des Praxisrechners abgespeichert. In dieser Form lässt sich die Dokumentation rasch aufrufen, sortieren und auswerten sowie bei Bedarf ausdrucken. Beim **Papierausdruck** der abgespeicherten Checkliste können sich jedoch einige (längere) individuelle Notizen in der Druckversion nicht mehr wiederfinden. Die Informationen bleiben jedoch in den Daten der PDF-Datei erhalten.

Für besonders **sensible Situationen** im Patienten-Arzt-Gespräch kann es vorteilhaft sein, wenn der Arzt nicht laufend auf seinen Bildschirm mit der Checkliste fixiert ist, sondern bewusst ein Setting wählt, wo er dem Patienten zugewandt gegenübersteht. Gerade für solche Gesprächssituationen, wo das „In-den-Bildschirm-Gucken“ nur störend wirkt, hat sich der Papierausdruck bestimmter Checklisten bewährt, der dann nach Gesprächsende in die Patientenakte eingescannt wird. Denkbar sind solche auf Vorrat ausgedruckte Checklisten wie beispielsweise:

- Nr. 60 (Depression)
- Nr. 61 (Nervöse Erschöpfung)
- Nr. 66 (Psychosoziale Genese)
- Nr. 84 (Familienproblematik)
- Nr. 87 (Sexualität)
- Nr. 91 (Essstörungen)
- Nr. 92 (Suizidalität)

3.7 Was sagt der Patient dazu?

Manche Praxisanfänger haben vielleicht Angst davor, wenn sie bei der Befragung ihres Patienten auf den Bildschirm fixiert sind, oder finden es gar peinlich, beispielsweise beim Hausbesuch einen Vordruck aus der Mappe zu nehmen.

In Wirklichkeit schätzen die Patienten einen **Arzt**, der sie so umfassend und ausgewogen befragt, als besonders tüchtig

ein. **Medizinstudenten**, die einen Patienten programmiert untersuchen, werden als sorgfältig arbeitend wahrgenommen, wie sie es eben von der „Hochschule gewöhnt sind“. Jahrzehntelange Erfahrungen haben das immer wieder bestätigt. Auch für den „Profi“ hat es sich bewährt, nach der Begrüßung des Patienten und den allerersten Sätzen, was ihn denn zum Arzt führe („Beratungsanlass“), in die erforderliche programmierte Diagnostik etwa so einzusteigen:

» „Das hört sich ja nicht so schlimm an – aber ich würde Sie jetzt gerne mal etwas systematischer fragen ...“

oder

» „Da kommt bei Ihnen viel zusammen – ich frage Sie jetzt mal systematisch, damit ich ja nichts Schlimmes übersehe ...“

Längst ist der Patient an den Einsatz von **Checklisten im täglichen Leben** gewöhnt (z. B. Untersuchungen zu Vorsorge und Früherkennung, für Feuerwehr und Katastrophendienste, Tauchsport, Krankenkassen, Versicherungsträger oder durch den vom Betroffenen im Wartezimmer selbst auszufüllenden Anamnesebogen mancher Spezialisten). Auffallend häufig berichten Patienten übrigens, dass sie sich gerade bei Jungärzten in der Weiterbildung durch die programmierte Untersuchung besonders gut aufgehoben und betreut gefühlt haben.

Die Angst, sich zu „blamieren“, ist also völlig überflüssig! Die diagnostischen Programme sind nämlich aus der **Praxisrealität** hervorgegangen; sie haben auch eine Aktivierung des Patienten zur Folge:

Bei nahezu allen Checklisten fällt beispielsweise die Frage auf, ob der Kranke sich über die Ursache seiner Erkrankung bereits Gedanken gemacht habe („**vermutete Ursache**“) (► Abschn. 3.3.2). Dies ist für manche Patienten eine etwas eigenartige Frage, weil der Betroffene meist der Ansicht ist, dass der Arzt selbst am besten über seine Erkrankung Bescheid wissen müsse, denn er habe ja den Doktor deswegen eigens konsultiert. Der Arzt kann jedoch antworten, dass sich immer wieder gerade durch solche Fragen Hinweise auf die Art der Erkrankung ergeben hätten, wodurch man letztlich rascher zu einem Beratungsergebnis komme.

Überdies deutet der Arzt dem Patienten an, dass er nicht die ganze Verantwortung für den Kranken übernehmen kann, sondern dass eine **Teilung der Verantwortung** zwischen Arzt und Patient nötig ist. Ein solches partnerschaftliches Verhalten ist auch für den weiteren Verlauf der gesamten Erkrankung von Bedeutung; dem Patienten wird nämlich klargemacht, dass er selbst Verantwortung tragen muss und der Arzt nicht alles auf sich nehmen kann (**Fallbeispiel: Angst, es könnte etwas mit dem Herzen sein**).

Fallbeispiel: Angst, es könnte etwas mit dem Herzen sein

Der 63-jährige, übergewichtige, pensionierte Eisenbahner ist mir seit Jahren gut bekannt, wenngleich die Compliance bezüglich einer antihypertensiven Therapie sehr zu wünschen übrig lässt. Obwohl er – wie übrigens seine Frau auch – ein ängstlicher, wahrscheinlich „neurotischer“ Patient ist, sehe ich ihn nur ein paar Mal im Jahr. Nun kommt er nach Monaten wieder einmal in die Sprechstunde und klagt über Druckgefühl in der Herzgegend. Er und seine Familie haben „Angst“, es könnte „etwas mit dem Herzen sein“. Vor drei Jahren veranlasste ich wegen ähnlicher Beschwerden eine Herzuntersuchung bei einem Spezialisten, die außer den bekannten Risikofaktoren keinen Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit ergeben hatte.

Auf diese alten negativen Befunde will ich mich nun nicht verlassen. Obwohl der Patient nicht ernsthaft erkrankt aussieht, verwende ich zur Sicherheit das Programm

Nr. 26 „Herzschmerzen“. Die programmierte Erhebung konnte eine KHK nicht ausschließen, ebenso wenig das EKG, aber besorgniserregend waren beide nicht. Durch die ausführliche Befragung konnte sich der Patient jedoch ausreichend Luft machen, was die starke psychische Belastung durch einen gerichtlichen Streit mit dem Nachbarn über Grundstücksgrenzen betraf. Wir vereinbarten eine Laborkontrolle in den nächsten Tagen. Die Werte interessierten den Patienten. Ich versuchte, ihn zu motivieren und die Medikamente gegen den hohen Blutdruck zu nehmen. Die von mir vorgeschlagene Ergometrie und Echokardiographie hat er bis jetzt nicht wahrgenommen.

Kommentar

Für den Brustbereich stehen neben der Checkliste Nr. 26 „Uncharakteristische Schmerzen in der Herzregion“ noch verschiedene andere Programme zur

Auswahl (Nr. 6 „Interkostalschmerzen“, Nr. 7 „Thoraxschmerzen“ oder Nr. 27 „Polymorphe Herzbeschwerden“). Wenn nun bereits bei lehrbuchmäßig präsentierten Beschwerden (vgl. die englische Schauspielerin mit vorgespielter Angina pectoris – ■ Tab. 1.2 in ► Abschn. 1.6.3) die Unterschiede im Vorgehen der Ärzte beträchtlich sind, wie sehr dann erst bei uncharakteristischen Angaben! Der Fall der Kollegin hat gezeigt, dass sie bei Verwendung der Checkliste Nr. 26 keine der wichtigen Fragen vergessen hatte und damit über eine gute Dokumentation verfügte.

Stichwörter

- Behandlungspflichtige Hypertonie, Druckgefühl in der Herzgegend
- Mangelhafte Compliance
- Checkliste Nr. 26 (Herzschmerzen-Programm)
- Neu: starke psychische Belastung

3.8 Zusammenfassung für Eilige

1. Die programmierte Diagnostik nach Braun ist das erste für die tägliche Allgemeinpraxis wissenschaftlich entwickelte Werkzeug, welches die **Anamnestik** und **Diagnostik** verbessert. Es hat sich seit über vier Jahrzehnten bewährt und wird laufend fortentwickelt.
2. Die programmierte Diagnostik wurde ursprünglich geschaffen für **Allgemeinärzte** und **Hausarztinternisten**. Sie empfiehlt sich auch in der Aus- und Weiterbildung für Medizinstudenten und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW).
3. Es gibt 92 diagnostische Programme. Lesen Sie zunächst die alphabetisch geordneten **Kurztitel** der Checklisten (■ Tab. 3.2) und versuchen Sie, sich möglichst viele **Programmtitel** einzuprägen.
4. Lesen Sie jetzt die **Langfassung** der Programme in ihrer numerischen Reihenfolge von 1 bis 92 (■ Tab. 3.3) und versuchen Sie, sich mit der ausführlichen Beschreibung des Programminhalts auseinanderzusetzen. Dieser formuliert präzise das Einsatzziel der betreffenden Checkliste.
5. Verschaffen sich einen **Überblick** über die Programme 1 bis 92 nach bestimmten **Charakteristika**.
6. Sie müssen nicht bei allen 92 Beratungsproblemen, die Ihnen in Ihrer Praxis begegnen, grundsätzlich programmiert vorgehen. Bei zumindest 29 Checklisten raten wir Ihnen den Einsatz **besonders dringend** an (■ Tab. 3.2).
7. Sämtliche Programme gehen von einer konkreten Beratungsursache (BU) aus, weswegen der Patient seinen Arzt konsultiert, und münden in ein Beratungsergebnis (BE). Das Beratungsergebnis kann in Einzelfällen, wenn es die Dringlichkeit nicht verbietet, in zwei oder mehreren Sitzungen erarbeitet werden. Im Allgemeinen sollte es jedoch nach jedem Erstkontakt zur **Formulierung eines Beratungsergebnisses** und zur **Klassifizierung** der diagnostischen Situation (A/B/C/D) kommen (■ Abb. 1.2).
8. Jedes diagnostische Programm setzt sich zusammen aus einem einführenden **Vortext** (► Abschn. 3.3.1) und der eigentlichen **Checkliste** (► Abschn. 3.3.2). Die Kenntnis des Vortextes mit der jeweiligen **Übersicht** über die wesentlichen abwendbar gefährlichen Verläufe und ähnliche Beschwerdebilder ist **Voraussetzung** für den sinnvollen Umgang mit der betreffenden Checkliste.
9. Die programmierte Diagnostik fokussiert auf die wichtigsten **abwendbar gefährlichen Verläufe** (AGV) (► Abschn. 1.6.8).
10. Jedes Programm gliedert sich systematisch in „**Subjektiv**“ (Fragen und Beobachtungen des Arztes bzw. Klagen des Patienten) und „**Objektiv**“ (Angebot für physikalische, funktionelle und apparative Diagnostik in der eigenen Praxis bzw. auf Veranlassung des Untersuchers im spezialistischen Bereich).
11. Die Programme brauchen nicht in jedem Fall in der **vorgegebenen Reihenfolge** abgefragt werden. Sie können abgebrochen und später fortgesetzt werden. Oder der Anwender kann auf ein anderes Programm umsteigen.
12. Der **Zeitbedarf** für die programmierte Diagnostik ist in der Regel nicht unwesentlich größer als für die intuitive Diagnostik (► Abschn. 3.4). Der Anwender kann jedoch sicher sein, nichts Wesentliches vergessen zu haben, zu fragen, zu untersuchen und zu bedenken.
13. Die Checklisten sind als **elektronische Version** in Form einer **PDF-Datei** (► Abschn. 3.6.2) angelegt; sie lassen sich aber auch als **Papierausdruck** zur handschriftlichen Dokumentation (► Abschn. 3.6.1) einsetzen.

14. Wer programmiert arbeitet, entspricht den Forderungen nach **Dokumentation** und **rechtlicher Absicherung** (► Abschn. 1.7).
15. Die programmierte Diagnostik **optimiert** den kompletten Untersuchungsgang einschließlich der Dokumentation. Es ist nicht ihre Aufgabe, Punktwerte nach Art eines Scores zu ermitteln, die sich aus den Antworten zu den einzelnen Fragen zusammensetzen, um dadurch einen numerischen Index zu besitzen, mit dem sich das Vorliegen bzw. der Schweregrad einer Erkrankung messen ließe. Die programmierte Diagnostik ist also kein Mittel, um häufiger Diagnosen zu stellen.
16. Als Faustregel kann gelten, dass bei **uncharakteristischer** Symptomatik der Einsatz einer Checkliste meist nicht zur Aufdeckung charakteristischer Krankheitszeichen führt. Die meisten Fälle bleiben also weiterhin uncharakteristisch. Durch die programmierte Diagnostik wird jedoch das Risiko vermindert, etwas **Wichtiges unaufgedeckt** zu lassen.
17. Die programmierte Diagnostik führt nicht automatisch zu einer exakten Diagnose. Der Arzt darf jedoch **beruhigt** sein, auf diese Weise nichts für ihn Machbares unterlassen zu haben.
18. Wer mit der programmierten Diagnostik nicht zurechtkommt, sollte ► Abschn. 2.5 lesen („**Hemmnisse** und **Motivation** der programmierten Diagnostik“) oder vielleicht noch einmal das gesamte Buch in einer ruhigen Stunde zur Hand nehmen.

Literatur

- Braun RN (1970) Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban & Schwarzenberg. München Berlin Wien
- Chung HS (1986) Wie viel Zeit erfordert die Programmierte Diagnostik in der Allgemeinpraxis beim Fieberfall? Allgemeinarzt 8:480–484
- Fink W, Mader FH (1998) Diagnostische Programme nach R. N. Braun: Was hindert den Allgemeinarzt, programmiert zu untersuchen? Ergebnisse einer Ein-Jahres-Untersuchung zur Indikation, Akzeptanz und Unterlassung des Einsatzes von Diagnostischen Programmen. Z Ärztl Fortbild Quallsich 92:263–268
- Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D (2010) Braun Kasugraphie. (K)ein Fall wie der andere. Verlag Berger, Horn
- Landolt-Theus P, Danninger H, Braun RN (1992) Kasugraphie. Benennung der regelmäßig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis. Verlag Kirchheim, Mainz
- Matlak J (1984) Zestawu programów diagnostycznych do pracy w lecznictwie podstawowym. Medycyna Wieyska 19/4:220–231

Die Programme mit Vortext und Checkliste

Frank H. Mader

- 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/Hämoptye, 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 (Otalgie) – 162
- 4.50 Ohrgeräusche – Uncharakteristische Ohrgeräusche (Tinnitus) – 164
- 4.51 Stomatitis – Uncharakteristische Stomatitis – 166
- 4.52 Zungenbrennen – Uncharakteristisches Zungenbrennen (Glossodyn timer) – 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 Geriatrie – Hausärztliche Geriatrie – 260
- 4.89 Augen – Uncharakteristische Augenbeschwerden – 263
- 4.90 Kopfprellung – Bild eines Schädel-Hirn-Traumas – 265
- 4.91 Essstörung – Bild einer Essstörung – 268
- 4.92 Suizidalität – Bild eines suizidalen Verhaltens – 271
- Literatur – 273

Spezifische diagnostische Programme für die Allgemeinmedizin können nicht nach den klassischen klinischen Krankheiten gruppiert werden. Sie dienen dem Allgemeinarzt als **Hilfsmittel** auf dem diagnostischen Weg von der Beratungsursache (BU) zum Beratungsergebnis (BE) (► Abschn. 1.6.5).

- Die **Beratungsursache** ist der Ersteindruck des Arztes aufgrund von Patientenangaben und Befund.
- Das **Beratungsergebnis** ist die Bewertung, Benennung und Dokumentation der Erkenntnisse am Ende der Konsultation („Beratung“).

■ Aufbau und inhaltliche Zuordnung

Die nachfolgenden ► Abschn. 4.1–4.82 der diagnostischen Programme mit Vortext und den eigentlichen Checklisten orientieren sich in Aufbau und inhaltlicher Zuordnung aus berufstheoretischen Gründen an Prinzip und Systematik der von Robert N. Braun in den 1960er Jahren entwickelten **zweidimensionalen Systematik** mit ihrer zwölfteiligen Gliederung („Fenster“) (Braun et al. 1964). Diese 12 Fenster basieren auf der diagnostischen und therapeutischen Zusammengehörigkeit der einschlägigen Vorkommnisse (Mader und Riedl 2018).

Die **numerische Reihenfolge** der Programme Nr. 1 bis Nr. 82 wurde aus der 2. Auflage von 1990 übernommen und auch in der 6. Auflage von 2019 konsequent weitergeführt. Die in der jüngsten Auflage 10 neu eingeführten Programme der Nummern 83 bis 92 (entsprechend ► Abschn. 4.83–4.92) wurden ohne Anspruch auf inhaltliche Zuordnung den bisherigen Programmen numerisch angefügt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Benutzer von Checklisten früherer Ausgaben, beispielsweise zu Vergleichszwecken, mit derselben (alten) Programmnummer weiterarbeiten können.

4.1 Fieber – Uncharakteristisches Fieber (UF) – Afebrile Allgemeinreaktion (AFAR)

Frank H. Mader

Die Begriffe „Uncharakteristisches Fieber“ (UF) und „Afebrile Allgemeinreaktion“ (AFAR) als Bezeichnung für die fieberfreie Variante wurden 1976 von R. N. Braun in die allgemeinmedizinische Fachsprache eingeführt. Vorausgegangen waren jahrelange berufstheoretische Überlegungen „zu einer lehrbaren Diagnostik beim leichtkranken, unklar fiebernden Patienten“ (Braun et al. 1964). Das Adjektiv „uncharakteristisch“ drückt aus, dass zum Zeitpunkt der Konsultation weder die Patientenangaben noch die Untersuchung eine diagnostische Zuordnung ermöglicht hatten.

Die Patienten geben meist an, sie hätten eine *Grippe*, sich *verköhlt*, hätten *Fieber* mit oder ohne *Gliederschmerzen* oder fühlten sich einfach nur *matt*. Ein Teil der Kranken ist bettlägerig. Manche kommen in die Sprechstunde, andere lassen sich in die Praxis bringen, wenn der Arzt das vorschlägt.

Die gemessenen **Temperaturerhöhungen** hängen von verschiedenen Faktoren ab, z. B. Messtechnik, Messort (rektal/

axillar/Ohr), Tagesperiodik, Lebensalter, Individuum. Werte < 38,5 °C werden im Allgemeinen als **subfebril** bezeichnet, > 38,5 °C als Fieber. Bei 39,5 bis 40,5 °C spricht man von **hohem Fieber** und bei > 40,5 °C von **sehr hohem Fieber** (Riedl und Peter 2017).

Bei **AFAR** können die gleichen Symptome auftreten wie bei UF, die Körpertemperatur liegt jedoch < 37,5 °C.

Fieber als Symptom (A) ist etwa bei jedem 8. Praxisfall vorhanden, vorhanden gewesen oder im Anzug. Ein Allgemeinarzt mit einer Klientel von rund 2500 Versicherten sieht davon etwa 300 Fälle jährlich. Im Jahresdurchschnitt geht es um jeden 10. bis 20. neuen Fall.

i UF und AFAR betreffen das häufigste Problem in der Allgemeinpraxis und damit in der Medizin überhaupt.

Die Entwicklung des Fieber-Programms geht bis in die frühen 1960er Jahre zurück. Es war das erste spezifisch allgemeinärztliche Programm für ein bestimmtes **Leitsymptom** mit dem Ziel, das Schicksal des Patienten nicht mehr davon abhängig zu machen, ob dem Arzt eine wichtige Frage gerade einfällt oder nicht. Die

■ Checkliste Nr. 1

für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten (afebrile Allgemeinreaktion) ist ein über die Jahrzehnte hinweg fortlaufend weiterentwickeltes und bewährtes Instrument. Bei einem **leicht Kranken** lassen sich damit vielfältige allgemeine Symptome wie Abgeschlagenheit oder Schweiß neben örtlichen Symptomen wie Halsschmerzen, Husten, Kopf- oder Brustschmerzen erfassen.

Bedeutsam gerade beim Fieber-Programm ist der **erste Eindruck** des Arztes, ob der Patient *schwerkrank* wirkt oder nicht. Ein mäßig fiebernder, aber matt, mit gelblicher Gesichtsfarbe im Bett liegender **älterer Patient** muss ganz anders beurteilt werden als ein bei 40 Grad Fieber relativ munter wirkendes **Kind**.

Fieberhafte Erkrankungen sind definitionsgemäß nicht mehr „uncharakteristisch“, wenn sich **charakteristische Symptome** bei der Untersuchung ergeben; dies trifft in einem von vier Fieberfällen zu (z. B. bei **Erysipel**, **Tonsillitis**, **Zystopyelitis** bei Dauerkatheter, nach **Impfungen**).

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

i **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.

Bei gerötetem Trommelfell (**Myringitis**) empfiehlt sich ebenfalls die Checkliste Nr. 1. Dieses Symptom kann ebenso gut von einer bakteriellen lokalen wie von einer viralen Allgemeinerkrankung herrühren.

An die 200 Virusarten können **grippeähnliche Symptome** verursachen. In der Literatur werden weitere mögliche Auslöser beschrieben, z. B. durch **Listerien** nach Genuss von roher Milch, durch Federn- und Kotstaub von Vögeln („**Vogelhalterlunge**“), durch *Bartonella henselae* („**Katzengratzkrankheit**“), durch **Hantaviren** oder **Leptospiren** über Mäusekot/-urin.

In den meisten Fällen lassen sich die Erreger nicht nachweisen, vielfach ist dies auch nicht erforderlich, da es sich häufig um selbst limitierende Erkrankungen handelt. Die programmierte Untersuchung lenkt jedoch die Aufmerksamkeit von Patient und Arzt in vielfältige Richtungen.

Ein deutlicher Hinweis auf **FSME-Infektion** können unspezifische Krankheitssymptome wie Fieber, Glieder- und Kopfschmerzen in der ersten Phase des biphasischen Krankheitsverlaufs sein. Inkubationszeit 3 Tage bis 3 Wochen. Bei **HIV-Infektion** können 2–3 Wochen nach Ansteckung grippeähnliche Symptome mit Fieber auftreten. **Allergisches Medikamentenfieber** (z. B. Antibiotika, Zytostatika) ist meist dosisabhängig und tritt erst nach mehreren Behandlungstagen, nicht selten in der 2. oder 3. Behandlungswoche auf. Was den **Fieberkrampf** betrifft, wird auf ► Abschn. 4.73 verwiesen.

Grundsätzlich muß ab dem 7. Fiebertag auch die Möglichkeit einer Malaria angesprochen werden (► Abschn. 4.82).

Ein **Fallstrick** im Hinblick auf eine mögliche **Malaria-Infektion**¹ kann die Patientenvermutung sein, es handle sich um „eine verschleppte Grippe“ (Fallbeispiel: „Es sieht so aus wie eine verschleppte Grippe – aber was ist es wirklich?“). Ebenso ist eine **Sepsis**¹ zu bedenken, wenn gerade bei älteren oder immunschwachen Patienten mit Fieber, Schüttelfrost und Verwirrtheit von einer „schweren Grippe“ gesprochen wird.

Das „normale“, flüchtige UF ist zu unterscheiden vom (seltenen) **wochenlang andauernden Fieber**. Die Leitlinie (LL-DPGI 2016) definiert Fieber, das > 8 Tage (in der Literatur 7–21 Tage) dauert, als **Fieber unklarer Ursache (FUO, Fever of unknown origin)**. Die Körpertemperatur wird meist rektal mit 38,5 °C angegeben. In der Hälfte der Fälle von FUO werden **Kollagenosen** oder **Tumorerkrankungen** als ursächlich vermutet (Kern 2007). Solche ungeklärten Temperaturerhöhungen über mindestens 8–14 Tage hinweg treten in der Allgemeinpraxis gerade noch an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeiten auf. Das „normale“ UF klingt in 2–5 Tagen spurlos ab. Eine Dauer von ein oder gar zwei Wochen ist also die Ausnahme. Der Autor hat in 35 Jahren allgemeinärztlicher Tätigkeit 4 solcher Fälle von FUO gesehen.

Auch eine **Seltene Krankheit** sollte in speziellen Fällen bedacht werden: So können wiederkehrende Fieberschübe, Lymphknotenschwellungen, Ausschläge oder Schmerzattacken oft jahrelang als „Infektionen“ fehlinterpretiert werden. Bei **periodischem Fieber ohne Infektion** sollten zumindest das genetisch bedingte **PFAPA** (= Periodisches Fieber, Aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, Lymphadenopathie) oder das

Familiäre Mittelmeerfieber (meist vor dem 20. Lebensjahr) bedacht werden.

i Das Fieber-Programm empfiehlt sich auch bei wiederholt auftretenden **Fieberschüben** zu **Verlaufskontrolle** und **-dokumentation**.

■ Vorschalt Diagnostik

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 Vorschalt Diagnostik, ehe er auf das volle Programm einschwenkt, sofern die Vorschalt Diagnostik negativ verläuft. Eine solche **Vorschalt Diagnostik zur rationelleren Krankheitserkennung** (natürlich mit entsprechender Fragestellung) ist auch in folgenden Programmen vorgesehen:

- Checkliste Nr. 26 Herzschmerz
- Checkliste Nr. 53 Pollakisurie
- Checkliste Nr. 54 Dysurie
- Checkliste Nr. 76 Phlebothrombose
- Checkliste Nr. 78 Hyperthyreose
- Checkliste Nr. 83 Müdigkeit

■ Abbruch der programmierten Diagnostik

Werden in der Rubrik „Objektiv“ **charakteristische Befunde** aufgedeckt (etwa das Bild einer **Pneumonie**, eines **Zosters**, eitrig **belegte Rachentonsillen** oder im Wochenbett **Lochienstau**), kann die programmierte Diagnostik abgebrochen werden.

■ 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.

¹ Mader: Fakten-Fälle-Fotos®. ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=28&anker_nr=30/

Übersicht zu Programm Nr. 1 (Fieber). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Diverse Kinderkrankheiten, Otitis media, Pneumonie, Tonsillitis, Appendizitis, Zystitiden, Pyelonephritis, Cholezystitis, Sepsis, Abszedierung/Phlegmone, Malaria, Salmonellosen, Typhus u. v. a. m. als „typische“ Krankheiten mit Fieber
- Arzneimittelfieber
- Subakute Thyreoiditis
- Fieber unbekannten Ursprungs (FUO)
- *Rhinitis acuta, Husten, Halsschmerzen, Luftwegekatarrhe* u. a. als einzelne/kombinierte Symptome ohne Allgemeinerscheinungen
- *Anämie*
- Appendizitis (bei Älteren!)
- Peri-/Myokarditis
- bei Diabetes mellitus
- bei konsumierenden Erkrankungen

Übersicht zu Programm Nr. 1 (bei wochenlang/periodisch erhöhtem Fieber). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) in loser Reihung (mod. Fink et al. 2010)

- Pneumonie
- Malignome (auch hämatologisches/lymphatisches System)
- Kollagenosen
- Hepatitis
- Rheumatoide Arthritis
- Tuberkulose
- Versteckte (Infektions-)Herde aller Art wie Endokarditis
- Tropenkrankheiten
- HIV-Infektion
- Seltene Krankheit wie
 - Familiäres Mittelmeerfieber (FMF)
 - PFAPA

1 Checkliste Fieber-Programm

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

Braun RN (1964) Med Welt 15:1320–1328; mod. Braun RN, Danninger H (1989, 1995) mod. Landolt-Theuss P (2001) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

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 / Schlafstörung

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 / Medikamente

Katze gekratzt (Felino!) / Keller- / Kanalarbeiten /

Mäusekot (Hantavirusinfektion! Leptospirose!) / Zecken- / Kanülenstich /

Mückenstich im Ausland (Papatacci-Fieber!) / Vogelhaltung / Impfung

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 (Kleinkind)

Mund / Rachen

Nackensteife

Halslymphknoten

Lungenauscultation / -perkussion

Herzauskultation

Abdomen palpatorisch

Nieren klopfempfindlich

Blutdruck / Puls

Temperaturmessung (Messort!)

Urin

BKS / CRP / Differentialblutbild (Lymphozyten! Monozyten!)

Sonstiges Labor / Aminotransferasen / HIV / Borrelienserologie / Epstein-Barr-Virus-Serologie

Sonographie Abdomen / Röntgen-Thorax / CT Nasennebenhöhlen

Sonst auffällig

Genetische Beratung

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.2 Husten – Uncharakteristischer Husten

Frank H. Mader

Afebriler Husten als alleiniges Symptom (A) zählt zu den häufigsten Beratungsproblemen in der Allgemeinmedizin; besonders die Altersgruppe 0–14 Jahre ist davon betroffen. Eine der ersten Fragen an den Patienten sollte lauten: „Wie lange husten Sie (hustet das Kind) schon?“

Die DEGAM-S3-LL Husten spricht bei einer Dauer < 3 Wochen von **akutem Husten**, bei 3–8 Wochen von **subakutem Husten** und darüber hinaus von **chronischem Husten**.

Während die Checkliste Nr. 1 „für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten“ stets benutzt werden sollte, kann die

■ Checkliste Nr. 2

für den anscheinend leicht kranken, fieberfreien Patienten mit Husten über 2 Wochen als Leitsymptom durchaus differenziert eingesetzt werden.

■ Differenzierter Einsatz

Das Hustenprogramm ist nicht für den **älteren Kettenraucher** gedacht, der zunehmend hustet, in letzter Zeit manchmal Blut spuckt und abgenommen hat. Ein solcher Husten ist kein „uncharakteristischer“ Husten. Hier drängt sich natürlich a priori der Gedanke an ein **Bronchialkarzinom** auf. Ob diese Vermutung zutreffend ist oder ob es sich etwa „nur“ um einen Raucherkatarrh handelt, spielt keine Rolle. Das einzig Vernünftige bei einer solchen Beratungsursache ist eine orientierende Allgemeinuntersuchung mit der **Tabula diagnostica** (Checkliste Nr. 67 „für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei einer Vielzahl uncharakteristischer allgemeiner und/oder lokaler Beschwerden und/oder Krankheitszeichen“) und im Allgemeinen die Überweisung in den Spezialbereich mit dem Auftrag: „Husten seit ... Exklusion eines abwendbar gefährlichen Verlaufes.“

Auch **offensichtlich leichte Hustenfälle** erfordern nicht sofort die programmierte Diagnostik. Bei 5- bis 40-Jährigen ist ein **viraler Infekt** als Auslöser bei weitem am häufigsten. Bei über 40-Jährigen müssen vermehrt andere Ursachen in Betracht gezogen werden (z. B. **gastroösophagealer Reflux**), bei über 70-Jährigen ist an eine Stauungsbronchitis bei **Herzinsuffizienz** oder an **Medikamentennebenwirkungen** zu denken.

Am schwierigsten abzugrenzen von einem Virusinfekt ist ein allergisch bedingter Husten, verursacht durch eine **allergische Rhinosinusitis** und/oder ein **allergisches Asthma**.

■ Intuitive Kurzdiagnostik

Hustet ein Kind seit wenigen Tagen unbedeutend und bestehen keine Allgemeinerscheinungen (kein Fieber, keine Abgeschlagenheit, keine Appetitlosigkeit, kein krankes Aussehen) und hat die Mutter z. B. nur den Wunsch nach Verordnung eines Hustensaftes, sollte der Allgemeinarzt dieses Ansinnen nicht sofort erfüllen, ohne dass er zunächst

- nach einem vorher abgelaufenen Fieber
- und einer möglichen Fremdkörperaspiration gefragt sowie

- den Rachen inspiziert und
- die Lunge abgehört hat.

Davon abgesehen muss die Seuchenlage entsprechend sein: also keine **Masern**, kein **Keuchhusten** usw. Die Mutter ist jedoch zu informieren, dass sie bei einer Verschlechterung oder wenn der Husten insgesamt unverändert eine Woche andauert, wieder zum Arzt kommen soll. Hier drängt sich beim Erwachsenen natürlich der Gedanke an ein **Bronchialkarzinom** („Lungenkrebs“) auf, heute in Europa und den USA die häufigste maligne Erkrankung des Mannes.

■ Verschlimmerung des Hustens

Wurde der Husten stärker, so hängt es vom Allgemeinzustand des Patienten ab, ob man ihn unverzüglich oder bereits am 6. bis 7. Krankheitstag zur Röntgenaufnahme der Thoraxorgane überweist. Ohne Verzug jedoch ist jetzt eine programmierte Untersuchung mit der Checkliste Nr. 2 durchzuführen. Sinngemäß sollte bei allen Patienten so verfahren werden, die schon länger als eine Woche husten.

i Jeder Husten, der über 4 Wochen anhält, muss ätiologisch abgeklärt werden. Nicht die Röntgenaufnahme, sondern die **Endoskopie** des Bronchialbaumes ist heute die wichtigste diagnostische Maßnahme.

■ Gefährdete Patienten

Einige hustende Kranke bedürfen aufgrund ihres **Allgemeinzustandes** oder wegen ihrer **Begleiterkrankungen** besonderer Aufmerksamkeit; dies sind insbesondere **ältere Patienten**, **Raucher** und Patienten mit **chronischen Krankheiten** (Herz, Lunge, Diabetes mellitus, Multimorbidität, Immunsuppression). Bei **Influenza-Epidemien** sind vor allem Ältere durch eine **Pneumonie**, eine exazerbierte **COPD** oder durch **Herzinsuffizienz** gefährdet. Bei diesen Kranken sollte frühzeitig programmiert untersucht und die vertiefte Diagnostik veranlasst werden.

Wurde bei sonst Gesunden der **Husten** bereits innerhalb der ersten beiden Wochen **stärker**, so empfiehlt sich schon zu diesem Zeitpunkt die programmierte Diagnostik.

i Bei **akutem Husten** ohne Hinweis auf einen AGV sind **technische Untersuchungen** entbehrlich, bei **chronischem Husten** ist spätestens ab der 8. Woche umfassend abzuklären (DEGAM-S3-LL).

i Bei einer **akuten Bronchitis** (B) treten in der Regel erst trockener, dann produktiver Husten, häufig Fieber und Halsschmerzen auf.

Der **CRP-Wert** gibt keine Sicherheit zur Differenzierung viraler und bakterieller Infektionen. Die (grün)gelbe **Farbe des Sputums** lässt nicht auf eine bakterielle Besiedelung schließen und ist alleine keine Indikation für eine Antibiotika-Therapie. Die **Spirometrie** ist zur Diagnostik einer Exazerbation ungeeignet.

Tritt massiver Husten **akut** oder gar **perakut** auf, kann eine **vitale Bedrohung** (AGV) vorliegen oder kurzfristig ein-

treten (z. B. durch **Lungenembolie, Lungenödem, Status asthmaticus, Pneumothorax, Fremdkörperaspiration**).

Berichtet ein > 40-Jähriger mit COPD und Raucheranamnese von **Hämoptyse**, so sollte der Arzt trotz **unauffälligem Röntgenbild des Thorax** eine vertiefte Diagnostik (z. B. Bronchoskopie, CT) prüfen. Ebenso ist eine **Röntgen-Kontrollaufnahme** nach Therapie pneumonischer Herde anzuraten („**poststenotische Pneumonie**“). **Heiserkeit** bei einem seit längerer Zeit hustenden Patienten ist ebenfalls ein **Alarmsymptom**.

■ Nicht abwendbare und abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)

Bei **älteren Menschen** können durch die programmierte Diagnostik **Malignome** (meistens leider **unabwendbar gefährliche Verläufe**), bei Patienten mittleren Alters etwa **Tuberkulose**, bei Kindern **Pneumonie** (d. h. abwendbar gefährliche Verläufe) entdeckt werden. Solche Befunde sind jedoch im Praxisalltag Raritäten. Diese Krankheiten treten nicht selten „maskiert“ auf.

Wer den Verlockungen seiner Praxiserfahrung widersteht und dennoch die Indikation zur programmierten Diagnostik bei den uncharakteristischen Hustenanfällen unbeirrt einhält, wird einige Male in seinem Berufsleben einen AGV früher als sonst möglich aufdecken. Diese Aufmerksamkeit darf also nicht dadurch eingeschläfert werden, dass hinter dem uncharakteristischen Husten (wie hinter jeder uncharakteristischen Symptomatik in der Allgemeinmedizin) mit allergrößter Wahrscheinlichkeit eine Bagatelle steckt.

i Auch am allerletzten Praxistag eines altgedienten Arztes muss auch der letzte, noch so harmlos erscheinende Hustenfall ernstgenommen, bei entsprechender Indikation programmiert untersucht und evtl. zusätzlich geröntgt oder eingewiesen werden.

■ Keuchhusten (Pertussis)

Bei starkem bzw. anfallsartigem Husten über einen längeren Zeitraum (≥ 2 Wochen) sowie bei mindestens 2 der nachfolgenden Merkmale sollte an einen Keuchhusten (Pertussis) gedacht werden:

- Hustenanfälle mit Absonderung von zähem Schleim, Erbrechen und/oder inspiratorischem Stridor bzw. Apnoe mit Zyanose (bes. bei Säuglingen),
- subkonjunktivale Hämorrhagien,
- Leukozytose (> 20.000) mit Lymphozytose ($\geq 50\%$),
- bestätigte Pertussisfälle in der Umgebung.

Mittels **PCR-Nachweis des Pertussis-Antigens** lässt sich die Erkrankung (auch bei Geimpften) noch nach 3–4 Wochen nachweisen. Keuchhusten tritt nicht nur im Kindesalter, sondern auch im Erwachsenenalter auf. In den USA wurde trotz hoher Durchimpfungsraten beobachtet, dass mit der zunehmenden Säuglings-Immunisierung sich ähnlich wie bei Masern ein Trend zur Erkrankung im höheren Alter erkennen lässt. **Pertussis im Erwachsenenalter** verläuft nicht schwerer als bei Kindern, ist jedoch schwieriger zu erkennen

und birgt ein hohes Ansteckungsrisiko für ungeimpfte Kinder. Die Erkrankung geht dabei nicht mit den bei Kindern typischen Blutbildveränderungen einher. Die Hustenattacken treten über 4 bis 6 Wochen auf und klingen manchmal erst nach 10 Wochen ab. Die natürliche Erkrankung wie auch die Impfung bieten keinen lebenslangen Schutz.

Übersicht zu Programm Nr. 2 (Husten). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Akute Bronchitis
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Bronchitis (COPD)
- Linksherzinsuffizienz
- Pneumonie
- Pertussis
- Fremdkörperaspiration
- Reizgasinhalation
- Raucherkatarrh
- Ösophagealer-gastraler Reflux
- Malignom
- Tuberkulose
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- Lungenembolien

2 Checkliste Husten-Programm

– für den anscheinend leicht kranken, fieberfreien Patienten mit Husten über 2 Wochen als Leitsymptom
 Braun RN (1973) Med Welt 45:1762–1764; mod. Braun RN, Danninger H (1989, 1995) mod. Landolt-Theuss P (2001)
 mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck
 Krank seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Beginn mit Erkältung / Halsschmerzen / plötzlich / schleichend / fieberhaft
 Frühere Diagnostik (Labor / Röntgen)
 Husten in der Umgebung
 Schlechter tags / nachts
 Auswurf klar / gelb / blutig
 Sputummenge
 Pfeifender Atem / Tachypnoe
 Inspiratorische Einziehung
 Hustenanfälle (Dauer)
 Ähnlich Keuchhusten / Keuchhusten geimpft
 Brust- / Bauchschmerzen
 Dyspnoe / Ödeme
 Nachtschweiß
 Appetit- / Gewichtsverlust / saures Aufstoßen / Sodbrennen / andere Symptome
 Husten jahreszeitlich / seit Auslandsreise
 Nikotinkonsum (Menge)
 Schlechter durch Hitze / Kälte / Rauch / Staub / bestimmte Räume / Arbeitsplatz / Medikamente / Blüten / Tiere / Allergien / Anstrengung / Aufregung
 Miktion / Stuhl (Mukoviszidose!) / Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Konjunktiven
 Nase
 Ohr
 Hals
 Örtliche Lymphknoten
 Lungenauscultation / -perkussion
 Herzauscultation
 Beinödeme
 BKS / CRP
 PCR-Diagnostik / Sonstiges Labor
 Spirometrie
 Lupenlaryngoskopie / Bronchoskopie
 Röntgen-Thorax / CT Nasennebenhöhlen
 Gastroskopie
 Körpergewicht

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.3 Halsschmerzen – Uncharakteristische Halsschmerzen

Torben Brückner, Frank H. Mader

Halsschmerzen (A) werden in der Allgemeinpraxis besonders oft als Symptom im Zusammenhang mit uncharakteristischem Fieber, Tonsillitiden und AFAR (vgl. Checkliste Nr. 1 in ► Abschn. 4.1) beobachtet. Aber auch uncharakteristischer Halsschmerz als ausschließliche BU, also ohne jegliche Störung des Allgemeinbefindens und Ähnliches, ist ein relativ häufiges Praxisereignis.

Das Warnschild in der Kita: „*Wir haben einen Fall von Streptokokken in der Einrichtung*“ treibt Jung wie Alt in die Praxis, als handle es sich um eine schwere Seuche. Noch schlimmer dann der Begriff „**Scharlach**“ – es kennt ihn fast ein jedes Kind, ohne das Krankheitsbild je gesehen zu haben. Gegebenenfalls wird es sogar missgedeutet, wenn ein Exanthem auftritt und tatsächlich das **Pfeiffer'sche Drüsenfieber** dahintersteckt und eine Amoxicillingabe zuvor erfolgte.

Gerade die Frage: „*Frau Doktor, brauche ich ein Antibiotikum?*“ beschäftigt den Patienten. Immer wieder wird ein „richtiges Medikament“ gefordert, um den lästigen Halsschmerz loszuwerden.

■ Kurzdiagnostik

Analog wie beim uncharakteristischen Husten (vgl. Checkliste Nr. 2 in ► Abschn. 4.2) kann sich der Allgemeinarzt bei uncharakteristischen Halsschmerzen zunächst auf eine **Kurzdiagnostik** beschränken, wenn Allgemeinerscheinungen ausgeschlossen wurden und wenn das alleinige Symptom kürzer als 7 Tage vorhanden ist. Nach wenigen gezielten Fragen (u. a. Fieber und Abwesenheit von Husten) werden dann Gesicht und Rachen inspiziert und die äußere Halsregion abgetastet. Nennenswerte Lymphknotenschwellungen gibt es selten.

Dieses Vorgehen entspricht auch der DEGAM-LL Halsschmerzen, welche sich besonders mit der Wahrscheinlichkeit einer **Gruppe-A-Streptokokken-Pharyngitis (GAS-Pharyngitis)** und dem weiteren Vorgehen beschäftigt. Eine zentrale Rolle darin spielen der **Centor-Score** (bei Patienten ab 15 Jahren) bzw. **Mclsaac-Score** (bei Patienten ab 3 Jahren), welche einer Kurzdiagnostik entsprechen.

■ Fortbestehen oder Verschlimmerung der Beschwerden

Hält der Halsschmerz aber **länger als 1 Woche** unverändert an **oder verschlechtert er sich**, so wird die

■ Checkliste Nr. 3

für Patienten, die länger als 1 Woche über scheinbar banale Halsschmerzen klagen und keine Allgemeinerscheinungen bieten angewandt. Die dort vorgeschriebene Anamnese und Untersuchungen decken in der Regel nichts Besonderes auf, der Arzt kommt aber nicht darum herum, in seine Diagnostik auch entfernte Möglichkeiten einzubeziehen. So sind die Patienten daraufhin dank der Gründlichkeit der programmierten Diagnostik zumeist beruhigt. Dem Allgemeinarzt ist

im Voraus klar, dass bei den Durchschnittsfällen nur selten charakteristische Befunde erhoben werden, von abwendbar gefährlichen Verläufen ganz zu schweigen. Diese Lage darf jedoch kein Freibrief dafür sein, mit der allgemeinmedizinischen Gründlichkeit aufzuhören – selbst dann nicht, wenn der Arzt sich jahrzehntelang darin geübt hatte und dennoch bei keinem einzigen Patienten etwa einen **Tumor** aufgedeckt hatte. Bezüglich des **AGV** sollte der Allgemeinarzt aber vielmehr an den **Peritonsillarabszess** (eher einseitige lokale Symptomatik) denken, der eine rasche Intervention erfordert.

■ Rachenabstrich

Wenn auch die Durchführung eines Rachenabstrichs nicht angenehm sein mag, führt dieses eingeschränkte Diagnostikmittel stets zur Zufriedenheit des Patienten im Glauben, man würde damit der „*Ursache auf den Grund*“ gehen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass positive Rachenabstriche auf GAS allein eine Infektion nicht beweisen, da eine Kolonisation ohne manifeste Infektion (Trägerstatus) bei bis zu 25 % der Patienten vorliegen kann.

■ Überweisung

Ändern sich bei mehrwöchiger Beobachtung die uncharakteristischen Halsschmerzen nicht, sollte eine gezielte Überweisung (z. B. HNO) erfolgen. Im Allgemeinen sind hierdurch keine Überraschungen zu erwarten. Nicht selten berichten die Patienten, sie seien von sich aus schon beim HNO-Arzt gewesen, der gesagt habe: „*Da sei nichts zu sehen.*“ Deswegen seien sie ja jetzt wieder hier bei ihrem Hausarzt.

**Übersicht zu Programm Nr. 3 (Halsschmerz).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- Peritonsillarabszess
- Malignome
- Pharyngitis
- Gruppe-A-Streptokokken-Infektion/Scharlach
- Pfeiffer'sches Drüsenfieber
- Lues
- Schilddrüsenerkrankungen
- Globusgefühl

3 Checkliste Halsschmerzen-Programm

– für Patienten, die länger als 1 Woche über scheinbar banale Halsschmerzen klagen und keine Allgemeinerscheinungen bieten

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1988) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck
 Krank (eher leicht / schwer)
 Halsschmerzen / rauher Hals
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Schmerzen ein- / beidseitig
 Dauernd / zeitweilig
 Tonsillektomiert / sonstige Vor-OP (Schilddrüse, Halsgefäße) / Narkosen
 Heiserkeit
 Nikotin- / Alkoholkonsum
 Medikamente / Immunsuppression (HIV)
 Schluckstörung (Flüssigkeit / feste Nahrung)
 Nachtschweiß / Gewichtsverlust
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Äußere Untersuchung (Kopf / Hals)
 Druck- / Klopfschmerzhaftigkeit der Nasennebenhöhlen
 Otoskopie
 Mundhöhle (Rachen / Gaumen / Tonsillen / Zunge / Wangen- / Mundschleimhaut / Zahnfleisch / Zähne)
 Temperatur
 Regionale Lymphknoten
 Tastbefund Schilddrüse
 Rachenabstrich
 BKS / CRP / TSH
 Sonstiges Labor (Eppstein-Barr-Virus-Serologie)
 Sonographie: Hals / Schilddrüse / Abdomen
 Laryngoskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.4 Luftwegekatarrh – Afebriler Luftwegekatarrh

Frank H. Mader

In der Laiensprache ist ein **Katarrh** („*ich habe einen Katarrh*“) meist eine andere Bezeichnung für eine **Erkältung** in Form einer **Entzündung der oberen Atemwege**. Bei der

■ Checkliste Nr. 4

für häufig sich wiederholende oder ungewöhnlich lange dauernde, multiple Symptome des Respirationstraktes ohne Allgemeinerscheinungen (z. B. Fieber) handelt es sich um ein besonders praxisrelevantes Programm für häufig sich wiederholende oder ungewöhnlich lange dauernde, multiple Symptome des Respirationstraktes wie die **Kombination** von Schnupfen, Halsschmerzen, Heiserkeit und/oder Husten ohne Allgemeinerscheinungen (z. B. Fieber).

■ Praxispsychologie

Dieses Programm hat viel mit Psychologie zu tun: Wenn beispielsweise ein **Kind** auffallend häufig Schnupfen, Halsschmerzen, Husten o. Ä. hat oder diese Symptome ohne Temperaturerhöhung in wechselnder Zusammensetzung zeigt, so ist neben einer qualifizierten ärztlichen Betreuung die **Beruhigung der Patienten** bzw. der **Eltern** die Hauptsorge.

Abwendbar gefährliche Verläufe (z. B. **Fremdkörper** in den Luftwegen) stehen hier statistisch – wie fast immer – im Hintergrund. Bei den meist kleinen Patienten liegt eine Abwehrschwäche des Organismus zugrunde. Merkt der Hausarzt die Ungeduld der Familie, dann wird es Zeit, die vorhergegangene und die laufende Diagnostik zu verbreitern und zu vertiefen. Dafür wurde die Checkliste Nr. 4 geschaffen. Natürlich soll dieses Programm versteckte abwendbar gefährliche Verläufe aufdecken helfen. Aber das Ergebnis wird nur bescheiden sein. Sicher rechnen kann der Hausarzt dagegen mit einem wichtigen positiven psychologischen Effekt, wenn er mit einer solchen problemorientierten Checkliste arbeitet. Zur Vertiefung der Diagnostik empfiehlt sich im Bedarfsfall die

■ Checkliste Nr. 2 (Husten).

„**Catarrhal child**“ nennt man im englischsprachigen Raum einen „ewig“ verschnupften und hustenden, leicht fiebernden Patienten. Früher oder später erhebt sich seitens der Eltern die Frage, ob es denn da wirklich keine Hilfe gibt. Zu dieser Zeit liegen dann schon verschiedene erfolglose therapeutische Bemühungen hinter dieser Patientengruppe.

Übersicht zu Programm Nr. 4 (Luftwegkatarrh). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Afebrile Allgemeinreaktion (AFAR)
- Bronchitis
- Fremdkörper (Nase, Bronchialbaum)
- Allergie

4 Checkliste Luftwegekatarrh-Programm

– für häufig sich wiederholende oder ungewöhnlich lange dauernde, multiple Symptome des Respirationstraktes ohne Allgemeinerscheinungen (z. B. Fieber)

West SR, Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
Atemwegserkrankungen in der Familie	Zyanose
Lungenasthma bekannt	Nase / Mund (Zähne)
Blüten- / Heu- / Tierhaare- / Hausstauballergie bekannt	Nasennebenhöhlen
	Rachen / Tonsillen
Oft verlegte Nase / Sinusitiden	Regionäre Lymphknoten / Schilddrüse / Mittelohr
Mittelohrentzündungen	
Schwere Luftweginfektionen durchgemacht	Lungenauscultation / -perkussion
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie / Rehabilitation	Herzauscultation
	Blutdruck / Puls
Jetzt Hauptbeschwerden / wie oft	BKS / CRP / Blutbild
Seit wann (freie Intervalle)	Sonstiges Labor
Wie lange (Dauer)	Immunologischer Tuberkulose-Test
Wann zuletzt / besser / schlechter	Röntgen-Thorax
Andere Beschwerden	Bronchoskopie
Schlechter durch: Staub / Gräserblüte / Ähnliches / Anstrengung / Aufregung / Arbeit / Schule / Müdigkeit / Nacht / Tag / Rauchen / Alkoholika / andere Getränke / Speisen / Kälte / Wärme / Jahreszeiten / durch Kontakt mit Tieren / Spielsachen	Beratungsergebnis
Gesichts- / Ohr- / Kopfschmerzen	
Atemgeräusch	Maßnahmen
Husten (oberflächlich / tief / trocken / heiser / feucht / bellend)	
Auswurf (Menge / Farbe)	
Dyspnoe bei Anstrengung / Aufregung	
Stimme heiser / Rauchgewohnheit	
Gewichtsverlust / Nachtschweiß	
Miktion / Stuhl / Menses	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.5 Pseudokrupp – Pseudokruppbild

Torben Brückner, Frank H. Mader

Das Bild eines Pseudokrups (C) kann dem (Bereitschafts-) Arzt den Schlaf rauben. An manchen Abend- oder Nachtstunden häufen sich gelegentlich die Fälle mit trockenem, **bellendem Husten, Heiserkeit** und **inspiratorischem Stridor**. Tritt eine solche Hustenattacke auf, besteht aufgrund der dramatisch wirkenden Symptomatik verständlicherweise große Aufregung bei den Eltern.

Aber selbst nach mehrmaligen Anfällen und trotz gesammelter Erfahrung erlebt der Allgemeinarzt immer wieder, wie Eltern ihr Kind am folgenden Morgen in der Praxis vorstellen mit der Bitte ums „*Abhören*“, um noch einmal „*sicherzugehen*“. Verständlich die besorgte Reaktion, zumal ein **Pseudokrupsanfall** (5–10 % aller Kinder erkranken mindestens einmal im Leben) vielfältige Auslöser haben kann: viral, bakteriell, allergisch oder gar Schadstoffbelastung der Umwelt (u. a. Rauchen im näheren Umfeld).

In Zeiten von Impfungen und Antibiotika sind manche gefürchtete **AGV**, wie der „**echte Krupp**“ (**Diphtherie**) oder die **Epiglottitis** (*Haemophilus influenzae*), deutschlandweit nur noch als Einzelfälle gemeldet worden. Dennoch sollte bei unklarem Impfstatus daran gedacht werden.

Bei Kleinkindern relativ häufig (1:1000 Kindern) hingegen ist die **Fremdkörperaspiration** (und -**ingestion**), sodass dafür 2015 sogar eine eigene Leitlinie mit praktischen **Handlungsanweisungen** entwickelt wurde. Auch wenn unter wachsamen Elternaugen viele Fremdkörper-Vorfälle verhindert werden und glaubhaft versichert wird, es könne nichts vorliegen, sollte der Arzt stets an einen Fremdkörper im Larynxbereich denken (am Tag beim Spielen häufiger als in der Nacht).

Über die LL Fremdkörperaspiration hinausgehend und zur genaueren Differenzierung kann die

■ Checkliste Nr. 5

bei Stridor im Rahmen eines akuten Geschehens mit oder ohne Fieber (Bild eines Pseudo-[Kehlkopf-] Krupps/einer Laryngitis) verwendet werden.

Bemerkenswert dabei: Nicht nur die gute Anamnese und Untersuchung (u. a. Auskultation im Seitenvergleich) dienen zum Ausschluss eines AGV und zur Beruhigung aller Beteiligten. Meist geben **erste Maßnahmen** zahlreiche wichtige Hinweise auf die Beratungsursache. Allein wenn das Kind ans offene Fenster getragen oder draußen an der frischen feuchten Luft zur Praxis gebracht wird und dadurch deutliche Besserung eintritt, erhält der Arzt bereits eine richtungsweisende Idee. So erübrigen sich oft weitere therapeutische Maßnahmen wie Verneblung mit Adrenalin oder die Gabe von Cortison (inhalativ, oral oder rektal). Die Verordnung als Bedarfsmedikation empfiehlt sich.

Eine **gute Aufklärung** der Angehörigen mit genauen Anweisungen (u. a. Ruhe bewahren, Kind warm bekleidet ans offene Fenster tragen) führt auf allen Seiten zu großer Zufriedenheit – besonders wenn erneute Pseudokrupsattacken folgen sollten.

Eine **Epiglottitis** hingegen geht oft mit **Fieber** einher, verläuft anhaltend **dramatisch**, feuchte Luft (von draußen) allein bringt keine Besserung – die medikamentösen Erstmaßnahmen entsprechen denen des Pseudokrups. Die Klinikeinweisung mit Beteiligung des Rettungsdienstes ist obligat.

i Im Akutfall bei Stridor **keine Racheninspektion mit Spatel** (cave: **Laryngospasmus**)!

Übersicht zu Programm Nr. 5 (Pseudokrupp).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Larynxfremdkörper**
- **Inhalative Noxe (Glottisödem)**
- **Allergische Reaktion**
- **Diphtherie**
- **Epiglottitis**
- *Pertussis*
- *Infekt der Luftwege*

5 Checkliste Pseudokrupp-Programm

– bei Stridor im Rahmen eines akuten Geschehens mit oder ohne Fieber (Bild eines Pseudo-[Kehlkopf-]Krupps / einer Laryngitis)

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

4

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Zyanose
Hustenanfall seit	Temperatur
Gleich / besser / schlechter	Puls
Schon mal gehabt	Rachen (Enanthem / Beläge) (Cave: keine Inspektion bei Stridor!)
Frühere Diagnostik / Therapie	Örtliche Lymphknoten
Dyspnoe seit Beginn / später	Lungenauskultation / -perkussion
Besserung an feuchter Luft	Thoraxeinziehung beim Atmen
Stridor seit	Otoskopie
Dramatischer Anfang	
Intervalle	
Andere Symptome	
Fieber seit	Beratungsergebnis
Fremdkörperaspiration möglich	
Inhalation von Reizsubstanzen / Rauchen im Haushalt	Maßnahmen
Husten bellend / pertussiform	
Stimme heiser / normal	
Heiserkeit seit	
Mundgeruch	
Auswurf / Verschleimung	
Impfstatus	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.6 Interkostalneuralgie – Uncharakteristische Interkostalschmerzen

Frank H. Mader

Was der Allgemeinarzt unter dem mehr oder minder schwammigen Begriff „**Interkostalneuralgie**“ als Symptom (A) klassifiziert, ist für den Betroffenen stark irritierend und alles andere als angenehm („*Das ging mir wie ein Messer durch die Rippen, zum Glück nicht links, eher zum Rücken hin, ich hab mich gar nicht zu bewegen oder gar zu husten getraut*“).

Die Patienten berichten von einem starken, oft stechenden **Schmerz** zwischen den Rippen, häufig im Brust-, aber auch im Rückenbereich, der teilweise länger andauert und durch **Husten** oder **Bewegung** verstärkt wird; dabei können auch **Kribbeln**, **Taubheitsgefühle** bis in den Arm oder Probleme beim **Atmen** auftreten. Während der **Schwangerschaft** sind Klagen über solche Beschwerden nichts Ungewöhnliches.

Neben der Checkliste Nr. 6 (Interkostalneuralgie) steht dem Allgemeinarzt für den Thoraxbereich und seine neuromuskuloskelettalen Strukturen noch die

- Checkliste Nr. 7 (Thoraxschmerzen)

zur Verfügung. Entsprechend gelten bestimmte Ausführungen in ► Abschn. 4.7 sinngemäß auch für dieses Kapitel. Bereits 1972 wurde die

■ Checkliste Nr. 6

bei länger als 1 Woche bestehenden oder therapieresistenten Schmerzen im Interkostalbereich für solche Fälle entwickelt, die den Arzt aufs erste „an nichts Schlimmes“ denken lassen, ihn andererseits aber nicht minder zu einer angemessenen Diagnostik verpflichten. „*Seitenstechen*“ tritt nur kurz und bei körperlicher **Anstrengung** auf und betrifft nicht den Brustkorb. Bei der körperlichen Untersuchung wird nach den typischen, **schmerzhaften Druckpunkten** (**Myalgien**) gesucht, die häufig **gürtelförmig** paravertebral, in der Axillarlinie oder paramedian liegen. Die Schmerzen sind dabei streng lokal begrenzt oder können durch Lage- oder Druckänderung beeinflusst werden. Finden sich keine schmerzhaften Druckpunkte, spricht man fachsprachlich von **Neuralgie**.

Bei der **örtlichen Diagnostik** können bestimmte Stellen an der Rippen-Knorpel-Knochen-Grenze deutlich druckschmerzhaft sein (Synchondrosis sternalis/Synchondrosis costalis). Manchmal lassen sich im Bereich des knöchernen Thorax verhärtete Knötchen, Stränge oder Muskelkanten palpieren, die als **Myogelosen** oder als „trigger points“ (**Triggerpunkte**) bezeichnet werden. Die Nomenklatur ist vielfältig und nicht selten von ärztlichen Neigungen (z. B. Chirodiagnostik, Osteopathie, Störfelder, Faszientherapie, Ganzheitsmedizin) geprägt.

Auszuschließen sind von vornherein als **AGV** beispielsweise **Verletzungen** (z. B. **Rippenfraktur** ohne nennenswerte Vorgeschichte), eine **osteoporotische Sinterfraktur** des Wirbelkörpers oder **Metastasen** in Rippen oder Wirbelkörpern. Ein beginnender **Herpes zoster**, der sich noch nicht im

eruptiven Stadium befindet, sollte ebenfalls bedacht werden. Patienten nach **Sternotomie** wissen wahrscheinlich ohnedies über ein mögliches **Postthorakotomie-Syndrom** Bescheid.

i Bei der Masse der akuten Interkostalschmerzen genügt die **intuitive Diagnostik**, die programmierte Untersuchung erübrigt sich also.

Könnte jedoch der Arzt innerhalb von 7 Tagen nicht helfen (z. B. durch NSAR, therapeutische Lokalanästhesie, Elektrophysiotherapie, Manuelle Therapie) oder stellten sich die Patienten nach über einwöchiger Beschwerdedauer vor, so sollte mittels Checkliste Nr. 6 programmiert vorgegangen werden.

Die apparative **Diagnostik** sollte ein EKG (ggf. entsprechende Laborparameter) einschließen, um den **abwendbar gefährlichen Verlauf** eines **Herzinfarkts** nicht außer Acht zu lassen. Wird kein EKG geschrieben, so darf man in diesem Fall nicht von einer „Interkostalneuralgie“ (fachsprachlich: **Intercostago/A**) sprechen, sondern sollte einen „**Präkordialschmerz**“ (A) klassifizieren (Mader und Riedl 2018).

i Die Symptom-Klassifizierung „Präkordialschmerz“ (A) drückt aus, auch einen möglichen AGV (z. B. Herzinfarkt) bedacht zu haben.

Bei über 3 Monate anhaltenden **Muskelschmerzen** im Thorax- und Rückenbereich in wechselnder Lokalisation, verbunden mit weiteren uncharakteristischen Symptomen, wie z. B. Müdigkeit, Schlafstörungen, wird vielleicht der Patient selbst den Gedanken auf ein **Fibromyalgiesyndrom** bringen. Dabei gelten die „tender points“ als Marker von **Disstress** (Eich et al. 2012). Zur weiteren Diagnostik empfiehlt sich zusätzlich die

- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica).

Die rasche Vertiefung der Diagnostik durch **bildgebende Verfahren** ist angezeigt, sobald es um einen möglichen **knöchernen Prozess** als AGV geht („*Rule out or confirm it*“). Auch in diesem Zusammenhang ist den oftmals nicht ergiebigen oder durch den Arzt nicht nachvollziehbaren **Angaben des Patienten** Glauben zu schenken.

Übersicht zu Programm Nr. 6 (Interkostalneuralgie). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- *Myogelosen*
- *Nervenwurzelirritationen*
- **Herzinfarkt**
- **Metastasen (Rippen, Wirbelkörper)**
- *Osteochondrose*
- **Frakturen (Rippen, Wirbelkörper)**
- **Herpes zoster**
- *Schwangerschaft*
- *Postthorakotomiesyndrom*
- *Fibromyalgiesyndrom*

6 Checkliste Interkostalschmerzen-Programm

– bei länger als 1 Woche bestehenden oder therapieresistenten Schmerzen im Interkostalbereich
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (beunruhigt / krank)
Beschwerden seit
Gleich / besser / schlechter
Lokalisation
Schon mal gehabt / wann zuletzt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Jetzt Beginn langsam / schlagartig
Fieber vorher
Zoster vorher / Varizellen schon gehabt
Hämoptoe
Schmerzen bei Anstrengung / Aufregung / Atmen / Husten /
Bewegung / Liegen / Drehen im Bett / ziehend / stechend /
sonstiges
Ausgelöst durch Bücken / Heben / Prellung / Verletzung /
sonstiges

Missempfindungen (Brennen / Kribbeln / Pelzigkeit / Arm)

Herzanfall / -jagen / -klopfen
Nervosität
Bettruhe eingehalten
Arbeitsfähigkeit
Appetit / Abmagerung
Rauchen / Alkohol
Miktion / Stuhl / Menses
Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Inspektion der Region
Örtlich empfindlich auf Druck- / Klopfschmerz (ventral /
dorsal)
Prüfung auf Parästhesien
Lungenauskultation / -perkussion
Thoraxkompression schmerzhaft
Myogelosen / Myalgien
Chirodiagnostik
Blutdruck / Puls
Urin
BKS / CRP / Blutbild
Sonstiges Labor
EKG

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.7 Thoraxschmerzen – Uncharakteristische äußerliche Thoraxschmerzen

Frank H. Mader

Bei diesem Programm geht es nicht um den flüchtigen Schmerz im Brustkorbbereich, wie ihn Heranwachsende (z. B. beim Herumtollen) oder Hochschwangere in der Regel nur ganz kurzfristig verspüren. Die

■ Checkliste Nr. 7

für Patienten mit über 1 Woche bestehenden sonstigen uncharakteristischen myalgischen oder neuralgischen Thoraxschmerzen wurde bereits 1976 von Braun und dem Neuseeländer West für jene Fälle entwickelt, in denen Rücken- oder Brustschmerzen über 1 Woche lang unbeeinflussbar oder unbehandelt bestanden hatten. Unter solchen Umständen ist programmiert zu untersuchen, da die Beschwerden (im Ausnahmefall) auch Ausdruck verschiedenster **atypischer Organerkrankungen** (z. B. paranephritischer Abszess, Gallenblasensteine) sein können. Auf Knochenmetastasen als **abwendbar gefährlicher Verlauf** wurde bereits in ► Abschn. 4.6 hingewiesen. Die beiden Programme

- Checkliste Nr. 6 (Interkostalneuralgie) und
- Checkliste Nr. 7 (Thoraxschmerzen)

zusammen decken die Anwendung für den Thoraxbereich und seine neuromuskuloskelettalen Strukturen ab. Wesentliche Aussagen für Vortext und Checkliste des Programms Nr. 6 (Interkostalneuralgie) gelten daher sinngemäß auch für die Checkliste Nr. 7 (Thoraxschmerzen). Die DEGAM S3-LL spricht bei Störungen oder Beschwerden in diesem Bereich vom **Brustwandtsyndrom**. In einer Studie von 1212 ≥ 35-Jährigen mit der BU „**Brustschmerz**“ wurden bei > 45 % ein Brustwandtsyndrom, bei rund 10 % eine psychogene Störung und in 11 % eine (stabile) KHK und in > 3 % ein akutes Koronarsyndrom als AGV diagnostiziert. Ein Trauma war immerhin in > 3 % ursächlich (Bösner et al. 2009).

■ Der ratlose Arzt und ein möglicher AGV

Klagen manche Betroffene über „*brennende*“ oder gar auch „*höllische*“ Thoraxschmerzen nahe am **Brustbein** mit lokalisierbarem Druckschmerz am **sternokostalen Gelenk** bzw. mit Verschlimmerung bei Drehung oder Beugung des Oberkörpers, teilweise ausstrahlend bis in Hals oder Schulter, so wird von einer **Costochondritis** gesprochen, ohne dass sich die vielfältigen Ursachen dieser Beschwerden im Einzelnen letztlich verifizieren lassen. Auch muss keine echte „Entzündung“ zugrunde liegen, wie es der Begriff suggeriert. Der ratlose Arzt kann erst dann von einem **Tietze-Syndrom** sprechen, wenn er zumindest den AGV einer **Angina pectoris** ausgeschlossen hat und den Fall in **geteilter Verantwortung** mit dem Patienten **abwartend offen** führt und keine verschleiernenden Therapien vornimmt. Nicht immer beruhigt das den Betroffenen. Die Internetforen sind voll von Rat suchenden Patienten „*mit der schlimmen Diagnose Tietze-Syndrom*“.

■ Verletzungsfolgen bedenken

Stets ist auch an die Möglichkeit von **Verletzungsfolgen** zu denken. In dieser Beziehung sind die Patientenangaben nicht immer verlässlich. Der Kranke kann geringfügige Unfälle vergessen haben. Aus verschiedensten, oftmals persönlichen Gründen werden überdies Gewalteinwirkungen manchmal verschwiegen – oder bagatellisiert. Nicht immer muss jedoch ein adäquates Trauma vorausgegangen sein. Eine **Rippenfraktur** äußert sich im Allgemeinen durch einen ständigen Schmerz in den ersten beiden Tagen, danach mit Schmerzen nur noch beim Husten oder bei bestimmten Bewegungen. Die **Standarddiagnostik** besteht in einer Röntgenaufnahme der betroffenen Thoraxhälfte. Jedoch besitzt die **Sonographie** mit hochfrequentem Oberflächenschallkopf für den Frakturnachweis eine höhere Sensitivität als das Röntgenbild; zugleich lassen sich auch die umgebenden Weichteilstrukturen bezüglich Organverletzungen oder Hämatomen mitbeurteilen (Beckh und Kirchpfering 2013).

Wurde mit der Checkliste Nr. 7 nichts Besonderes aufgedeckt, wird die fachsprachliche Symptomgruppe „**Thorago**“ (B) klassifiziert.

Übersicht zu Programm Nr. 7 (Thoraxschmerz). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Angina pectoris
- Tietze-Syndrom
- Osteochondrose
- Metastasen (Rippen, Wirbelkörper)
- Osteoporose
- Frakturen (Rippen, Wirbelkörper)
- Atypische Organerkrankung
- Fibromyalgiesyndrom

7 Checkliste Thoraxschmerzen-Programm

– für Patienten mit über 1 Woche bestehenden sonstigen uncharakteristischen myalgischen oder neuralgischen Thoraxschmerzen

Braun RN und West SR (1976) mod. Braun RN (1989, 1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (beunruhigt / krank)
 Beschwerden seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt (wann erstmals / wann zuletzt)
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Schmerzlokalisierung (Brustkorb / Brustbein / Brustwirbel / sonstiges)
 Derzeitiger Beginn plötzlich / langsam
 Schmerzen dauernd / anfallsweise / wandernd / ausgelöst durch Erkältung / Verletzung / Unfall / Überlastung / Stress / anderes
 Anfangs Fieber / Gürtelrose
 Schlaf durch Schmerzen gestört
 Schlechter bei (Husten / Niesen / Armheben / Oberkörperückbeugung / Aufregung / Anstrengung / anderem)
 Besser durch (Ruhe / gerade Haltung / Kälte / Wärme / Stuhlgang / anderes)
 Einfluss von fetten / anderen Speisen
 Gewichtszunahme / -abnahme
 Miktion / Stuhl / Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Thoraxinspektion
 Palpation schmerzhaft (wo)
 Wirbelsäule: Beweglichkeit / Klopfschmerz über der BWS / Druckschmerz (sternokostal / BWS / sonst)
 Thoraxkompression frontal / transversal
 Regionale Lymphknoten
 Sensibilität regional
 Blutdruck / Puls
 Lungenauskultation / -perkussion
 Herzauskultation
 Myogelosen / Myalgien / Triggerpunkte
 Chirodiagnostik
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild
 Sonstiges Labor
 EKG
 Röntgen (Thorax / Wirbelsäule)
 Sonographie (Lunge / örtlich Rippe)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.8 Lumbalschmerzen – Uncharakteristische Flankenschmerzen

Torben Brückner, Frank H. Mader

Wenn Schmerzen ausschließlich in der relativ kleinen Region zwischen Thorax und Beckenkamm oder auf dem oberen Kreuzbeinrand lokalisiert sind, so spricht der Allgemeinarzt kasographisch von einer **Lumbago** (A), der Laie von einem „Hexenschuss“. In der Fachsprache des Kliniklers (Nosographie) umfasst dagegen der Begriff „**Kreuzschmerzen**“ (untere Rückenschmerzen) eine wesentlich größere Region (vgl. ausführlich Programm Nr. 9 „Kreuzschmerzen“, ► Abschn. 4.9). Für den Allgemeinarzt ist es wichtig (aber nicht immer einfach), eine **radikuläre** von einer **pseudoradikulären** Schmerzausbreitung, die durch Tendomyosen und Myogelosen bedingt ist, zu unterscheiden.

i **Lumbago** ist ein akuter und/oder chronischer Schmerzzustand **ohne** Funktionseinschränkung der LWS und **ohne** radikuläre Symptomatik.

Der neurologische Untersuchungsbefund bei **pseudoradikulären Schmerzen**, die radikulär anmuten und in die Beine ausstrahlen können, ist meist unauffällig. Ursachen sind in der Regel Erkrankungen/Störungen im Bewegungsapparat wie Coxarthrose, Gonarthrose, Facettensyndrom, Ileosakralgelenk-Syndrom (ISG), Kokzygodynie, Piriformis-Syndrom, osteoporotische Wirbelkörperfrakturen, Tendomyopathien bei Überlastungen oder Muskelzerrungen, gelegentlich auch primäre Muskelerkrankungen, die häufig mit Lumbalgien und ausstrahlenden Schmerzen einhergehen können.

■ Intuitive Kurzdiagnostik

Bei völlig uncharakteristischen Schmerzen kann der Allgemeinarzt beim Leichtkranken zunächst eine intuitive primäre Kurzdiagnostik durchführen. Wenn hierbei nichts Besonderes zutage kommt, keine Allgemeinerscheinungen vorhanden sind, die Beschwerden weniger als 1 Woche lang bestehen und wenn der Erkrankte körperlich einen guten Eindruck macht, darf der Arzt bei örtlichem Druckschmerz „so tun als ob“ (wirklich) eine Myalgie vorliegt. Gehen die Schmerzen nach einer entsprechenden Behandlung nicht rasch zurück oder es kommen weitere Symptome dazu, dann erfolgt der Einsatz der

■ Checkliste Nr. 8

für Patienten mit lateralen Myalgien oder Neuralgien im Bereich zwischen Thorax und Becken, die anscheinend banal sind, aber nach einwöchiger Dauer vorgestellt oder 1 Woche lang erfolglos behandelt wurden (Lumbago). Die programmierte Untersuchung kann jederzeit abgebrochen und in Abhängigkeit von Beschwerden und Befund mit folgenden Checklisten fortgesetzt werden, die sich wegen der anatomischen und pathophysiologischen Bezüge naheliegenderweise überschneiden:

- Checkliste Nr. 9 (Kreuzschmerzen)
- Checkliste Nr. 10 (Glutealschmerzen)

- Checkliste Nr. 17 (Bandscheibenschaden)
- Checkliste Nr. 19 (Ischialgie)

Je nach konkreter Schmerzlokalisierung und Symptomatik wird der Allgemeinarzt im Bedarfsfall zunächst eine dieser 5 Checklisten zur Hand nehmen, er sollte aber auch die übrigen Untersuchungsprogramme, insbesondere **Nr. 17 Bandscheibenschaden** – Bild eines Wurzelreizsyndroms (► Abschn. 4.17) im Blick behalten. Gerade im Verlauf der Behandlung können „Schmerzen wandern“ und sich neue Symptome zeigen.

■ Bildgebende Verfahren

Heute spielen oftmals primär eingesetzte bildgebende Verfahren eine viel größere Rolle als zu Zeiten, in denen die Checklisten der Programmierten Diagnostik entwickelt wurden. Die unterschiedlichen Indikationen der Programme könnte man vielleicht zu einer Gesamtcheckliste zusammenfassen. Mit der **MRT** besteht die Möglichkeit, neben dem festen Knochengestüt auch Weichteile, Muskeln, Nerven und Bandscheibenstrukturen besser zu beurteilen als mit der bloßen Befragung und körperlichen Untersuchung. Dies birgt aber auch die große Gefahr, nur noch „die Bilder zu behandeln“ und nicht mehr den ganzen Patienten zu sehen. Das drückt sich nicht selten auch im radiologischen Befund aus: „Die Beschwerden sind (nicht) mit dem bildgebenden Befund vereinbar.“

i Anamnese und körperliche Untersuchung sind trotz bildgebender Diagnostik obligat.

Neben nichtspezifischen Lumbalschmerzen und Myalgien spielen verschiedene ähnliche Beschwerdebilder und insbesondere **abwendbar gefährliche Verläufe** eine Rolle. Nicht vergessen sollte der Allgemeinarzt auch, die **Abdominalorgane** mit einzubeziehen, welche gelegentlich nach dorsal ausstrahlende Schmerzen verursachen können (**extravertebrale Kreuzschmerzen**). Wird dann auf der Untersuchungsliege der **Lasègue-Test** geprüft, kann zugleich auch das Abdomen auskultiert und palpiert werden. Natürlich ist zudem auch ein Sonographiegerät hilfreich, um rasch Aorta oder Nieren beurteilen zu können.

Wünscht der von einem Hexenschuss gequälte Patient die ihm gut bekannten Spritzen (z. B. Quaddelung der Triggerpunkte), wird der Arzt zwangsläufig auch die Haut des Patienten näher betrachten. Vielleicht springen ihm einseitig lokalisierte Bläschen ins Auge, die an einen **Herpes zoster** denken lassen. Natürlich ist bei auffälliger Hautrötung auch nach lokaler Wärmeanwendung zu fragen.

i Patienten mit **Lumbalschmerzen** sollten bis auf die Unterwäsche **entkleidet** untersucht werden (Beurteilung von Haut und Gangbild).

Übersicht zu Programm Nr. 8 (Lumbalschmerzen).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung

- Fraktur bei Osteoporose
- Malignome
- Knochenmetastasen
- Spondylodiszitis
- *Morbus Bechterew*
- Bandscheibenvorfall
- inkarzerierte Hernien
- Nierenstau
- Herpes zoster
- Aortenaneurysma
- *Myalgie*
- *Spondylose*
- *Skoliose*
- *Arthrose (auch Hüfte/Knie)*
- *Facettensyndrom*

8 Checkliste Lumbalschmerzen-Programm

– für Patienten mit lateralen Myalgien oder Neuralgien im Bereich zwischen Thorax und Becken, die anscheinend banal sind, aber nach einwöchiger Dauer vorgestellt oder 1 Woche lang erfolglos behandelt wurden (Lumbago)
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1998, 2003) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
Krank (Bettruhe) seit
Gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Schmerzcharakter / -dauer / -lokalisation
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Plötzlicher / schleichender Beginn
Vorher Fieber
Schmerzen konstant / nachlassend / zunehmend / dauernd / anfallsweise /
sitzend / liegend / stehend
Wohin ausstrahlend (ein- / beidseitig)
Kältegefühle / andere Parästhesien
Sonst noch (andere Erkrankungen / Symptome)

Ausgelöst durch Verletzung / Zerrung / Kälte / Bücken / Heben / anderes

Schlechter durch Niesen / Husten / Bücken / Heben / Drehen im Bett /
Aufregung / Wetterveränderung
Besser durch Bewegung / Ruhe / Wärme / Kälte / Beruf / tags / nachts /
sonstiges
Gewichtsabnahme / Appetitlosigkeit / Nachtschweiß

Miktion / Menses / Stuhlgang
Beinödeme
Bettmatratze hart / durchhängend
Berufliche Exposition / Medikamente
Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Inspektion
Schmerzlokalisierung durch Patient demonstriert

Schmerz bei Seitbeugung / Oberkörperrotation / Vorbeugen /
Rückbeugen / Hüftgelenkbewegung / Druck auf LWS von
oben / rückwärts / paravertebral / Druck aufs Kreuzbein / bei
Fersengang zu- oder abnehmend

Wirbelsäulenklippschmerz / Muskeldruckschmerz

Abdomen weich / druckschmerzhaft / Nierenlagerklippschmerz

Trendelenburg-Zeichen
Vorlaufphänomen
Atrophien / Schwäche im Bein / in Bauchmuskeln

Lasègue / Reflexe (Patellar- und Achillessehne)

Sensibilitätsstörungen
Extremitätenpulse
Extremitätendeformierungen / Beinlängendifferenzen

Rektal / vaginal
Körpergewicht
Urin
BKS / CRP / Blutbild / Kreatinin
Sonstiges Labor / PSA
Sonographie (Nieren)
Röntgen (Malignom / Metastasen) / CT / MRT

Elektro-neurographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.9 Kreuzschmerzen – Uncharakteristische Kreuzschmerzen

Torben Brückner, Frank H. Mader

Jeder Allgemeinarzt kennt aus seinem Praxisalltag jene zahlreichen Patienten mit ihren Klagen „*Ich habe Rücken*“ oder „*Mich hat's wieder im Kreuz erwischt*“. Solche „Kreuzschmerzen“ sind mit Rang 7 bis 8 ein überragend häufiges BE in der Allgemeinpraxis (Mader und Riedl 2018).

In der allgemeinmedizinischen Fachsprache (Kasographie) werden nur diejenigen Schmerzzustände als **uncharakteristische Kreuzschmerzen** (A/B) bezeichnet, die sich unmittelbar über dem Kreuzbein einschließlich beider Sakroiliakgelenke abspielen („Sakrago“). In der Fachsprache des Kliniklers (Nosographie) sowie in der S3-LL der NVL Nichtspezifischer Kreuzschmerz (2017) umfasst dagegen der Begriff „Kreuzschmerzen“ („**untere Rückenschmerzen**“) eine wesentlich größere Region, nämlich den Bereich vom unteren Rückenbogen bis zu den Glutealfalten, eventuell mit Ausstrahlung in die Beine, wodurch es zu Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen kommen kann. Damit wird also generalisierend nicht nur die anatomische Kreuzregion, sondern teilweise auch der LWS- und Glutealbereich bezeichnet. In der NVL werden zudem unterschieden:

- **Nichtspezifische Kreuzschmerzen** (trotz ausführlicher Diagnostik keine klaren Ursachen erkennbar).
- **Spezifische Kreuzschmerzen** (u. a. Malignome, Metastasen, Frakturen, Infektionen, Entzündungen, Nervenkompression, **extravertebrale Ursachen**: z. B. Aortenaneurysma, Harnwegsaffektionen).

Ferner erfolgt eine Einteilung bezüglich des **zeitlichen Verlaufs**, was Diagnostik, Therapie sowie die individuelle Mobilitäts- und Funktionseinschränkung des Patienten betrifft:

- **Akut**: Schmerzen < 6 Wochen
- **Subakut**: Schmerzen 6–12 Wochen
- **Chronisch**: Schmerzen > 12 Wochen.

Zur genaueren Differenzierung und Einordnung sollte der Arzt die

■ Checkliste Nr. 9

für akute und länger andauernde, uncharakteristische Schmerzzustände im Kreuzbeinbereich beim offenbar leicht kranken Patienten anwenden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Schmerzen nicht nur lokal präsentieren, indem beispielsweise der Patient mit der Hand darauf zeigt, sondern im Verlauf auch „wandern“ können. Die programmierte Untersuchung kann jederzeit abgebrochen und in Abhängigkeit von anderen Beschwerden und Befunden mit den folgenden Checklisten fortgesetzt werden, die sich wegen der anatomischen und pathophysiologischen Bezüge naheliegenderweise überschneiden. Das Programm **Nr. 17 „Bandscheibenschaden“** sollte eher großzügig eingesetzt werden.

- Checkliste Nr. 8 (Lumbalschmerzen)
- Checkliste Nr. 10 (Glutealschmerzen)

- Checkliste Nr. 17 (Bandscheibenschaden)
- Checkliste Nr. 19 (Ischialgie)

■ Intuitive Kurzdiagnostik

Leichte, ganz frische Erkrankungen ohne Allgemeinerscheinungen und ohne radikuläre Symptome können diagnostisch primär intuitiv versorgt werden, besonders dann, wenn der Patient schon einschlägige Erfahrungen gemacht hat und nur wegen eines Rezeptes/einer AU-Bescheinigung, einem Wunsch nach Physiotherapie oder wegen eines chirotherapeutischen Eingriffs die Sprechstunde aufsucht. Erste Empfehlungen von **Bewegung** und Wärmeanwendung führen in vielen Fällen bereits zur Linderung der Symptome. Die überwiegende Mehrheit der Patienten leidet an sog. unspezifischen Rückenschmerzen. Nach etwa 6 Wochen sind 90 % der Patienten mit akuten Rückenschmerzen wieder in der Lage, ihrer Arbeit nachzugehen, wohingegen Schmerzfreiheit nur bei 40–60 % erreicht wird.

Im Allgemeinen sind es die intermittierenden Funktionsstörungen und Schmerzen, welche den Patienten immer wieder zum Hausarzt zurückführen. Dabei sollte stets – auch wenn die Beratungsursache (BU) zunächst wie die „gute alte Bekannte“ erscheint – bei jedem erneuten Patienten-Arzt-Kontakt an einen möglichen **abwendbar gefährlichen Verlauf** gedacht werden. Besonders dann, wenn der Patient „wie nebenbei“ erwähnt: „*Frau Doktor, heute ist es aber besonders schlimm.*“ Oder: „*Irgendwie fühlt es sich diesmal anders an als sonst.*“ Nur bei rund 15 % der Patienten mit Rückenschmerzen wird sich eine **spezifische Ursache** herausfinden lassen, der restliche Großteil demgegenüber verbleibt nichtspezifisch (Casser et al. 2016), also uncharakteristisch.

Bei **Kindern** oder **Jugendlichen**, die über belastungsabhängige untere Rückenschmerzen klagen, sollte an eine **Spondylolyse L4/5** gedacht werden, die in späteren Jahren auch zu Spondylolisthesis führen kann.

■ Abwendbar gefährliche Verläufe und Alarmsymptome

Nur ein sehr geringer Anteil an Kreuzschmerzen bei erwachsenen Patienten in der primärärztlichen Versorgung tritt in Zusammenhang mit einer Krankheit, beispielsweise des Magen-Darmtrakts, des weiblichen Genitales oder der Nieren und der ableitenden Harnwege auf. Die digital-rektale Untersuchung dient dabei nicht nur der Aufdeckung von Pathologien des Enddarmes, sondern auch der Prostata. Das **Prostatakarzinom**, zunächst weitgehend symptomlos, kann früh metastasieren, insbesondere in die Lymphknoten des Beckens und ossär in Becken und LWS. Manchmal sind es also die **Knochenmetastasen**, welche sich zuerst als „*Kreuzschmerzen*“ oder „*Ischias*“ bemerkbar machen können.

- ❗ Bei neu aufgetretenen Kreuzschmerzen von **Männern** über 40 Jahre sollte stets ein **Prostatakarzinom** in Erwägung gezogen werden!

Die **Osteoporose** verläuft im Anfangsstadium und auch in ihrer weiteren Entwicklung ebenfalls lange symptomlos. Akute

Rückenschmerzen können also bereits auf **Wirbelkörper-einbrüche** hinweisen. **Chronischer Rückenschmerz** durch Osteoporose ist durch Fehlstatik des Achsenskeletts infolge von Über- und Fehlbelastung des Bewegungsapparates zu erklären. Die Vitamin-D-Mangelkrankheit der Erwachsenen (**Osteomalazie**), verrät sich früh durch generalisierte schwere Knochenschmerzen.

Leitsymptom für einen **Morbus Bechterew** ist Rückenschmerz mit den dafür typischen Beschwerden: Morgensteifigkeit > 30 min; Besserung durch Bewegung, nicht durch Ruhe; Erwachen wegen Schmerzen in der zweiten Nachthälfte; wechselnder Gesäßschmerz. Liegen 2 dieser 4 Kriterien vor, ist der Rückenschmerz als **entzündlich** einzustufen. Bei Menschen mit Gangstörungen und/oder kognitiven Einschränkungen sollte zudem (ggf. bei Angehörigen) nach einem **Traumaereignis** gefragt werden. Auch vermeintliche Bagatellunfälle wie einfache **Stürze** verursachen oftmals **Frakturen** im Beckenbereich.

Wichtig bei zunächst uncharakteristisch in Erscheinung tretenden Rückenschmerzen sind bestimmte **Alarmsymptome** mit ihrem möglichen AGV. Die erlebte Anamnese kann dabei für den Hausarzt manchmal vorteilhaft sein:

- Alter > 50 Jahre (Malignome)
- Trauma in der Anamnese (Fraktur)
- Systemische Steroidtherapie, Immunsuppression (Infektionen, Osteoporose)
- Andere Medikamente (z. B. Antiepileptika)
- B-Symptomatik, nächtlich starker Schmerz (Infektionen, Malignome)
- Dermatombegleitende Schmerzen, neurologische Ausfälle (Nervenkompressionen)

■ Psychosoziale Einflüsse

Bei längere Zeit anhaltenden Lumbalschmerzen bzw. immer wiederkehrenden Attacken sollte der Allgemeinarzt stets die **psychosozialen Einflussfaktoren** („yellow flags“) wie Depression, Angststörung, Katastrophisieren berücksichtigen, zumal diese zu einer **Chronifizierung** von Rückenschmerzen beitragen können. Hüten sollte sich aber der Arzt davor, den Schmerz vorschnell als „reine Somatisierung“ abzutun (Schwarze und Schiltenswolf 2017).

■ ISG-Syndrom

Zahlreiche degenerative Erscheinungen oder Funktionsstörungen können – obwohl kein AGV ersichtlich – ebenfalls (nichtspezifische) Kreuzschmerzen verursachen, beispielsweise das **Iliosakralgelenk-Syndrom** (ISG-Syndrom/ISG-Blockierung). Meist sind es Patienten, die man im Wartezimmer stehend und ein Magazin lesend antrifft oder die vornübergebeugt mit der Hand am Kreuzbein ins Behandlungszimmer eintreten und berichten, dass die Schmerzen im Gehen erträglicher seien als im Sitzen oder Liegen. Trotz des Zeitaufwandes und der Beschwerden sollte der Allgemeinarzt den Patienten dennoch möglichst auch ohne Hose/Socken und Schuhe untersuchen, um dessen Gangbild zu beurteilen. **Beinlängendifferenzen** wie auch **Fußfehlstellungen** können ebenfalls wie **Arthrose** in Hüfte oder Knie „ins Kreuz gehen“.

Rückenschmerzen treten jedoch nicht gehäuft bei degenerativen Prozessen auf.

- i** Keine Empfehlung von **Bettruhe** bei nichtspezifischen Kreuzschmerzen!

Übersicht zu Programm Nr. 9 (Kreuzschmerzen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- **Ileosakralgelenk-Syndrom (ISG)**
- **Spinalkanalstenose**
- **Osteoporose**
- **Facettensyndrom**
- **Frakturen im Beckenbereich**
- **Malignome**
- **Knochenmetastasen**
- **Nierenerkrankungen**
- **Spondylitis ankylosans (M. Bechterew)**
- **Aortenaneurysma**
- **Coccygodynie**
- **Myalgie**
- **Arthrose (auch Hüfte/Knie)**
- **Spondylolyse/Spondylolisthesis**
- **Beinlängendifferenz**
- **Fußfehlstellungen**

9 Checkliste Kreuzschmerzen-Programm

– für akute und länger andauernde, uncharakteristische Schmerzzustände im Kreuzbeinbereich beim offenbar leicht kranken Patienten

Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 1998, 2003) mod. Mader FH (2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
Krank (Bettruhe) seit	Inspektion
Gleich / besser / schlechter	Schmerzlokalisierung durch Patient demonstriert
Schon mal gehabt	
Schmerzcharakter / -dauer / -lokalisierung	Schmerz bei Seitbeugung / Oberkörperrotation / Vorbeugen / Rückbeugen / Hüftgelenkbewegung / Druck auf LWS von oben / rückwärts / paravertebral / Druck aufs Kreuzbein / bei Fersengang zu- oder abnehmend
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Wirbelsäulenklumpfschmerz
Plötzlicher / schleichender Beginn	Muskeldruckschmerz / Nierenlagerklumpfschmerz
Vorher Fieber	Trendelenburg-Zeichen
Schmerzen konstant / nachlassend / zunehmend / dauernd / anfallsweise / sitzend / liegend / stehend	Vorlaufphänomen
Wohin ausstrahlend (ein- / beidseitig)	Atrophien / Schwäche im Bein / in Bauchmuskeln
Kältegefühle / andere Parästhesien	Lasègue / Reflexe (Patellar- und Achillessehne)
Sonst noch (andere Erkrankungen / Symptome)	Sensibilitätsstörungen
Ausgelöst durch Verletzung / Zerrung / Kälte / Bücken / Heben / anderes	Extremitätenpulse
	Extremitätendeformierungen / Beinlängendifferenzen
Schlechter durch Niesen / Husten / Bücken / Heben / Drehen im Bett / Aufregung / Wetterveränderung	Rektal / vaginal / Testes
Besser durch Bewegung / Ruhe / Wärme / Kälte / Beruf / tags / nachts / sonstiges	Körpergewicht
Gewichtsabnahme / Appetitlosigkeit / Nachtschweiß	Urin
Miktion / Menses / Stuhlgang	BKS / CRP / Blutbild / Kreatinin
Beinödeme	Sonstiges Labor / PSA
Bettmatratze hart / durchhängend	Sonographie (Nieren)
Berufliche Exposition / Medikamente	Röntgen (Malignom / Metastasen) / CT / MRT
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	Elektroneurographie
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	
	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.10 Glutealschmerzen – Uncharakteristische Schmerzen in der Gesäßmuskulatur

Torben Brückner, Frank H. Mader

Bei vielen beruflichen und Freizeittätigkeiten geht es kaum ohne dauerhaftes Sitzen ab. Nicht immer gibt es einen ergonomischen Arbeitsplatz. Im Sitzen lastet der gesamte Oberkörper mit Kopf und Armen auf Lendenwirbelsäule und Becken – anderthalb mal so viel Belastung wie im Stehen. Dass **Gesäßschmerzen** – fachsprachlich **Glutäago** (A) – mit chronisch überlasteten Muskeln und Bändern mit Becken und unterer LWS zusammenhängen, scheint einleuchtend: Die Strukturen müssen beim Sitzen das Kreuz aufrecht halten. Dazu kommt noch ein Lebensstil mit fehlendem Ausgleich zwischen Arbeit und Muße, Ruhe und Bewegung.

Neben den häufigen Rücken- bzw. Kreuzschmerzen klagen Patienten manchmal auch über sehr klar definierte Schmerzen im Gesäß, meist einseitig, nicht unbedingt akut einsetzend, die oft mehrere Tage unverändert anhalten. Oft wird mit der Hand der direkte Schmerzpunkt am Gesäß gezeigt. Während bei **Bandscheibenvorfall** und **Ischialgie** besonders Wirbelsäule und Nerven(-wurzeln) im Vordergrund stehen, spielen beim Gesäßschmerz Muskeln, Sehnenansätze und Faszien eine entscheidende Rolle (**myofasziale Schmerzen**). Beim typischen Glutealschmerz des „**Piriformis-Syndroms**“ findet sich neben den Triggerpunkten eine Druckschmerzhaftigkeit insbesondere am Ansatz der Piriformissehne am Trochanter major dorsal, weiter im Verlauf nach medial zum Ursprung, der gelegentlich entlang des S1-Dermatoms ausstrahlt. Die Beine können nicht schmerzfrei gespreizt werden. Neurologische Ausfälle fehlen. Zugleich kann aber auch eine Kompression des N. ischiadicus vorhanden sein („double devil“).

i Es ist nicht immer einfach, **radikuläre** von **pseudoradikulären Schmerzausbreitungen** zu unterscheiden.

Für Befragung, Untersuchung und Dokumentation dieser Fälle wurde die

■ Checkliste Nr. 10

für Patienten mit scheinbar banalen, jedoch über 1 Woche bestehenden und/oder therapieresistenten Myalgien oder Neuralgien im glutealen Bereich entwickelt, um auch gefährliche Prozesse auszuschließen. Sobald sich Hinweise auf neurologische Auffälligkeiten ergeben, sollte umgehend die Checkliste Nr. 17 „**Bandscheibenschaden**“ herangezogen werden. Schwieriger ist die Abgrenzung einer Ischialgie (Checkliste Nr. 19 „**Ischialgie**“), die durch eher fortlaufende Schmerzsymptomatik des Beines und Parästhesien charakterisiert ist. Daneben stehen noch die Checklisten Nr. 8 „**Lumbalschmerzen**“ und Nr. 9 „**Kreuzschmerzen**“ zur Verfügung. Weitere mögliche Ursachen für Schmerzen im

Bereich von Beckengürtel und Oberschenkel mit und ohne Ausstrahlung²:

- Facettengelenksyndrom
- Femoroacetabuläres Impingement
- Insertionstendopathie
- Ileosakralgelenksyndrom
- Lumboischialgie
- Meralgia paraesthetica
- Piriformis-Syndrom

Uncharakteristische Muskelschmerzen im Gesäßbereich („ziehend“, „wie Rheuma“) sollten auch – als Ausnahme von der Regel – an eine **Polymyalgia rheumatica** denken lassen. Dabei bestehen die Schmerzen eher beidseits und bevorzugt im Schulter-Arm-Bereich (► Abschn. 4.13). **Knochenmetastasen**, die ähnlich „ziehende Schmerzen im Gesäß“ verursachen können, sind weitere seltene **AGVs**.

Übersicht zu Programm Nr. 10 (Glutealschmerzen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Frakturen im Beckenbereich
- Malignome
- Knochenmetastasen
- Polymyalgia rheumatica
- Nervenwurzelreizungen
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)
- Spinalkanalstenose
- Piriformis-Syndrom
- Myalgie
- Arthrose
- Beinlängendifferenz
- Fußfehlstellungen
- Ileosakralgelenk-Syndrom

2 Blay (2016); ausführlich mit Zeichnungen in: Mader: Fakten-Fälle-Fotos®, ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=59&anker_nr=57. Zugriff: 23.7.2019, 18:31.

10 Checkliste Glutealschmerzen-Programm

– für Patienten mit scheinbar banalen, jedoch über eine Woche bestehenden und / oder therapieresistenten Myalgien oder Neuralgien im Bereich der Gesäßmuskulatur

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Krank (Bettruhe) seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Schmerzcharakter / -dauer / -lokalisation
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Plötzlicher / schleichender Beginn
 Vorher Fieber
 Schmerzen konstant / nachlassend / zunehmend / dauernd / anfallsweise /
 sitzend / liegend / stehend
 Wohin ausstrahlend (ein- / beidseitig)
 Kältegefühle / andere Parästhesien
 Sonst noch (andere Erkrankungen / Symptome)
 Ausgelöst durch Verletzung / Zerrung / Kälte / Bücken / Heben / anderes
 Schlechter durch Niesen / Husten / Bücken / Heben / Drehen im Bett /
 Aufregung / Wetterveränderung
 Besser durch Bewegung / Ruhe / Wärme / Kälte / Beruf / tags / nachts /
 sonstiges
 Gewichtsabnahme / Appetitlosigkeit / Nachtschweiß
 Miktion / Menses / Stuhlgang
 Beinödeme
 Bettmatratze hart / durchhängend
 Berufliche Exposition / Medikamente
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Inspektion
 Schmerzlokalisierung durch Patient demonstriert
 Schmerz bei Seitbeugung / Oberkörperrotation / Vorbeugen /
 Rückbeugen / Hüftgelenkbewegung / Druck auf LWS von
 oben / rückwärts / paravertebral / Druck aufs Kreuzbein / bei
 Fersengang zu- oder abnehmend
 Wirbelsäulenklumpfschmerz
 Muskeldruckschmerz / Nierenlagerklumpfschmerz
 Trendelenburg-Zeichen
 Vorlaufphänomen
 Atrophien / Schwäche im Bein / in Bauchmuskeln
 Lasègue / Reflexe (Patellar- und Achillessehne)
 Sensibilitätsstörungen
 Extremitätenpulse
 Extremitätendeformierungen / Beinlängendifferenzen
 Rektal / vaginal / Testes
 Körpergewicht
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / Kreatinin
 Sonstiges Labor / PSA
 Sonographie (Nieren)
 Röntgen (Malignom / Metastasen) / CT / MRT
 Elektroneurographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.11 Arthropathie – Uncharakteristische Gelenkschmerzen

Frank H. Mader

Patienten mit „*Gelenkschmerzen*“, fachsprachlich **Arthropathien** und **Periarthropathien**, suchen erstaunlich häufig ihren Hausarzt auf, sei es, dass sie primär die Ursache nicht gleich zuordnen können, die Einschränkung ihrer Mobilität befürchten, weiterhin Beschwerden oder Schmerzen trotz spezialisierter (Mit-)Behandlung haben oder dass die selbst gekauften Salben irgendwie nicht den versprochenen Erfolg brachten.

Die Häufigkeit dieser Konsultationen drückt sich auch fällestatistisch aus: So haben Arthropathien und Periarthropathien zusammen mit Kreuzschmerzen (► Abschn. 4.9) seit den 1970er Jahren im Vergleich zu den 1950er Jahren im allgemeinmedizinischen Krankengut eine deutliche Verschiebung nach oben erfahren und nehmen nahezu denselben Rang ein wie das Uncharakteristische Fieber (UF) (► Abschn. 4.1). Die

■ Checkliste Nr. 11

für uncharakteristische Gelenkschmerzen (Arthropathien und Periarthropathien) von 1- bis 2-wöchiger Dauer oder bei Therapieresistenz dient vor allem dem Zweck, systematisch die wichtigsten atypischen und eher seltenen Gelenkerkrankungen zu bedenken, nachzuweisen oder – soweit möglich – in Zusammenarbeit mit dem Spezialisten auszuschließen.

Arthropathien und Periarthropathien sind charakterisiert durch **akute** oder **rezidivierende** Beschwerden im engeren Bereich und/oder in der Umgebung eines großen Gelenks (z. B. Hüfte, Kniegelenk oder Schulter, ► Abschn. 4.13) oder seltener eines kleinen Gelenkes (z. B. Daumengrundgelenk, Kiefergelenk). Die stark wechselnde Symptomatik ist typisch. Bei diesen BEs handelt es sich oft um **Kombinationen** von akuten Arthropathien mit **Tendopathien**, **Myopathien** oder **Bursopathien**. Betroffen ist hauptsächlich ein einzelnes Gelenk.

■ Entzündung oder Trauma

Der **entzündliche Gelenkschmerz** ist in der Regel als Kapselschmerz zu deuten. Er tritt umso intensiver auf, je akuter der Verlauf, je ausgedehnter der Befall und je größer der Binnenraum des betroffenen Gelenkes ist.

Der **traumatische Kapselschmerz** (Vorgeschichte!) stellt sich anders da: So verursacht eine Kapselzerreißen typische Wundschmerzen, die auf ihr Gebiet beschränkt und durch Palpation lokalisierbar sind. Im Gegensatz zum **konstanten Schmerz** bei Entzündung werden traumabedingte Kapselschmerzen als **latente Schmerzen** bezeichnet. Sie verschwinden in der Ruhe weitgehend, stellen sich aber auf Druck oder Zug im Bereich der Wundstelle sofort wieder ein. In welchem Ausmaß Kapseln, Bänder, Bursen, Sehnen, Menisci oder Knorpel beteiligt sind, lässt sich für gewöhnlich nicht klar feststellen (Mader und Riedl 2018).

Uncharakteristische Gelenkschwellungen lassen den Allgemeinarzt zunächst in vielerlei Richtungen denken,

wie **Arthritis urica** (► Abschn. 4.14), **rheumatoide Arthritis** (► Abschn. 4.12) als wesentlicher **abwendbar gefährlicher Verlauf** oder **reaktive** („postinfektiöse“) **Arthritiden** z. B. nach Röteln, Ringelröteln, Eppstein-Barr-Virus (EBV), Hepatitis B und C oder nach Infektionen im Urogenital-/Darmtrakt durch Yersinien, Shigellen, Salmonellen, Chlamydien, Mykoplasmen oder durch Borrelien, Streptokokken („**Infekt-arthritis**“). Häufig sind diese Gelenkaffektionen begleitet von Allgemeinerscheinungen wie Fieber, Muskelschmerzen und Müdigkeit. Ein typischer Vertreter einer seronegativen reaktiven Gelenkerkrankung ist der **M. Reiter** (Trias: Arthritis, Konjunktivitis/Uveitis, Urethritis).

i Die Gelenkschwellung ist das Leitsymptom der rheumatischen Arthritis.

Wegen der vielfältigen örtlichen Symptome, der unterschiedlichen Befallsmuster und der möglichen Ursachen bei „*Gelenkschmerzen*“ bieten sich zur vertieften Diagnostik entsprechend viele verschiedene Programme an

- Checkliste Nr. 12 (Polyarthritiden)
- Checkliste Nr. 13 (Schulterschmerzen)
- Checkliste Nr. 14 (Gicht)
- Checkliste Nr. 22 (Knieverstauchung)
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)

Bei unklarer Schwellung eines großen Gelenks mit Rötung, Fieber und massiven Schmerzen muss auch das seltene Krankheitsbild einer **septischen Arthritis** in Erwägung gezogen werden, möglicherweise durch Trauma, Punktion oder Operation oder auf hämatogenem Weg (z. B. Zahninfekt, intravasaler Katheter) verursacht.

Übersicht zu Programm Nr. 11 (Arthropathie). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Arthrosis deformans**
- **Monoarthropathie mit Erguss**
- **Rheumatoide Arthritis**
- **Borreliose**
- **Reaktive Arthritis (postinfektiös)**
- **Fibromyalgie**
- **M. Reiter**
- **Arthritis urica**
- **Rheumatisches Fieber**
- **Septische Arthritis**

11 Checkliste Gelenkschmerzen-Programm

– für uncharakteristische Gelenkschmerzen (Arthropathien und Periarthropathien) von 1- bis 2-wöchiger Dauer oder bei Therapieresistenz

Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Beschwerden (li / re) seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Urolithiasis / Hyperurikämie bekannt
 Beginn akut / schleichend
 Allgemeinsymptome (Fieber / Mattigkeit / Schwitzen / Sonstiges)

Schwäche / Taubheit
 Hautausschlag (Psoriasis!) / Augenschmerzen

Zeckenstich möglich (Borreliose!)
 Katzenkratzer (Felinose!)
 Halsschmerzen / Husten
 Vorausgegangen Durchfall / andere Verdauungsstörungen / Virusinfekt / Impfung / Sonstiges
 Rücken- / Knochenschmerzen
 Schmerzen in Ruhe / Bewegung / permanent / schubweise

Morgens Gelenke steif / Schwellungen seit
 Besser durch Ruhe / Hitze / Kälte / Einreibung / Umschläge / nichtsteroidale Antirheumatika / sonstige Therapie
 Ausgelöst durch akutes / chronisches Trauma

Arbeitsunfähigkeit
 Alkoholkonsum
 Miktion / Stuhl / Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Gelenke (welche) geschwollen / rot / überwärmt / druckschmerzhaft / unauffällig
 Umgebung frei
 Aktive / passive Bewegung schmerzhaft / Gelenke gesperrt

Rheumatische Knötchen / Tophi
 Anzeichen für Fokalherde
 Körpergewicht
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild
 Harnsäure / Kreatinin
 Untersuchung der Gelenkflüssigkeit
 Rheumafaktor / CCP-Antikörper / ANA
 Gonorrhö-Test / Lues-Test
 Borreliose-Serologie
 Sonstiges Labor
 Gelenksonographie / Röntgen / CT / MRT

Arthroskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.12 Polyarthrititis – Bild einer rheumatoiden Arthritis (RA)

Frank H. Mader

Rheumatische Erkrankungen, im Volksmund kurz „*Rheuma*“ genannt, umfassen über 100 verschiedene Krankheitsbilder, die durch Entzündungen oder Stoffwechselstörungen hervorgerufen werden und die vorwiegend das Bewegungssystem betreffen. Die für den Hausarzt wesentlichen Krankheiten, die mit **Gelenk- und/oder Muskelschmerzen** einhergehen und sich im **Frühstadium** nicht immer einfach abgrenzen lassen, sind in ■ Tab. 4.1 zusammengefasst.

Manche Beratungsprobleme, die dem Allgemeinarzt zunächst als uncharakteristische Arthropathie (► Abschn. 4.11) begegnen, können sich im Laufe der Zeit zu einer **rheumatoiden Arthritis (RA)** (internationale Bezeichnung; früher auch **chronische Polyarthrititis/cP**) entwickeln.

Die RA ist die häufigste chronisch-**entzündliche Autoimmunerkrankung** des Menschen. Weltweit sind bis 1 % der Bevölkerung betroffen, Frauen dreimal so häufig wie Männer. Die Krankheit kann in jedem Lebensalter auftreten (auch bei Kindern!), am häufigsten zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Dies spiegeln auch die allgemeinmedizinischen Fällverteilungsstatistiken wider, in denen die RA einen mittleren Rang einnimmt. Die deutschsprachige Bezeichnung beinhaltet bereits die 3 wichtigsten Charakteristika der Erkrankung: Chronizität – Gelenkentzündung – Vielzahl der betroffenen Gelenke.

Typische Merkmale von rheumatisch entzündeten Gelenken sind:

- Gelenkschmerz, vor allem in Ruhe;
- Morgensteife der Gelenke > 30 min;
- Schwellungen in > 2 Gelenken;
- allgemeines Krankheitsgefühl: Erschöpfung, Müdigkeit, Fieber, Gewichtsabnahme, Nachtschweiß.

Eine RA kann plötzlich, aber auch schleichend auftreten. **Erste Anzeichen** sind Schwellungen, Überwärmung und manchmal Rötung sowie morgendliche Steifheit der Gelenke. Die Beschwerden sind meist symmetrisch und treten häufig zunächst an den Grund- und Mittelgelenken der Finger oder Zehen auf. Es können aber auch andere Gelenke wie Hand-, Knie, Schulter, Hüft- oder Fußgelenke und auch die obere Halswirbelsäule betroffen sein. **Rheumaknoten** – derbe Knötchen unter der Haut, oft an der Streckseite der Ellbogengelenke – manifestieren sich eher erst bei fortgeschrittener Krankheit.

Da es sich bei der RA um eine **Systemerkrankung** handelt, ist sowohl ein entzündlicher Befall innerer Organe (z. B. Herz, Lunge) als auch eine Entzündung der Gefäße (Vaskulitis) möglich. Charakteristisch für das sehr **variable Krankheitsbild** ist der **Verlauf in Schüben**. Die

■ Checkliste Nr. 12

zur Diagnostik bei einem Krankheitsbild, das wie eine **chronische (rheumatoide) Polyarthrititis aussieht** dient dazu, möglichst frühzeitig bestimmte Beschwerden, Symptome und Befunde einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff (exakte Diagnose/D) oder dem „Bild einer Krankheit“ (C) zuzuordnen oder auszuschließen („confirm or rule out!“). Dieser

■ Tab. 4.1 Diagnostische Abgrenzung verschiedener Erkrankungen mit Gelenk- und/oder Muskelschmerzen. (Mod. Riedl und Peter 2017, mit freundlicher Genehmigung)

Charakteristikum	Rheumatoide Arthritis	Spondylarthritiden	Polymyalgia rheumatica	Fibromyalgie	Lyme-Arthritis
Befallsmuster	Eher symmetrischer polyarthritischer (> 4) Gelenkbefall; PIP/MCP Hände, auch große Gelenke, HWS	Fast immer Wirbelsäule und/oder mono-/oligoarthritischer Befall großer Gelenke	Schulter/Nacken; Hüfte/Becken	Schmerzen entlang des Achsenskeletts; beidseitig über und unterhalb der Taille	Primär Monoarthritis (Kniegelenkserguss); Oligoarthritischer Verlauf (2–4 Gelenke) möglich
Weichteilbeteiligung	Tendinitis, Karpaltunnelsyndrom	Enthesiopathien	Periarthropathien wie Tendopathien, Bursitiden	Tenderpoints in den Weichteilen	Myalgien
Organbeteiligung	Herz, Lunge, Nieren, Augen	Möglich: Iritis, Colitis, Psoriasis	Arteriitis temporalis	Funktionelle Störungen	Ja, Spätstadien
Allgemeinerscheinungen	Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Abgeschlagenheit	Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Abgeschlagenheit	Nachtschweiß, Gewichtsverlust, starkes Krankheitsgefühl	Abgeschlagenheit, Müdigkeit	Eher weniger, aber möglich
Pathologische Laborveränderungen	BKS, CRP, RF, anti-CCP	BKS, CRP, Leukozytose, HLA-B27	BKS Sturzsenkung	Keine	IgG/Borrelia-antikörper positiv und im Verlauf ansteigend; Gelenkpunktat

Prozess wird in der Berufstheorie als **Falsifizierung** bezeichnet. Wegen der vielfältigen örtlichen und/oder systemischen Symptome und der nicht immer „typischen“ Befallsmuster bei „*Gelenkschmerzen wie Rheuma*“ bieten sich zur vertieften Diagnostik verschiedene Programme an:

- Checkliste Nr. 1 (Fieber)
- Checkliste Nr. 11 (Arthropathie)
- Checkliste Nr. 13 (Schulterschmerzen)
- Checkliste Nr. 14 (Gicht)
- Checkliste Nr. 22 (Knieverstauchung)
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit)

Leitsymptom einer RA ist die **Gelenkschwellung**, für die zunächst andere mögliche Ursachen auszuschließen sind. Neben dem Gelenkbefund besitzen **Antikörperbefunde** das größte Gewicht für eine Klassifizierung. In der täglichen Praxis reicht es also aus, einen Antikörper, Rheumafaktoren oder Antikörper gegen zyklisch-citrullinierte Peptide (Anti-CCP-Antikörper oder ACPA) zur Abklärung von Gelenksbeschwerden zu quantifizieren (Schneider und Krüger 2013).

Die programmierte Diagnostik berücksichtigt bei „Subjektiv“ und „Objektiv“ bereits die wichtigsten Fragen und schafft im Bedarfsfall durch die Dokumentation eine wichtige Grundlage für das Management der frühen rheumatoiden Arthritis (early arthritis). An eine **Frühform** sollten denken lassen:

- Morgensteifigkeit (mind. 30 min);
- Gelenksschwellungen von zumindest einem Gelenk, vor allem im Bereich der kleinen Fingergelenke;
- Schmerz beim Zusammendrücken der Fingergrundgelenke (Gaenslen-Handgriffzeichen).

Die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien definieren die RA anhand eines **Scores**, der Gelenksymptomatik, Entzündungsparameter, Rheumaserologie und Dauer der Beschwerden erfasst (► <https://www.aerzteblatt.de/archiv/142025/Rheumatoide-Arthritis-Fruehdiagnose-und-Krankheitskontrolle>).

i Längstens wenn > 2 Gelenke $\geq$ 6 Wochen betroffen sind, das Verteilungsmuster polyartikulär ist und die Morgensteifigkeit $\geq$ 60 min beträgt, sollte die **Überweisung zum Rheumatologen** erfolgen.

Ohne adäquate Therapie kann auch heute noch die Krankheit zu Schwerbehinderung führen.

**Übersicht zu Programm Nr. 12 (Polyarthritis).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- *Reaktive Arthritis*
- **Kollagenosen**
- *Kristallarthropatien*
- *Polymyalgia rheumatica*
- **Paraneoplastische Symptome**
- **Lyme-Arthritis (Borreliose)**
- **Psoriasis-Arthritis**
- **Juvenile rheumatoide Arthritis (M. Still)**
- *Fibromyalgie*

12 Checkliste Polyarthritis-Programm

– zur Diagnostik bei einem Krankheitsbild, das wie eine chronische (rheumatoide) Polyarthritis aussieht
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
Krank seit
Gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
Familiär dasselbe
Seit wann insgesamt
Wie oft schon Schübe / fieberhaft
Wann zuletzt
Beginn jetzt / akut / schleichend
Mono- / polyarthritisch / fieberhaft
Symmetrischer Befall
An Zehen- und Fingergelenken
Große Gelenke befallen seit
Dauer der schmerzfreien Intervalle
Morgens Fingersteife > 30 min / Parästhesien
Verschlechterung durch Anstrengung
Gelenkschwellungen konstant / wechselnd / mit Hautrötungen

Allgemeine Schwäche / Muskelschwäche

Fieber
Übermäßiges Schwitzen
Gewichtsabnahme
Rauchen / Alkohol
Miktion / Stuhl / Menses
Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Gelenke (große / kleine) schmerzhaft / Schwellung

Granulomknoten subkutan / streckseitig / gelenknah

Gelenke deformiert
Fingerzusammendrücken schmerzhaft
Episkleritis (evtl. früher)
Lymphknoten
Urin
BKS / CRP / BB / Diff-BB / Harnsäure / GPT / GGT

Rheumafaktor / CCP-AK / ANA / sonstiges Labor

EKG
Gelenksonographie / Röntgen der befallenen Gelenke / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.13 Schulterschmerzen – Uncharakteristische Schulterschmerzen

Frank H. Mader

Schmerzen im Bereich der Schulter, häufig auch mit Bewegungsstörungen, gehören zum hausärztlichen Alltag. Nach Rückenschmerzen (► Abschn. 4.8 und 4.9) sind sie die zweithäufigsten muskuloskelettalen Beschwerden, mit denen Patienten eine Praxis aufsuchen (Burbank et al. 2008). Die

■ Checkliste Nr. 13

bei uncharakteristischen Schmerzen im Schultergelenkbereich dient der systematischen allgemeinärztlichen („programmierten“) Befragung und Untersuchung von Patienten, die es „seit kurzem“, „schon lange“, „immer wieder mal mit der Schulter haben“ und bei denen primär **Schmerzen** und/oder **Bewegungs-** (und damit auch **Funktions-**)einschränkungen im Vordergrund ihrer Beschwerden stehen.

i Nicht bewegungsabhängige Schulterschmerzen haben die Ursache nicht in der Schulter.

Dieses hoch komplexe Symptom **Schulterschmerzen** (B) (**Omalgie**; ICD-10 M25.51) betrifft in der Mehrheit der Fälle Weichteilschmerzen. Beteiligt sind Muskeln, Sehnen, Gelenkkapsel, Schleimbeutel und Gelenkschmiere, nicht aber die Knochen. Die ältere Sammelbezeichnung **Periarthritis humeroscapularis** (PHS) (ICD-10 M76; Schulterläsion) umfasst die häufigen **degenerativen Veränderungen**, die als isoliertes weichteilrheumatisches Bild auftreten können; es kann sich aber auch um sekundäre Periarthropathien bei Gelenkprozessen im Schultergelenk oder im HWS-Bereich handeln. Die allermeisten Schulterschmerzen haben mit einer „Entzündung“ nichts zu tun. Eine Abgrenzung der PHS vom **Zervikobrachialen Syndrom/CBS** (► Tab. 4.2) sollte versucht werden.

Zur diagnostischen Vertiefung stehen weitere Programme zur Verfügung:

- Checkliste Nr. 11 (Arthropathie)
- Checkliste Nr. 12 (Polyarthritis)
- Checkliste Nr. 15 (Arthrose)
- Checkliste Nr. 16 (HWS-Syndrom)

Die für den Hausarzt wesentlichen Krankheiten, die mit **Gelenk-** und/oder **Muskelschmerzen** einhergehen und sich im **Frühstadium** nicht immer einfach abgrenzen lassen, sind in ► Tab. 4.1 zusammengefasst.

■ Uncharakteristische Beschwerden und Befunde

Bei den meisten Fällen sind genaue Differenzierungen mit den Mitteln der gezielten Befragung und der körperlichen Untersuchung (z. B. Druckschmerzhaftigkeit, aktive und passive Bewegungstests) kaum oder nicht exakt möglich; auch wechseln die Untersuchungsbefunde oder die schmerzenden Regionen im Laufe der Behandlungszeit. Für die programmierte Untersuchung hat sich ein Algorithmus mit möglichst einfach zu erhebenden Aspekten bewährt, die in der Check-

liste Nr. 13 bei „Subjektiv“ und „Objektiv“ berücksichtigt sind. Im Wesentlichen betrifft es: Schmerzcharakteristika, ätiologische Faktoren, Lebensalter sowie die Häufigkeit der einzelnen Krankheitsbilder im Schulterbereich, wie

- **Impingement-Syndrom**,
- **Rotatorenmanschettenruptur** mit überwiegender Beteiligung der Supraspinatussehne,
- **Instabilität** des Glenohumeralgelenks,
- partielle **Schultersteife** und **frozen shoulder** und
- Arthrose des Glenohumeralgelenks/**Omarthrose** (eher selten).

Patienten mit Schultererkrankungen klagen in der Regel über **nicht exakt lokalisierbare anteriore Schmerzen** (irreführenderweise als anterolateral bezeichnet) im Bereich des Deltamuskels, die bis zum Ellenbogen ausstrahlen können. Diese Klagen weisen auf eine subakromiale Problematik hin. Bei chronischen Beschwerden kommt am ehesten ein Impingement-Syndrom bzw. eine Rotatorenmanschettenruptur in Betracht. Bei Affektionen des Akromioklavikulargelenks können die Patienten den Schmerzpunkt präzise über dem Gelenk (meist ohne wesentliche Ausbreitung) bestimmen. Eine über den Ellenbogen hinausgehende Schmerzausstrahlung bis in die Finger lässt an eine HWS-Problematik oder an eine Affektion nervaler Strukturen denken (► Tab. 4.3).

Allen lokalen Schulterproblemen gemeinsam ist, dass durch (bestimmte) Bewegungen des Armes die Beschwerden provoziert werden können.

i **Fallstrick** Schulterschmerzen: Alle **Oberbauchorgane** (Leber, Gallenblase) können bei Erkrankung mit Schulterschmerzen reagieren.

■ Schulteruntersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung am teilentkleideten Patienten kann sich der Arzt bereits durch die **Inspektion** von Schulter und Thorax über bestimmte diagnostisch leitende Veränderungen einen Eindruck verschaffen.

Worauf bei der Schulterinspektion zu achten ist

- Vermeidung von Bewegungen oberhalb der Horizontale: Frozen Shoulder
- Schmerzbedingte Fixierung des Armes auf eine Seite: Bursitis calcarea
- Spontane Innenrotation bei entspanntem, frei herabhängendem Arm: Hinweis auf Rotatorenmanschettenruptur
- Schulterstand: Geradstand oder Tiefstand
- Veränderungen der Schlüsselbeine, des Sternoklavikular- und Akromioklavikulargelenks (Stufenbildungen, Schwellungen, hochstehende Klavikula)
- Bizepssehnenruptur: distaler Muskelbauch des Bizeps, eingeschränkte Unterarmflexion
- Absteigen der Schulterblätter: Schädigung des N. thoracicus longus

■ Tab. 4.2 Unterscheidungsmerkmale zwischen Periarthropathia humeroscapularis (PHS) und zervikobrachialem Syndrom (CBS). (Krämer und Grifka 2002)

Periarthropathia humeroscapularis	Zervikobrachiales Syndrom
An der Schulter lokalisierter Schmerz	Diffuser Schulter-Nacken-Schmerz
Diffuser Armschmerz, keine Parästhesien	Segmental lokalisierter Armschmerz, Parästhesien
Schmerz abhängig von Schulterbewegungen	Schmerz abhängig von Halswirbelsäulenbewegungen
Nächtlicher Schmerz nur beim Liegen auf der kranken Schulter	Nächtlicher Schmerz in jeder Lage

■ Tab. 4.3 Schmerzlokalisierung im Schulterbereich bei Erkrankungen des regionalen Bewegungsapparates. (Torklus und Hermann 1997)

Anterior	Kranial	Posterior	Brachialgie	Nacken/unbestimmt
Bursitis subacromialis	Akromioklavikulargelenk-Arthrose	Hintere Schulterinstabilität	Zervikobrachialgie	OCD-Syndrom
Impingement-Syndrom	Akromioklavikulargelenk-Instabilität	Omarthrose	C4-Syndrom	Fibromyalgie
Rotatorenmanschettenruptur	Distale Klavikulaosteolyse (OCD-Syndrom ^a)	Supraskapularis-Syndrom	C5-Syndrom	Polymyalgia rheumatica
Defektarthropathie		Skapulokostales Syndrom	C6-Syndrom	Parsonage-Turner-Syndrom
Akute Tendinitis/Bursitis calcarea		Skapuloposturales Syndrom	C7-Syndrom	China-Restaurant-Syndrom
Omarthrose		Andere Affektionen des skapulothorakalen Nebengelenks	Schulter-Arm-Syndrom	
Bizepssehnenaffektion			Schulter-Hand-Syndrom	
Schulterinstabilität			Thoracic-Outlet-Syndrom	
Schulterempyem			Paget-von-Schroetter-Syndrom	

^aEngl. für occupational cervicobrachial disorder. Syn.: Müdigkeitssyndrom der Schulter

Die Steigerung oder Provokation von Schmerzen bei definierten Bewegungen lässt häufig Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Erkrankung zu (Funktionsanalyse). Abduktion und Elevation schräg nach vorne sind besonders bei subakromialen Konfliktsituationen wie **Bursitis subacromialis**, **Impingement-Syndrom** bzw. **Rotatorenmanschettenruptur** schmerzhaft. Gleiches gilt für Bewegungen bei Innenrotation. Im Alltag bedeutet dies Schmerzen bei Arbeiten in oder über Schulterhöhe, beim Nach-hinten-Führen des Armes (z. B. beim Anziehen einer Jacke oder beim „Schürzengriff“) und bei Tätigkeiten, die eine Innenrotation schräg vor dem Körper erfordern (z. B. Füllen eines Glases aus einer Flasche). Neben Bewegungsschmerzen sind für die genannten Erkrankungen nächtliche Beschwerden typisch: Die Patienten wachen auf, wenn sie sich auf die betroffene Seite legen. Die Symptome einer **Omarthrose** ähneln diesen beschriebenen degenerativen **Subakromialsyndromen**, jedoch werden häufiger schon geringgradige Bewegungen unabhängig von der Richtung als schmerzhaft empfunden; auch Dauerschmerzen sind nicht selten. Im Gegensatz dazu

klagen Patienten mit einer Instabilität über plötzliche Beschwerden bei definierten Bewegungen, die dann auch sehr schnell wieder verschwinden können.

■ Bevorzugte Altersgruppen

Patienten unter 25 Jahren mit lokalen Schulterbeschwerden leiden am wahrscheinlichsten unter einer glenohumoralen Instabilität oder einer chronischen **Instabilität des Akromioklavikulargelenks**. Impingement-Syndrome treten bevorzugt ab dem 25. Lebensjahr bei sportlich aktiven Personen (Tennis, Wurf-sportarten) oder etwa ab dem 40. Lebensjahr als degenerative Erkrankung auf.

Bei über 60-Jährigen muss in etwa der Hälfte der Fälle mit einer (partiellen) Rotatorenmanschettenruptur gerechnet werden. Omarthrosen sind naturgemäß überwiegend in höherem Alter zu finden (Torklus und Hermann 1997). Rund 20 % der über 70-Jährigen klagen über (z. T. gelegentliche) Schulterschmerzen.

i Die Mehrzahl der Patienten mit Schulterbeschwerden leidet unter einer Periarthrose, also einem degenerativen Schulter Syndrom (z. B. Impingement-Syndrom oder Rotatorenmanschettenruptur).

■ Langwieriger Verlauf und AGVs

Schulter Schmerzen bestehen häufig **lange** und nur die Hälfte der Patienten berichtet über eine **Beschwerdefreiheit** nach 18 Monaten. Viele Fälle lassen sich jedoch unter den üblichen „antirheumatischen“, kältetherapeutischen, krankengymnastischen, lokalinfiltrierenden und sonstigen Maßnahmen zumindest langsam bessern.

Abwendbar gefährliche Verläufe im Bereich der Schulter finden sich heute in den Lehrbüchern der Spezialisten in Fülle. Sie sind jedoch nicht immer mit den Mitteln von gezielter Befragung, Inspektion und körperlicher Untersuchung exakt auszumachen. Dies trifft gerade für degenerative Vorschädigungen im Bereich der Sehnen oder Muskulatur trifft zu. Der Allgemeinarzt steht daher nicht selten vor der schwierigen Frage:

- „Nur“ degenerativ und noch zuwarten?
- Oder bereits ein operativ-interventionspflichtiger Befund?

Systemisch bedingte Schulterschmerzen bei Fibromyalgie oder Polymyalgia rheumatica (■ Tab. 4.1) müssen ebenso bedacht werden wie extreme Raritäten einer neuralgischen Amyotrophie (Parsonage-Turner-Syndrom) als seltene Erkrankung oder ein Schultergürtel-Kompressionssyndrom (Thoracic-outlet-Syndrom) oder lokal ein (bakterielles) Gelenkempyem oder ein Spontanhämarthros bei Antikoagulationseinnahme.

Dennoch muss auch der Allgemeinarzt als „Arzt an der ersten ärztlichen Linie“ grundsätzlich damit rechnen, dass auch ihm einmal ein „Kolibri“ zufliegen wird. Nur durch stetiges **Falsifizieren** („Es sieht so wie ... – aber was ist es wirklich?“), Beachten der **Fallstricke** und **abwendbar gefährlichen Verläufe** sowie durch eine seriöse und konsequente **Klassifizierung**, die dem jeweiligen Stand der Erkennung angepasst ist (Symptom – Symptomgruppe – Bild einer Krankheit – exakte Diagnose) kann er sich (und vor allem den Patienten!) in aller Regel vor einer Fehldiagnose bewahren.

Durch den Einsatz bildgebender Verfahren (insbesondere Sonographie und MRT) können heute Läsionen im Bereich des Schultergelenks entdeckt und präzise beschrieben werden, die vor der Ära solcher Untersuchungsmethoden kaum oder nur recht unsicher zu diagnostizieren waren. Entsprechend differenziert stellen sich heute bei hartnäckigen Fällen die therapeutischen Optionen im spezialistischen Bereich dar.

Vor jeder Überweisung zum Spezialisten sollte jedoch – falls nicht vorher bereits geschehen – programmiert untersucht werden. Auch hier zeugt es von **professionellem Management** des Allgemeinarztes, lieber einmal zu viel als einmal zu spät in den Spezialbereich überwiesen zu haben. Die ausgefüllte Checkliste nimmt der Patient natürlich mit.

Übersicht zu Programm Nr. 13 (Schulterschmerzen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- *Zervikobrachialsyndrom*
- **Rotatorenmanschettenruptur**
- *Akute Tendinitis calcarea*
- *Omarthrose*
- *Schulter-Arm-Syndrom*
- **Bizepssehnenläsion**
- *Fibromyalgie*
- **Polymyalgia rheumatica**
- **Gelenknahe Fraktur**
- **Verletzung des Akromioklavikulargelenks**
- **Labrum-Läsion**
- **Neuralgische Amyotrophie**
- *Engpasssyndrom*
- **Radikulopathie**
- **Armvenenthrombose**
- *Hämarthros*
- **Empyem**
- **Abdominal/thorakal projizierter Schmerz**

13 Checkliste Schulterschmerzen-Programm

– bei uncharakteristischen Schmerzen im Schultergelenksbereich

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Krank / Beschwerden (li / re) seit
 Gleich / besser / schlechter

 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

 Schmerzlokalisierung / -charakter / Parästhesien

 Anfangs Schwellungen / tags / nachts
 Schmerzen bei Ruhe / Bewegung / wandernd / ausstrahlend / schlimmer durch / Nachlassen durch

 Ausgelöst durch Trauma / Überanstrengung / bestimmte Freizeit- / Sportart / Aufregung / Sonstiges
 Sonstige Schmerzen (Nacken / Brustkorb / Arm / Gelenke / andere)

 Allgemeine Beschwerden (Fieber / Gewichtsverlust / Diabetes mellitus / Atmung)
 Arbeitsbedingte Zwangshaltung (Überkopfarbeit / Kasse / EDV-Arbeitsplatz)

 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Inspektion / Palpation Nacken / Axilla / Mammae / Schulterhochstand / Schultermuskel-Atrophie / Armmuskel distal atrophisch
 Regionale Schwellungen
 Muskeldruckschmerz / Muskelhärten

 Tendopathien (Rotatorenhöhle / Brustkorb)

 Bursa subacromialis oder subdeltoides
 auffällig / Armnervenplexus druckempfindlich
 Abduktion schmerzhaft zwischen 70° und 120°

 Dornfortsätze druckempfindlich / Akromio-Klavikulargelenk empfindlich / Bizepssehne druckschmerzhaft / Supinationszeichen (Supination gegen Widerstand des pronierten im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugten Armes möglich)

 Seitenvergleich beider Schultern (Kraft / Stabilität / Bewegungsumfang / aktiv / passiv / gegen Widerstand)

 Armauswärtsdrehung möglich (Griff auf den Nacken)

 Armeinwärtsdrehung möglich (Griff auf Kreuzbein)

 Urin
 BKS / CRP / Harnsäure / sonstiges Labor

 EKG
 Sonographie
 Röntgen (Schulter / HWS) / MRT
 Arthroskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.14 Gicht – Bild einer Harnsäuregicht

Torben Brückner, Frank H. Mader

Ganz erhebliche Beschwerden können jene Monoarthropathien verursachen, die in der Regel ohne nennenswerten Erguss auftreten. Der Patient vermutet meist schon selbst „wieder so einen Gichtanfall“.

Der blitzartig einstechende **Schmerz (auch in Ruhe)** tritt innerhalb weniger Stunden in einem, selten in mehreren Gelenken auf; bevorzugt sind das Großzehen-, Mittelfuß- und Sprunggelenk. Aber auch Knie-, Ellenbogen- und Handgelenk können betroffen sein. Der Patient ist in seiner normalen Tätigkeit erheblich eingeschränkt. Meist hat er schon **Selbstmaßnahmen** (z. B. kühle Wickel) eingeleitet.

Bereits vor Jahrhunderten war der Gichtanfall („*Zipperlein*“) beschrieben worden als „Krankheit der Könige“ – ein Wink auf die ernährungsbedingten Ursachen (z. B. Fleisch, Alkohol). Wurde das Bild einer Arthritis urica (B) in den 1950er bis 1970er Jahren bei Braun überhaupt nicht aufgeführt, so liegt es in den Fallestatistiken bis Ende der 2000er Jahre im vorderen Drittel. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen.

Der Arzt muss beim Patienten mit manifester Gicht, aber auch bereits bei erhöhten Harnsäurewerten eine mögliche Vergesellschaftung mit **anderen Erkrankungen** des Stoffwechsels (Hyperlipoproteinämie, Diabetes mellitus) oder mit bestimmten Organen (Herz, Kreislauf, Nieren) ebenso bedenken wie die Möglichkeit bestimmter **Medikamente** als Ursache (z. B. Zytostatika, Saluretika, Salicylate).

Sieht das Beschwerdebild also „ganz so aus wie“ eine Harnsäuregicht, so sollte geprüft werden, ob nicht dennoch der Schein trügt („**Falsifizierung**“). Dieses systematische Vorgehen ist der Allgemeinarzt dem Patienten nicht nur aus diagnostischen, sondern auch aus menschlichen Gründen schuldig (Braun und Mader 2005). Auch vor diesem Hintergrund kommt die

■ Checkliste Nr. 14

zur Falsifizierung beim typischen Bild einer Harnsäuregicht zum Einsatz. Zwar wird die exakte Diagnose erst durch den Nachweis von Harnsäurekristallen im Gelenkpunktat gestellt; im Praxisalltag wird dies aber kaum noch durchgeführt und auch nicht generell empfohlen (DEGAM S3-LL 2013). Die Einschätzung des Krankheitsbildes erfolgt in der Regel vom Eindruck her.

Gichtanfälle entwickeln sich oft in der Nacht, erreichen über Stunden eine sehr hohe Schmerzintensität (bei Berührung und Bewegung), an die sich die Patienten selbst nach Jahren noch gut erinnern. Ohne Behandlung hält eine Attacke 7–10 Tage an. Fieber kann begleitend auftreten. **Gichttophi** sind aufgrund der therapeutischen Möglichkeiten selten geworden.

Meist führt die gezielte Befragung des Betroffenen u. a. nach ihrem Ernährungsverhalten oder nach möglichen Gelenktraumata schon in die richtige Richtung. Trotzdem ist die regionale **körperliche Untersuchung** unerlässlich, besonders

sollten die peripheren Pulse getastet werden (Ausschluss einer PAVK). Auch eine Infektion des Gelenkes (Entzündungsmarker!) oder eine aktivierte Gonarthrose ist als **AGV** zu bedenken.

i Die Bestimmung des **Harnsäurewertes** ist während des **akuten Schubes** nicht zielführend, da der Wert ggf. unauffällig sein kann und erst im Verlauf ansteigt.

Der von Schmerz geplagte Patient hört sich die aufklärenden Worte seines Hausarztes an, bis ihn seine Lebensgewohnheiten im Alltag wieder einholen. Damit müssen wir als Ärzte leben.

Übersicht zu Programm Nr. 14 (Gicht). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Arthropathie
- Arthritis acuta
- Hyperurikämie
- Gelenkinfektion
- Traumata
- Phlegmone
- PAVK

14 Checkliste Gicht-Programm

– zur Falsifizierung beim typischen Bild einer Harnsäuregicht

Braun RN (1976, 1989) mod. Braun RN (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Krank seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt / wie oft / wann zuletzt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

 Anfall heftig
 Fieber
 Übelkeit
 Kopfschmerzen
 Nephrolithiasis / Diabetes mellitus / sonstige Erkrankungen

 Ausgelöst vermutlich durch Infekt / Unfall / hohen Fleischkonsum /
 Gewichtszunahme / Übergewicht / Alkohol / Medikamente /
 Sonstiges
 Zehengrundgelenk / große Gelenke / mehrere Gelenke befallen

Objektiv

Haut über den Gelenken rot / gespannt

 Gelenke geschwollen / druckempfindlich

 Tophi
 Übergewicht
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Kreatinin

 Harnsäure im Serum (ggf. im Akutanfall normwertig) /
 sonstiges Labor
 Röntgen der befallenen Gelenke
 Gelenksonographie
 Harnsäurekristalle im Gelenkpunktat

Beratungsergebnis

Nach Anfall lokales Jucken / Schuppung
 Sonstige Beschwerden / Symptome
 Miktion / Stuhl / Menses

Maßnahmen

Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

 Sonst noch

4.15 Arthrose – Bild einer Arthrosis deformans

Frank H. Mader

Die **Arthrose** (oft auch „*Gelenkverschleiß*“, im englischen **osteoarthritis**) beginnt schleichend; sie ist eine fortschreitende degenerative Gelenkerkrankung und führt durch gestörte Belastungsverhältnisse zu Veränderungen an den Gelenken. Durch den kontinuierlichen Verlust des hyalinen Knorpels hypertrophiert im weiteren Verlauf der Knochen (**Arthrosis deformans**).

Die Häufigkeit von Arthrose steigt mit dem **Alter**: Bei den 34-Jährigen zeigen etwa 17 % Symptome einer Arthrose und bei den über 95-Jährigen haben mehr als 90 % eine Arthrose. Ab dem 60. Lebensjahr lassen sich bereits bei etwa 20 % dieser Altersgruppe Anzeichen einer Arthrose im Knie- oder Hüftgelenk nachweisen. Allerdings gehen solche nachweisbaren Anzeichen für Gelenkverschleiß nicht zwangsläufig mit Schmerzen einher. Nur bei etwa jedem Zweiten treten auch Beschwerden auf.

Eine Arthrose kann im Grunde in jedem Gelenk entstehen. Am häufigsten tritt sie jedoch bei Gelenken auf, die stärker durch Körpergewicht belastet werden. Hierzu gehören: die Arthrose im Kniegelenk (**Gonarthrose**) und die Arthrose im Hüftgelenk (**Coxarthrose**). Das Sprunggelenk ist selten betroffen. Arthrose gilt weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung (RKI 2013). Weitere häufig von Arthrose betroffene Gelenke sind die kleinen Wirbelsäulengelenke (**Spondylarthrose**), das Großzehengrundgelenk (**Hallux rigidus**), die Gelenke an den Händen, insbesondere die Fingerendgelenke (**Heberden-Arthrose**), die Mittelgelenke (**Bouchard-Arthrose**) und das Daumensattelgelenk (**Rhizarthrose**). Die

■ **Checkliste Nr. 15**
bei länger dauernden, offensichtlich durch eine Arthrosis deformans bedingten Beschwerden eignet sich zwar für jede Form von „Bild einer Arthrose“ (C), empfiehlt sich aber insbesondere zum Einsatz, wenn es um die **großen Gelenke** Knie oder Hüfte geht. In manchen Fällen wurde vielleicht bereits durch den Spezialisten eine vertiefte Diagnostik durchgeführt und die Diagnose einer Gonarthrose (D) oder Coxarthrose (D) gestellt. Die Patienten suchen ihren Hausarzt auf, weil sie „*Rheuma oder eine Gicht*“ befürchten, sich die Schmerzen „*wieder eingestellt*“ oder „*verschlimmert*“ hätten oder weil sie wissen wollen, „*ob es nicht ohne Operation gehen kann*“.

Schmerzen sind ein wesentliches Charakteristikum der Arthrose. Es lassen sich 3 Schmerzarten dem Stadium der Gelenkschädigung zuordnen:

- **Anlaufschmerz** (beim Gehen, beim Faustschluss) mit kurzer (max. 30 min) **Morgensteifigkeit**, bis sich die Gelenke „*warm gemacht*“ haben, im präarthrotischen Stadium.
- **Ermüdungs- oder Belastungsschmerz** bei fortgeschrittener Arthrose.
- **Ruheschmerz**, wenn im Gelenk bereits ein entzündlicher Prozess abläuft.

❗ Die **Gonarthrose** kann mit **Hüftgelenkserkrankungen** verwechselt werden, die oft auch ins **Knie** ausstrahlen.

Häufig wird die Arthrose von Tendomyosen und Reizzuständen der Sehnen- und Bandansätze (**dekompensierte Arthrose**) und sekundären Entzündungen mit Schwellung, Rötung und Überwärmung (**aktivierte Arthrose**) begleitet. Die Arthrose-Symptome können sich phasenweise bessern oder verschlimmern. Kalte und feuchte Witterung sowie körperliche Belastung verstärken die Gelenkschmerzen nicht selten. Insbesondere stoßartige Bewegungen (z. B. Treppabwärtsgehen) sind bei Gonarthrose schmerzhaft, dagegen bereitet **Radfahren** meist keine Probleme.

Neben Schmerzen beklagt der Patient am meisten die **Funktionseinschränkung** (z. B. „*beim Bücken*“, „*Niederknien*“, „*Knopfannähen*“, „*in modischen Schuhen*“, „*im Auto beim Kopfumdrehen*“), sodass am Ende aller konservativen und rehabilitativen Bemühungen zumindest bei den großen Gelenken **operative Eingriffe** oder der **Gelenkersatz** diskutiert werden. Als **Risikofaktoren** für Arthrose, insbesondere der großen Gelenke gelten: Geschlecht (weiblich) – Übergewicht – lokale Traumen – Beruf/Sport – erbliche Einflüsse – Gelenkfehlstellungen (X-Bein) – Hüftdysplasie.

■ Diagnostik

Bei der körperlichen Untersuchung gibt es keine sicheren Zeichen, die auf eine Arthrose hinweisen. Die Untersuchung sollte im Einzelfall nach Möglichkeit am teilentkleideten Patienten (**im Stehen/Gehen/Liegen**) erfolgen. Nahezu jeder Spezialist arbeitet bei Patienten mit Gelenkbeschwerden mit „seinem“ Doku-Bogen, der eine Vielzahl von Fragen, differenzierten Untersuchungen und Messungen (z. B. Neutral-Null-Methode) beinhaltet.

❗ Die Checkliste „Arthrose“ konkurriert nicht mit den Routinen der Spezialisten.

Die Checkliste Nr. 15 versteht sich als spezifisch **allgemeinärztliches Instrument**, das für den **Erstkontakt**, zur **Verlaufsbeobachtung**, zur **Abgrenzung** und/oder für den **Akutfall** (z. B. plötzliche Schmerzen) gedacht ist und primär mit einer begrenzten Diagnostik auskommt. Dabei werden auch die wenigen **abwendbar gefährlichen Verläufe** bedacht. Diese Checkliste lässt sich auch mit verschiedenen Gelenk-Programmen kombinieren:

- Checkliste Nr. 8 (Lumbalschmerzen)
- Checkliste Nr. 9 (Kreuzschmerzen)
- Checkliste Nr. 11 (Arthropathie)
- Checkliste Nr. 12 (Polyarthrit)
- Checkliste Nr. 13 (Schulterschmerzen)
- Checkliste Nr. 14 (Gicht)
- Checkliste Nr. 16 (HWS-Syndrom)
- Checkliste Nr. 22 (Knieverstauchung)

Die **Labordiagnostik** ist bei Arthrose in der Regel wenig zielführend: Die BSG (BKS) ist normal; bei aktivierten Arthrosen ist sie passager beschleunigt, das C-reaktive Protein

(CRP) ist leicht erhöht. Zusätzlich kann eine Bestimmung von Rheumafaktoren und antinukleären Antikörpern (ANA) zur Abgrenzung von entzündlich rheumatischen Erkrankungen sinnvoll sein; darüber hinaus sollten die Harnsäure bestimmt, die Elektrophorese veranlasst und eine Erregerserologie (z. B. Borrelien, Yersinien, Chlamydien) durchgeführt werden.

Fakultativ kommen Szintigraphie (^{99m}Tc) bei sekundären Entzündungen und polyartikulären Prozessen in Betracht. Die Sonographie dient der Beurteilung von Entzündungen, die durch Synovialisverdickungen und Ergüsse gekennzeichnet sind. Das Magnetresonanztomogramm (MRT) kann zur Beurteilung von Knorpeldicke und Wassergehalt des Knorpels, akuter Synovitis und Knochennekrosen herangezogen werden.

Übersicht zu Programm Nr. 15 (Arthrose).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Arthritis urica*
- *Arthropathie/Periartropathie*
- **Rheumatoide Arthritis (RA)**
- *Psoriasis-Arthritis*
- *Lyme-Borreliose*
- **Hüftkopfnekrose**

15 Checkliste Arthrose-Programm

– bei länger dauernden, offensichtlich durch eine Arthrosis deformans bedingten Beschwerden
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Objektiv

Erster Eindruck	Gelenkbefund (Schwellung / Erguss / Rötung / Überwärmung)
Beschwerden seit	
Gleich / besser / schlechter	Druckschmerz regional
Schon mal gehabt	Zerrungsschmerz
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Knarren und Reiben im Gelenk
	Atrophien
Gelenk betroffen (eines / mehrere)	Bewegungseinschränkung
Unfall / Verletzung gehabt	Fehlstellung
Beschwerden dauernd / schlechter bei Ruhe / Bewegung / Sport / Belastung / Beruf / Ermüdung / Witterungswechsel / Sonstiges	Übergewicht
	Urin
Beschwerden besser durch	BKS / CRP
Plötzliche Sperrung (Gelenkmaus)	Harnsäure / ANA / Elektrophorese / Erregerserologie (Borrelien / Yersinien / Chlamydien) / sonstiges Labor
Gestört Schlaf / Beruf / Freizeit / Sonstiges	
Sonstige Symptome	Gelenksonographie / Röntgen / Szintigraphie / MRT
Rauchen / Alkohol / Diabetes mellitus / Gicht	Arthroskopie
Familiär dasselbe	
Als Kind Hüft- / Knieprobleme	
Medikamente	Beratungsergebnis
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	Maßnahmen
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.16 HWS-Syndrom – Bild eines Zervikalsyndroms

Frank H. Mader

Die Vielfalt der Synonyma für Schmerzen im Bereich des Halte- und Bewegungsapparates der Halswirbelsäule (HWS) (z. B. **HWS-Syndrom**, Zervikalneuralgie, zervikozephal, zervikobrachiales Syndrom, Zervikal-, HWS-Facettersyndrom) lässt ebenso wie der von der DEGAM in der S3-LL von 2009 bevorzugte Begriff **Nackenschmerzen** keinen Rückschluss auf die **Kausalität** zu (Scherer et al. 2009).

Jeder zweite Mensch ist im Laufe seines Lebens von Nackenschmerzen mit oder ohne „*steifem Hals*“ betroffen. Mit 10–15 % Prävalenz sind sie ein häufiges BE in der Allgemeinpraxis. Die DEGAM-LL empfiehlt eine Einteilung von Nackenschmerzen nach ihrem zeitlichen Verlauf:

- Akut (0–3 Wochen)
- Subakut (4–12 Wochen)
- Chronisch (> 12 Wochen)
- Rezidivierend (beschwerdefreies Intervall max. 4 Wochen)

Akute oder chronische, mehr oder weniger starke Schmerzen im Nacken im Sinne einer **Myalgie** sind in der Regel nicht spezifisch, das heißt, es gibt weder eine behandelbare Ursache, noch ist ein AGV erkennbar. Die programmierte Untersuchung mit der

■ Checkliste Nr. 16

zur Bestätigung oder zum Ausschluss eines Zervikalsyndroms oder eines zervikalen Bandscheibenschadens bei therapieresistenten, uncharakteristischen (kombinierten) Nacken-, Schulter- oder Armschmerzen sollte spätestens 1 Woche nach der primären intuitiven Diagnostik erfolgen, wenn sich die uncharakteristischen Beschwerden nicht bessern oder wenn sie sich sogar verschlimmern. Die Hauptbeschwerden im Nackenbereich sind **Schmerzen mit Bewegungseinschränkung** der HWS

- mit Ausstrahlung in den Kopf,
- mit Ausstrahlung in den Arm,
- auch begleitet von Missempfindungen oder Taubheitsgefühl.

Schmerzen, die von der HWS (vertebragen) ausgehen (C 5/6; C 6/7; C 7/Th 1) und bis in den Kleinfinger ausstrahlen können, sind am häufigsten Armschmerzen (**Brachialgia paraesthetica**). Berichten die Patienten von nächtlich auftretenden Schmerzen oder Kribbeln („*Ameisenlaufen*“) im Unterarm oder „*eingeschlafenen Händen*“ (**Brachialgia paraesthetica nocturna**), ist an ein Engpasssyndrom im Bereich des N. medianus (**Karpaltunnelsyndrom**) zu denken. Diese Beschwerden können auch tagsüber nach Belastung im Handgelenk (z. B. Radfahren) oder in der Schwangerschaft auftreten. Sind alle 5 Finger (auch noch beidseits) betroffen, handelt es sich erfahrungsgemäß meist um **Verspannungen** der lateralen Halsmuskulatur.

Ein **Diskusprolaps** der HWS ist mit etwa 10 % aller Bandscheibenvorfälle im Bereich der Wirbelsäule eher selten. Am häufigsten tritt ein **chronischer Bandscheibenvorfall** auf, der durch ständige Fehllage des Kopfes („*Schildkrötenhaltung*“) ausgelöst wurde. Der Patient klagt nicht nur über lokale Schmerzen, sondern auch (je nach Lokalisation) über Schmerzen, die bis in die Fingerspitzen ziehen können.

Die Checkliste Nr. 16 umfasst alle wesentlichen Fragen an den Patienten, aus dessen Beschwerdeschilderung sich oftmals schon ergibt, ob ein eher lokaler, ein pseudoradikulärer oder ein radikulärer Prozess vorliegt. Die **Basisuntersuchung** bei lokalisierten Nackenschmerzen am teilentkleideten Patienten umfasst: Inspektion sowie Palpation der HWS und der regionalen Lymphknoten, Bewegungsprüfung von Kopf und HWS sowie Untersuchung der Arme einschließlich Hände auf Sensibilität, Motorik und Reflexe (Scherer und Chenot 2007).

Bei unklaren Beschwerden im Nackenbereich muss von vornherein auch das seltene **Bild einer Meningitis** als **abwendbar gefährlicher Verlauf** bedacht/ausgeschlossen werden. Bei Jugendlichen und Erwachsenen gilt als wegweisend die Trias Fieber (nicht obligat) – Nackensteifigkeit – Bewusstseinsstörung ggf. mit Kopfschmerzen.

Übersicht zu Programm Nr. 16 (HWS-Syndrom). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Lokale Myalgie/Tendopathie
- Facettersyndrom
- Nervenwurzelläsion/-kompression
- Bandscheibenvorfall
- Karpaltunnelsyndrom
- Blockierung
- Polymyalgia rheumatica
- Bild einer Meningitis

16 Checkliste HWS-Syndrom-Programm

– zur Bestätigung oder zum Ausschluss eines Zervikalsyndroms oder eines zervikalen Bandscheibenschadens bei therapieresistenten, uncharakteristischen (kombinierten) Nacken-, Schulter- oder Armschmerzen
Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (eher leicht / schwer krank)

Krank / Beschwerden seit (0–3 / 4–12 / > 12 Wochen / immer wiederkehrend)

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Arbeitsfähig derzeit / Beruf

Schmerzlokalisierung (Nacken / Brust / Schulter / Ober- / Unterarm / Hand / Finger / ein- / beidseitig)

Schmerzart (Hinter- / Vorderkopf / pulsierend / bohrend / dumpf / dauernd / anders als sonst / tags / nachts)

Ausgelöst durch akutes Ereignis / Überkopf- / Büroarbeit / Sport / Verletzung / Stress / chronischer Prozess / Anderes

Besser durch Ruhe / bestimmte Haltung / Sonstiges

Taubheit / Kribbeln / lokale Berührungsempfindlichkeit / Sonstiges

Muskel- / Funktionsschwäche Arm / Sonstiges

Schwindel / Ohrgeräusche / Sehstörungen

Fieber

Diabetes / Schwangerschaft

Medikamente

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Inspektion HWS (Haltung / Deformitäten / Verletzungszeichen) Arme / Hände (aktive Bewegungsmuster)

Palpation HWS / Arme (muskuläre Verspannung / Triggerpunkte / Dorn- / Querfortsätze / regionale Lymphknoten)

Bewegungsprüfung Kopf (Re- / Inklinatation / Links- / Rechtsrotation / Rotation bei Inklinatation li / re) / Handgelenk (Hoffmann-Tinel-Zeichen)

Arme: Prüfung von Sensibilität / Motorik / Kraft / Reflexe (Bizepssehen / Radius-Periost / Trizeps-surae / Trömner)

Urin

BKS / CRP

Sonstiges Labor

Röntgen / CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.17 Bandscheibenschaden – Bild eines Wurzelreizsyndroms

Frank H. Mader

Viele unterschiedliche Nacken-, Rücken- oder bis ins Bein ziehende Schmerzen werden von erwachsenen Patienten in unseren Breiten rasch auf „die Bandscheiben“ zurückgeführt („Frau Doktor, ich hab's wieder mal auf der Bandscheibe. Sollte ich nicht mal in die Röhre?“). Am häufigsten sind Reizungen der (lumbalen) Nervenwurzeln (**Radikulopathie**) als Folge eines Bandscheibenvorfalles. Der ärztliche Jargonbegriff **Diskopathie** umfasst als Überbegriff Abnutzung (**Degeneration**), Vorwölbung (**Protrusion**) oder Vorfall (**Prolaps**) der Bandscheibe.

Ein **Bandscheibenvorfall** (auch **Diskushernie**) (C/D) kann sowohl an der HWS als auch an der LWS auftreten (sehr selten an der BWS). In etwa 90 % aller Fälle handelt es sich um eine Diskushernie der LWS. Ein Bandscheibenvorfall der HWS tritt dagegen mit einem Anteil von ca. 10 % eher selten auf.

Lumbale Bandscheibenvorfälle bei **Gesunden** finden sich im MRT bei 20–30 % der unter 60-Jährigen und bei den über 60-Jährigen in über 60 % (Jensen et al. 1994). Es gibt Fälle, da leben Betroffene viele Jahre mit einem Bandscheibenvorfall, ohne ihn zu bemerken. Da ein pathologischer Bildbefund keine prädiktive Aussage über entsprechende Beschwerden ermöglicht, kommt der korrekten Zuordnung von Beschwerden und Befund zu den entsprechenden morphologischen Veränderungen entscheidende Bedeutung zu (Glocker et al. 2018; S2k-LL).

i Ein (provozierter) **Beinschmerz** ist ein guter Indikator für eine Wurzelreizung.

Bei **hohen lumbalen Diskushernien**, insbesondere wenn sie extraspinal gelegen sind, können **Rückenschmerzen** weitgehend fehlen. Bei einer **L3-Kompression** können **Knie-schmerzen** ganz im Vordergrund stehen und eine primäre Kniegelenkerkrankung vortäuschen. Die

■ Checkliste Nr. 17

zur **allgemeinmedizinischen Untersuchung beim Bild einer zervikogenen oder lumbalen Diskushernie oder einer Spondylarthrose als Ursache der Beschwerden (Radikulopathie)** dient der Erfassung, Zuordnung und Dokumentation akuter bis chronischer Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, die lokal begrenzt sind oder pseudoradikuläre oder radikuläre (segmentale) Symptomatik aufweisen.

■ Radikulopathie

Stechende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule mit ausstrahlenden Schmerzen in ein Bein oder einen Arm (**Radikulopathie**) sind typische Zeichen für einen **plötzlichen Bandscheibenvorfall**. Gefühlsstörungen oder gar Lähmungserscheinungen können ebenfalls auftreten. Dabei ist es weniger der „Druck“ der Bandscheibe auf die Spinalnerven als die **Entzündung** der Nerven durch die aggressive aus dem Diskus

austretende Gallertmasse. Der Bandscheibenprolaps betrifft bevorzugt die drei Wurzeln L4, L5 und S1 (zusammen 97 % aller Vorfälle).

Alarmsymptome für einen Bandscheibenvorfall der unteren Wirbelsäule sind:

- plötzlich auftretende ein- oder beidseitige Schmerzen, Parästhesien und Sensibilitätsstörungen;
- Zunahme der Beschwerden beim Pressen, Husten, Niesen;
- Reflexausfall, Muskelparesen;
- Blasen- und Mastdarmstörungen.

Weitere Alarmsymptome, die auf eine Diskushernie hinweisen, finden sich in Programm Nr. 9 Kreuzschmerzen (► Abschn. 4.9).

Die **körperliche Untersuchung** („Objektiv“) am teilkleideten Patienten umfasst neben Inspektion und Palpation der Wirbelsäule die Prüfung im Seitenvergleich der Muskelkraft, der allgemeinen Beweglichkeit, der Reflexe und des Gefühls in den Beinen sowie von Flexibilität und Bewegungsradius des Nackens.

Die **Kombination** der Checkliste Nr. 17 „Bandscheibenschaden“ empfiehlt sich im Einzelfall mit folgenden Checklisten:

- Checkliste Nr. 6 (Interkostalschmerzen)
- Checkliste Nr. 7 (Thoraxsschmerzen)
- Checkliste Nr. 8 (Lumbalschmerzen)
- Checkliste Nr. 9 (Kreuzschmerzen)
- Checkliste Nr. 10 (Glutäalschmerzen)
- Checkliste Nr. 16 (HWS-Syndrom)
- Checkliste Nr. 19 (Ischialgie)

■ Beinschmerzen

Beinschmerzen bei Rückenbeschwerden lassen sich nicht immer einer Nervenwurzel zuordnen. Als **Risikofaktoren** können gelten: chronische Fehllhaltung und Fehlbelastung der Wirbelsäule (z. B. Beruf, Sport), Bewegungsmangel, Hinweise auf erbliche Faktoren, Schwangerschaft, Übergewicht und Schädigung durch Rauchen. Das am häufigsten auftretende **L5-Syndrom** ist gekennzeichnet durch Großzehen- und Fußheberparese und Glutaeus medius-Parese mit positivem Trendelenburgzeichen des betroffenen Beines sowie Schmerzausstrahlung in die Unterschenkelaußenseite und den Fußrücken bis zur Großzehe.

Verkalkungen im Bereich der Bandscheiben und Facetengelenke bei **älteren Patienten** in Folge der Bandscheibendegeneration (**Spondylarthrose, Spinalkanalstenose**) können eine oder mehrere Nervenwurzeln betreffen und Schmerzen, Lähmungen sowie sensorische Ausfälle auslösen. Meist bestehen lokale oder pseudoradikuläre Beschwerden. Bei nächtlichen und therapieresistenten Schmerzen, die nicht durch LWS-Bewegung beeinflussbar sind, und bei fehlenden Nervendehnungszeichen sollte immer an eine **Radikulitis** (z. B. Borreliose, Herpes zoster) oder an ein Malignom als **abwendbar gefährliche Verläufe** gedacht werden.

■ Wann abgeben?

Ein Bandscheibenvorfall ist in der Regel kein akuter Notfall, der sofort operiert werden muss. Verstärkt die programmierte

Untersuchung die Vermutung des Allgemeinarztes, es könnte eine akute **Kompression** der Nervenwurzel vorliegen, dann sollte er rasch die Verantwortung für den Fall mit dem **Spezialisten** teilen oder gleich den Fall abgeben. Je nach Befund und/oder Verlauf ist möglichst ein **MRT** zu veranlassen (höchste Sensitivität), bei Nichtverfügbarkeit oder Einschränkungen (Platzangst, Implantate, Schrittmacher) zumindest ein CT.

4

Übersicht zu Programm Nr. 17
(Bandscheibenschaden). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Spinalkanalstenose*
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)
- Konus-Kaudasyndrom
- *Herpes zoster*
- *Borreliose*
- *Facettensyndrom*
- *Radikuläre Reizungen*
- Tumor
- Parese

17 Checkliste Bandscheibenschaden-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Untersuchung beim Bild einer zervikogenen oder lumbalen Diskushernie oder einer Spondylarthrose als Ursache der Beschwerden (Radikulopathie)
Braun RN (1976,1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer betroffen)
Krank / Schonhaltung (Bettruhe) seit
Gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Schmerz konstant / Anfälle / Lokalisation / Ausstrahlungen / tief / oberflächlich / Kribbeln / Pelzigkeit
Schlechter durch Belastung / Erschütterung / Bücken / Drehen / Husten / Niesen / Stuhlgang / Sonstiges

Besser durch Ruhe / Bewegung / Sonstiges

Ausgelöst durch Erkältung / Überlastung / Dauerbelastung / Bücken / Beruf / Aufregung / chronisch wiederkehrender Prozess / Sonstiges
Berufliche Exposition / sitzende Tätigkeit

Medikamente
Nikotinkonsum
Miktion / Stuhl / Menses
Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Übergewicht / schlanker Körperbau

Zwangshaltung
Bewegungseinschränkung / Gangbild / Schonhinken

Lokale Myalgien
Extremitätenpulse
Dornfortsätze und Wirbelsäule stoß- / druckempfindlich

Wirbelsäule schmerzt beim Vor- / Zurück- / Seitneigen

Paravertebrale Empfindlichkeit
Vorlaufphänomen eines Beines (ISG!)

Lendenskoliose
Fuß- / Armsensibilität
Muskeleigenreflexe der Extremitäten

Hackenstand / Zehenstand möglich

Muskelkraft / -atrophien / Lasègue
Drehung / Reklination Kopf
Urin

BKS / CRP / Blutbild
CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.18 Fazialislähmung – Bild einer Fazialisparese

Frank H. Mader

Das plötzlich im Spiegel entdeckte „*schiefe Gesicht*“ oder eine Störung im Mundwinkel beim Kaffeetrinken beunruhigen den Betroffenen stark und lassen ihn rasch den Arzt aufsuchen.

Die charakteristische Lähmung der Gesichtsmuskulatur mit hängendem Mundwinkel und inkomplettem Lidschluss bei unmöglichem Stirnrunzeln auf der betroffenen Seite entspricht dem Vollbild einer **peripheren Fazialisparese**. Wegen der komplexen Anatomie und Funktion des Nervs kann jedoch die **Symptomatik** bei partiellem bzw. totalem Funktionsausfall sehr unterschiedlich sein. So können noch Schmeckstörungen, Geräuschempfindlichkeit oder verminderte Tränenproduktion zusätzlich beobachtet werden. Manchmal gehen retroaurikuläre Schmerzen, „*Pelzigkeit*“ oder ein „*Schwellungsgefühl*“ in der betroffenen Gesichtshälfte voraus, die aber oft erst auf Befragen geschildert werden.

In seinen 3 Praxen sah Braun innerhalb von 40 Jahren etwa jedes zweite Jahr einen neuen Fall von peripherer Fazialisparese. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Landolt-Theus und Fink (Mader und Riedl 2018). Damit liegt dieses BE außerhalb der regelmäßig häufigen Vorkommnisse einer Allgemeinpraxis. Dringend empfohlen wird daher die programmierte Untersuchung mittels der

■ Checkliste Nr. 18 zur gezielten allgemeinmedizinischen Diagnostik bei Anzeichen einer Fazialislähmung.

Der Anteil der **idiopathischen Fazialisparenese**n an den erworbenen peripheren Fazialislähmungen wird auf 60–75 % geschätzt. Immerhin lässt sich bei den übrigen 25–40 % zum Teil unter Einsatz einer hoch spezialisierten Untersuchungstechnik die Ursache (z. B. entzündlich, neoplastisch, stoffwechselbedingt, traumatisch) finden (S2k-LL Idiopathische Fazialisparese 2017).

Die **zentrale faziale Parese** sollte sofort an einen **AGV** denken lassen (z. B. Schlaganfall, Hirntumor). Hier kann der Patient die Stirn runzeln, während sie bei der peripheren Fazialisparese „glatt“ bleibt. Die Übersicht zu Programm Nr. 18 (s. u.) kann nur einen Teil der wichtigsten ähnlichen Beschwerdebilder und **abwendbar gefährlichen Verläufe** aufführen.

Der Allgemeinarzt wird also vernünftigerweise seinen Patienten rasch programmiert untersuchen und ebenso unverzüglich in den Spezialbereich abgeben – auch im Hinblick auf mögliche spätere ästhetische Probleme im Gesicht. Die **Prognostik** der Erkrankung ist insgesamt gut. Bei unbehandelten Patienten kommt es in 85 % der Fälle zu einer Rückbildung binnen 3 Wochen nach Symptombeginn und bei weiteren 10 % zu einer partiellen Rückbildung nach 3–6 Monaten.

Grundsätzlich können alle Altersgruppen betroffen sein. **Fallstricke** sind bei **Kindern** möglich (Unterschätzung des Lähmungsgrades durch den guten Hautturgor) und bei **alten**

Menschen, bei denen die Parese durch den Tonusverlust der Haut dramatischer wirken kann. Der Autor hat in 40 Praxisjahren bei einem 10-jährigen Kind eine Fazialisparese gesehen, die durch **Neuroborreliose** verursacht war, und bei einem 67-jährigen Mann eine Gesichtslähmung durch **Diabetes mellitus**.

Übersicht zu Programm Nr. 18 (Fazialisparese). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Schlaganfall
- Zoster oticus
- Malignom
- Meningeom
- Borreliose
- Schädeltrauma
- Diabetes mellitus
- Herpes simplex
- HIV-Infektion
- Virale Erreger

18 Checkliste Fazialislähmung-Programm

– zur gezielten allgemeinmedizinischen Diagnostik bei Anzeichen einer Fazialislähmung

Braun RN (1976), mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck

Lähmung (li / re) beobachtet seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Sonstige Lähmungen aufgefallen

Allgemeinerscheinungen (Abmagerung etc.)

Gestörte Tränensekretion / Speichelfluss / Geschmack / Kauen / Sprechen / Hören

Ausgelöst durch Zug / Erkältung / Kopfverletzungen / Aufregungen / Anderes

Schwangerschaft

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Einseitig verstrichene Stirnfalten / offene Lidspalte / verstrichene Nasolabialfalte / tieferstehender Mundwinkel

Zoster / Herpesbläschen an der Ohrmuschel / im Gehörgang / Trommelfell (Otoskopie)

Schädelbasis Frakturhinweise / Druckschmerz / Bewegungseinschränkung HWS

Parotis

Gesichtsödem

Lidschluss / Stirnrunzeln möglich / Seitenunterschied

Pfeifen möglich

Zunge- / Zähnezeigen möglich

Urin

BKS / CRP

Borreliose- / HIV- / Varizella-Zoster-Serologie / sonstiges Labor

MRT

Weitere Diagnostik im Spezialbereich (Liquorpunktion)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.19 Ischialgie – Uncharakteristische Ischiadikusschmerzen

Torben Brückner, Frank H. Mader

Unter dem Begriff der **Ischialgie** werden alle Symptome zusammengefasst, die im Zusammenhang mit einer vorübergehenden oder dauerhaften Schädigung des Ischiasnerven oder seiner Wurzeln stehen. Die häufigsten **Ursachen** für den volkstümlichen Begriff „Ischias“ sind degenerative Veränderungen der beiden unteren Bandscheiben der LWS (zwischen L4 und L5 sowie L5 und S1). Die Kombination aus Lumbago (► Abschn. 4.8.), dem reinen Rückenschmerz ohne Ausstrahlung in die Beine, mit Ischialgie wird als **Lumboischialgie** bezeichnet.

Der Ischiasnerv verläuft vom unteren Rücken über das Bein bis hin zum Fuß. Störungen in diesem Bereich kommen häufig vor und führen mitunter zu erheblichen Rücken-, Gesäß- und Beinschmerzen. Die für eine Ischialgie typischen **Symptome** sind Schmerzen im unteren Rücken im Bereich der unteren LWS, die bis ins Bein ausstrahlen – vom Gesäß über die Rückseite des Oberschenkels bis zur Kniekehle (in seltenen Fällen auch bis zum Fuß).

Weitere Hinweise auf eine Ischiasaffektion können sein:

- einseitiger Beinschmerz, der stärker ist als der Schmerz im Rücken;
- Taubheit und Parästhesie mit demselben Verteilungsmuster;
- Anheben des ausgestreckten Beins führt zu verstärkter Symptomatik (Lasègue-Test);
- radikuläre Symptomatik.

Für die Diagnostik sind gezielte Befragung und körperliche Untersuchung zunächst ausreichend. Initial kann die

■ Checkliste Nr. 19

für Patienten mit Schmerzen im Bereich des N. ischiadicus, die seit mindestens 1 Woche unbeeinflussbar bestehen angewandt werden. Bei **Alarmzeichen** (wie Hinweis auf Malignom) bzw. Auffälligkeiten und/oder Progredienz im Verlauf der Erkrankung ist die Bildgebung (bevorzugt MRT) angezeigt und/oder die Vorstellung beim Neurologen zur Elektroneurographie zu überlegen. Wenn neurologische Ausfälle (wie Taubheit, Lähmungen und besonders Blasen-Mastdarm-Störungen) zusätzlich zu den Schmerzen kommen, muss unverzüglich gehandelt werden.

Die **körperliche Untersuchung** umfasst die Prüfung von Motorik, Sensorik, Kraft und Reflexen (Patellar- und Achillessehnenreflex) sowie der peripheren Fußpulse.

Ischialgieforme Schmerzen können auch durch eine lumbale **Spinalkanalstenose** oder (extrem selten) durch Tumoren als **abwendbar gefährliche Verläufe** bedingt sein. Eine seltene Ursache für die direkte Schädigung des Ischiadikusstammes sind Injektionen in die Glutealgegend („Ischiadikusneuritis“).

Zu berücksichtigen sind bei Anwendung der Checkliste Nr. 19 im Einzelfall weitere Checklisten zur gezielten Diagnostik:

- Checkliste Nr. 8 (Lumbalschmerzen)
- Checkliste Nr. 9 (Kreuzschmerzen)
- Checkliste Nr. 10 (Glutealschmerzen)
- Checkliste Nr. 17 (Bandscheibenschaden)

Übersicht zu Programm Nr. 19 (Ischialgie).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Bandscheibenvorfall
- Malignome
- Nervenwurzelläsion/-kompression
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)
- Spinalkanalstenose
- Piriformis-Syndrom
- Myalgie
- Ileosakralgelenk-Syndrom (ISG)
- Arthrose (auch Hüfte und Knie)
- Beinlängendifferenz
- Fußfehlstellungen

19 Checkliste Ischias-Programm

– für Schmerzen im Bereich des N. ischiadicus, die seit mindestens 1 Woche unbeeinflussbar bestehen
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Krank (Bettruhe) seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Schmerzcharakter / -dauer / -lokalisation
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Plötzlicher / schleichender Beginn
 Vorher Fieber
 Schmerzen konstant / nachlassend / zunehmend / dauernd /
 anfallsweise / sitzend / liegend / stehend

Wohin ausstrahlend (ein- / beidseitig)
 Kreuzschmerzen / Kältegefühle / andere Parästhesien

Sonst noch (andere Erkrankungen / Symptome)

Ausgelöst durch Verkühlung / Zugluft / Überarbeitung / Unfall /
 Aufregung / Sonstiges

Schlechter durch Niesen / Husten / Bücken / Heben / Drehen im
 Bett / Aufregung / Wetterveränderung

Besser durch Bewegung / Ruhe / Wärme / Kälte / Beruf / tags /
 nachts / Sonstiges

Gewichtsabnahme / Appetitlosigkeit / Nachtschweiß

Miktion / Menses / Stuhlgang
 Beinödeme
 Bettmatratze hart / durchhängend
 Berufliche Exposition / Medikamente
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Ischiadikusnerv (li / re) druckempfindlich
 Lähmungen / Sensibilitätsstörungen / Parästhesien
 gluteal / im Bein / Fuß

Dornfortsätze schmerzhaft
 Paravertebrale Region schmerzhaft
 Wirbelsäule Stauchungsschmerz
 Vorlaufphänomen
 Sakroiliakgelenke frei
 Hüftgelenke frei
 Lasègue / Reflexe (Patellar- und Achillessehne)

Rektal / vaginal
 Sensibilitätsstörungen
 Extremitätenpulse
 Fußfehlstellungen / Beinlängendifferenzen

Urin
 BKS / CRP / Blutbild / Kreatinin / sonstiges Labor

Röntgen (Malignom / Metastasen) / CT / MRT

Elektro-neurographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.20 Mundwinkelentzündung – Bild einer Perlèche

Frank H. Mader

Vielfältig sind die Bezeichnungen für Entzündungen im Mundwinkelbereich (u. a. Angulus infectiosus oris, Faul-ecken, Mundwinkelrhagaden, Cheilitis angularis). Der fran-zösische Begriff **Perlèche** drückt bereits eine der möglichen Ursachen aus („*sich die Lippen lecken*“). Alle Altersgruppen können davon betroffen sein.

Mundwinkelentzündungen (A) sind fällestatistisch an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeit, begegnen dem Allgemeinarzt also im langjährigen Praxisdurchschnitt mit 1–2 Fällen im Halbjahr. Viele Betroffene suchen vermutlich die Praxis nicht auf und suchen Hilfe im Laienbereich. Die **Symptome** sind neben den ein- oder beidseitigen Rhagaden Entzündungszeichen wie Mazeration und Ulzeration, teil-weise mit Krustenbildung. „*Eingerissene Mundwinkel*“ sind schmerzhaft und heilen schlecht ab.

Zumeist bedarf es keiner tiefschürfenden **Diagnostik**. Es gibt nur wenige **abwendbar gefährliche Verläufe** zu beden-ken. Die **symptomatische Therapie** ist in der Regel erfolg-reich (antibakterielle oder antimykotische Creme/Paste). Die

■ Checkliste Nr. 20

zur **problemorientierten Diagnostik bei über 1 Woche unbeeinflussbar bestehenden Mundwinkelrhagaden (An-gulus infectiosus, Perlèche)** bewährt sich dann, wenn der Arzt systematisch nach der **Ursache** suchen will. Fragen zu weiteren möglichen **Auslösern** enthält die Checkliste in der Rubrik „Subjektiv“.

Die **Mundwinkelrhagaden** gehören zu den Bildern ande-rer **periorifizierter Ekzeme**. Sie entstehen durch Mazeration, Keimbesiedelung, zusätzlich jedoch durch funktionsbedingte besondere **mechanische Beanspruchung** (Ausbildung radiä-rer Rhagaden mit „Stehenbleiben des Speichels“, besonders bei Älteren im Fall einer Perlèche) und durch individuelle **Lokalisationsfakoren** (Fritsch 2004). Weitere typische Bei-spiele: Ekzeme im Bereich von After, Naseneingang, Lippen, Gehörgang, Augenlider und Nabel.

Nach 2- bis 4-wöchiger erfolgloser Therapie sollte kolle-gialer Rat aus dem fachärztlichen Bereich eingeholt werden. Das schließt auch die Konsultation eines Zahnarztes ein.

Übersicht zu Programm Nr. 20

(Mundwinkelentzündung). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Impetigo contagiosa*
- *Cheilitis*
- *Herpes simplex*
- Symptom bei
 - Diabetes mellitus
 - Eisenmangelanämie
 - Kontaktdermatitis (z. B. Kosmetika/Nickel)
 - Mundwinkelfalten (z. B. Down-Syndrom)
 - Medikamente (z. B. Isotretinoin)
 - Neoplasie
 - Leberzirrhose
 - Hypersalivation

20 Checkliste Perlèche-Programm

– zur problemorientierten Diagnostik bei über 1 Woche unbeeinflussbar bestehenden Mundwinkelrhagaden (Angulus infectiosus, Perlèche)

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Ernährungszustand
Befall / Beschwerden seit	Einseitiger / beidseitiger Befall
Gleich / besser / schlechter	Örtliche (senile) Faltenbildung
Schon mal gehabt	Mundhöhle (Soor)
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Vollprothese / Zahnstand (zu niedrig)
Diabetes mellitus / Neurodermitis / M. Parkinson / Psoriasis / HIV-Infektion / Down-Syndrom / Sonstiges	Lokale Lymphknoten vergrößert
	Urin
Schlechter Prothesensitz	BKS / CRP / Blutbild / BZ
Speichelfluss verstärkt / gerne Lippenlecken	Ferritin / Transferrin / sonstiges Labor
Gebrauch bestimmter Zahnpasten / Kosmetika / neuer Prothesenhaftmittel	
Tragen neuer Prothese / Verzehren bestimmter Lebensmittel / Kaugummi-Abusus / Pfeifenrauchen / Sonstiges	Beratungsergebnis
Schlechter / besser durch	
Andere Hautstellen betroffen (After / Naseneingang / Augenlider / Gehörgang / Nabel)	Maßnahmen
Anfangs lokale Lymphknotenschwellungen	
Einseitige Ernährung	
Alkoholkonsum	
Antibiotika vor kurzem	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.21 Lymphadenitis – Uncharakteristische Lymphknotenentzündung

Frank H. Mader

Als **Lymphadenitis** (A) werden kasuographisch **schmerzhafte Schwellungen** an Hals, Achseln und Leiste bezeichnet, ohne dass für den Patienten eine Ursache erinnerlich ist. Eine sprachliche Abgrenzung zur komplexen Gruppe der Lymphadenopathien findet nicht immer statt. Die

■ Checkliste Nr. 21

für über 1 Woche bestehende, schmerzhafte Lymphknotenschwellungen, bei denen sonstige Krankheitszeichen fehlen empfiehlt sich auch bei Patienten, die weniger durch die Schmerzen verängstigt sind als durch die Vergrößerungen. Die Betroffenen oder deren Angehörige befürchten vielleicht bösartige Absiedlungen. Die geschwollenen, in der Regel druckschmerzhaften und verschieblichen Lymphknoten (LK) finden sich häufig einseitig am Hals ventral des M. sternocleidomastoideus oder am Kieferwinkel, bei Kindern auch inguinal. Vorausgegangen sind meist uncharakteristisches Fieber (UF), afebrile Allgemeinreaktion (AFAR), uncharakteristische Halsschmerzen oder eine Pharyngitis. Bei einer infizierten Wunde (durch z. B. Strepto-/Staphylokokken) oder einem (nicht infektiösen) Insektenstich kann es neben einer Lymphadenitis auch zu einer (meist harmlosen) Lymphangitis („Frau Doktor, ich habe eine Blutvergiftung“) kommen.

Akut und **bilateral** auftretende LK werden meist **viral** verursacht (z. B. Adenoviren, Herpes-simplex-Virus, Epstein-Barr-Virus/Pfeiffer-Drüsenfieber, HIV) oder Streptokokkenangina, **akut** und **unilateral** meist durch *S. aureus* und *S. pyogenes* mit den Tonsillen als Ausgangspunkt. Bei subakut und chronisch unilateralen LK ist z. B. an eine Katzenkratzkrankheit (Felinose) zu denken (Aebi 2012). Zur programmierten Untersuchung von primär nicht schmerzhaften LK empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 77 (Lymphknotenvergrößerung).

■ Mononucleosis infectiosa (Pfeiffer-Drüsenfieber)

Außerordentlich vielfältig ist das Bild der infektiösen Mononukleose. Bei Kindern wird meistens der Symptomenkomplex **Fieber**, **Tonsillitis**, generalisierte **Lymphknotenhyperplasie** und **Milzvergrößerung** beobachtet. Das Fieber kann anfangs ohne Symptome auftreten und dann nach Ausbildung der typischen Symptomatik remittierend oder intermittierend Tage – oder sogar Wochen – anhalten. Die **Lymphknotenschwellungen** finden sich vorzugsweise am Hals, aber auch in den Achselhöhlen, den Leistenbeugen und nicht selten auch radiologisch intrathorakal.

■ Lymphadenitis mesenterialis

Akute oder rezidivierende Schmerzen bei Kindern im rechten Unterbauch, die plötzlich auftreten, können durch eine **Lymphadenitis mesenterialis** („Pseudoappendizitis“) als Begleitreaktion einer viralen Systemerkrankung bedingt sein, insbesondere in Zusammenhang mit Fieber und/oder

einem respiratorischen/gastrointestinalen Infekt. Mit hochauflösenden Schallköpfen (10–17 MHz) lassen sich meist drei isolierte Lymphknoten (LK) mit einem Durchmesser bis 2 cm periumbilikal im Mesenterium darstellen. Die Differentialdiagnostik zur **Appendizitis** ist schwierig.

Grundsätzlich muss der Allgemeinarzt auch eine **Geschlechtskrankheit** als einen der wenigen **abwendbar gefährlichen Verläufe** bei regionärer LK-Schwellung in Betracht ziehen (Gonorrhö, Lues).

Übersicht zu Programm Nr. 21 (Lymphadenitis). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Lymphadenitis bei regionalen Infekten* (z. B. Katzenkratzkrankheit, Erysipel)
- *Lymphadenitis bei generalisierten Infekten* (z. B. EBV)
- **Hashimoto-Thyreoiditis**
- **Gonorrhö, Syphilis (Lues)**

21 Checkliste Lymphadenitis-Programm

– für über 1 Woche bestehende, schmerzhafte Lymphknotenschwellungen, bei denen sonstige Krankheitszeichen fehlen
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck

Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Derzeit auch andernorts Schwellungen

Lokale Eiterungen / Verletzungen / Katzenkratzer (Felinose!)

Größe (Zunahme / Rückbildung / gleich)

Fieber

Andere Krankheitszeichen

Zähne / Zahnprothesen

Hautaffektionen

Durchfall

HIV-Infektion möglich

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Lokalisation der Schwellung (uni- / bilateral)

Weitere Lymphknotenschwellungen

Lymphknoten stark / wenig / nicht / schmerzhaft / verschieblich / verbacken

Lokal frische Verletzungs- / Kratz- / Stichspuren

Lokale Spuren rezenter pyogener Infektionen

Anzeichen für beginnende Abszedierung

Mund / Zunge / Rachen / Gebiss

Urin

BKS / CRP / Diff.-Blutbild / Epstein-Barr-Virus (EBV)-Serologie / sonstiges Labor

Lymphknoten-Sonographie

Biopsie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.22 Knieverstauchung – Posttraumatische Kniegelenkschmerzen

Reinhold Klein

„Ich hab mir gestern beim Skifahren das Knie verdreht“: Um solche a priori eher leichten Vorkommnisse handelt es sich, wenn Patienten die Allgemeinpraxis aufsuchen. **Knieverstauchungen** nehmen in jahrzehntelangen Fällestatistiken als **Distorsio genus** (C) einen Rang im oberen Drittel ein (Fink und Haidinger 2007). Schwere Traumata des Knies (z. B. femorotibiale Luxationen, Ruptur der Quadrizepssehne oder schwere Knochenbrüche) landen dagegen fast immer primär im spezialistischen Bereich. Die

■ Checkliste Nr. 22

vorwiegend zur Differenzierung anscheinend leichter Verletzungen im Kniegelenksbereich dient zur programmierten Befragung und Untersuchung auch dann, wenn beim Erstkontakt auf Grund von schmerzbedingten Abwehrreaktionen des Patienten die Möglichkeit der direkten Untersuchung eingeschränkt ist. Hier sind die Dokumentation von Ereignisvorgang, Inspektion und vorsichtiger Funktionsprüfung zunächst ausreichend, wobei wesentliche **abwendbar gefährliche Verläufe** bedacht werden. Es ist sinnvoll, eine entsprechende Schmerztherapie zu verordnen und den Patienten nach Aufklärung kurzfristig zur Kontrolluntersuchung einzubestellen. Meist ist dann eine aussagekräftige Untersuchung unter Fortsetzung der programmierten Diagnostik möglich.

Die Untersuchung ist im Stehen und im Liegen durchzuführen, sie beinhaltet auch das Gangbild. Gilt es **im akuten Fall**, eine behandlungsbedürftige **Fraktur** mittels Röntgenaufnahme auszuschließen, haben sich die **Ottawa Knee Rules** mit ihrer hohen Sensitivität (gültig für > 18-Jährige) bewährt. Demnach ist eine **Röntgendiagnostik** angezeigt, wenn mindestens 1 von 5 Kriterien erfüllt ist (DS = Druckschmerz) (Hinterwimmer und Kanz 2002):

- Alter > 55 Jahre,
- DS am Fibulaköpfchen,
- isolierter DS der Patella (kein weiterer knöcherner DS am Knie),
- aktive und passive Flexion < 90 Grad,
- keine vier Schritte mit Vollbelastung unmittelbar posttraumatisch im Rahmen der notfallmäßigen Abklärung möglich.

Die **Sonografie** hilft im Fall von Knieverletzungen meist nicht weiter; zwar ist ein **Kniegelenkserguss** gut darstellbar (dieser lässt sich auch palpatorisch feststellen), die Meniskusdiagnostik ist jedoch nur sehr eingeschränkt möglich, die Kreuzbänder sind nur im CT zu beurteilen. Dagegen kann die **Kompressionssonografie** zum Ausschluss einer konsekutiven Phlebothrombose sehr wertvoll sein.

Bei Verdacht auf Meniskus- oder Bandläsion ist weitere Abklärung erforderlich, bei Hinweis auf komplexe Verletzungen, die möglicherweise operativ versorgt werden müssen, hat

sich die **Kernspintomografie** bewährt. Eine **Arthroskopie** ist im akuten Fall i. d. R. nicht indiziert.

Übersicht zu Programm Nr. 22 (Knieverstauchung). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Meniskusläsion
- Knochenverletzung
- Bänderriss
- Sehnenruptur (Patella, M. Quadrizeps)
- Gelenkerguss
- Kontusion
- Hämarthros
- Phlebothrombose

22 Checkliste Knieverstauchungs-Programm

– vorwiegend zur Differenzierung anscheinend leichter Verletzungen im Kniegelenksbereich
Braun RN (1976) mod. Koch C (1989) mod. (1995, 2003, 2005) neu bearb. Klein R (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
Unfall (Zeit / Ort / Tätigkeit)
Versicherungsrechtliche Aspekte
Unfallhergang Anprall / Gelenk / Kniescheibe verdreht / verrenkt

Zerreißungsgefühl / -geräusch
Anfangs schlimmste Schmerzen / sehr blass
Jetzt Schmerzen (vorne / hinten / innen / außen)

Gleich / besser / schlechter
Vorschädigung / Voroperation (Knie / Bein)
Schwellung Knie sofort / verzögert / keine

Instabilitätsgefühl
Streck- / Beugehemmung ständig / gelegentlich / keine

Vorausgegangene Thrombose / Embolie
Angeborene Gerinnungsstörung
Derzeit Medikamente zur Blutverdünnung / sonstige

Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
Sonst noch

Objektiv

Knie betroffen (li / re)
Im Gehen:
Gangbild flüssig / Schonhinken
Im Stehen:
1-Bein-Stand / -Hüpfen / Kniebeuge möglich / schmerzhaft

Gelenkdeformität (varus / valgus)
Schwellung / Hämatom örtlich / diffus

Im Liegen:
Stauchungsschmerz bei Beklopfen der Ferse
Patella druckempfindlich / Fluktuation präpatellar

Erguss möglich / tanzende Patella / Fluktuation med. / lat. am Gelenkspalt bei Ausstreichen des oberen Recessus

Quadrizepssehne intakt
Druckschmerz Seitenbandansatz
Druckschmerz mediales patellofemorales Ligament

Druckschmerz Gelenkspalt / „wandernd“ bei Beugung / Streckung

Streckung mit endgradigem Schmerz federnd behindert

Schmerz oder palpabler Click bei Kniestreckung aus 90°-Beugung in max. Innen- bzw. Außenrotation (Mc Murray)

Varus- / Valgusaufklappung in Streckung und 20°-Beugung*
Vord. / hint. Schubladentest in 90° und / oder 20- bis 30°-Beugung sowie in Innen- / Außenrotation positiv (vordere bzw. hintere Translation des Tibiakopfs)*
Thrombosezeichen
Periphere Durchblutung / Sensibilität
Röntgen / MRT
Gelenkpunktion

Beratungsergebnis

Maßnahmen

* Vereinfachte Dokumentation zur Differenzmessung der Aufklappbarkeit („Schubblade“) gegenüber der gesunden Seite:
+ (= 3–5 mm), ++ (= 5–10 mm), +++ (≥ 10 mm)

4.23 Herzinsuffizienz – Bild einer chronischen Herzmuskelschwäche

Frank H. Mader, Torben Brückner

Die **chronische Herzinsuffizienz (C)** zählt zu den 25 häufigsten Beratungsergebnissen in einer Allgemeinpraxis mit einem Altersgipfel bei den über 65-Jährigen. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Unabhängig vom Alter haben sie eine schlechtere Prognose. In einer eingeführten Praxis kommt auf 4 Dauerfälle von myogener Insuffizienz 1 neuer Fall (Mader und Riedl 2018).

Die Herzinsuffizienz wird klinisch in verschiedener Weise differenziert: Zunächst kann eine Herzinsuffizienz nur die linke Herzhälfte (**Linksherzinsuffizienz**), nur die rechte Herzhälfte (**Rechtsherzinsuffizienz**) oder beide Herzhälften (**globale Herzinsuffizienz**) betreffen.

Eine weitere Differenzierung berücksichtigt, dass sich eine Herzinsuffizienz entweder über einen längeren Zeitraum entwickeln kann (**chronische Herzinsuffizienz**) oder durch ein plötzlich einsetzendes Ereignis (massiver Herzinfarkt, akute brady- oder tachykarde Herzrhythmusstörung) auftritt (**akute Herzinsuffizienz**).

Eine andere wesentliche Einteilung unterscheidet nach der Ursache der funktionellen Störung, also gestörte Pumpfunktion (**systolische Insuffizienz**) oder gestörte Füllung des Herzens bei erhaltener Pumpfunktion (**diastolische Insuffizienz**). Die isolierte Rechtsherzinsuffizienz ist meist Folge einer chronischen pulmonalen Erkrankung und erfordert ein grundsätzlich anderes Vorgehen (NVL Chronische Herzinsuffizienz 2017).

Für die Bedürfnisse der allgemeinärztlichen Ersteinschätzung sind diese Differenzierungen zunächst zweitrangig. Für den Hausarzt geht es erst einmal darum, eine mögliche Herzinsuffizienz überhaupt in Betracht zu ziehen. Im **Frühstadium** kann sich die Herzmuskelschwäche hinter wenig „typischen“ Symptomen verbergen, wie sie verschiedene andere Erkrankungen auch aufweisen. So sind Zeichen wie Müdigkeit, Leistungsminderung, trockener Reizhusten genauso möglich wie die sehr deutliche Belastungsdyspnoe (im späteren Verlauf auch Ruhedyspnoe), Wassereinlagerungen und Nykturie.

Bei multimorbiden **älteren Menschen** ist eine Zuordnung ohnedies meist schwierig. Das mediane Alter bei Herzinsuffizienzpatienten liegt bei 72 Jahren. Rund die Hälfte hat 7 oder mehr **Komorbiditäten**, z. B. Hypertonie, KHK, Diabetes mellitus, Vorhofflimmern, Niereninsuffizienz (NVL-S3).

Anfänglich schildert der Patient vielleicht nur ein oder zwei Hauptsymptome, erst bei gezielter Befragung und körperlicher Untersuchung ergibt sich dann ein Gesamtbild, das die Vermutung einer Herzinsuffizienz stützt, ohne dass überhaupt apparative Diagnostik eingesetzt wurde (Harvey 1993). Zu bedenken ist allerdings auch, dass eine bereits mit Diuretika eingeleitete Behandlung (z. B. bei vorliegender Hypertonie) das Bild einer Herzinsuffizienz verschleiern kann. Die

■ Checkliste Nr. 23

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim Bild einer Herzmuskelschwäche ist primär für den noch nicht im spezialistischen Bereich untersuchten Patienten gedacht und berücksichtigt die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe**. **Koronare Herzkrankheit (KHK)** oder eine **arterielle Hypertonie** sowie deren Kombination sind die weitaus häufigsten Ursachen (und damit auch die wichtigsten AGVs) einer Herzinsuffizienz. Zusammen sind diese Erkrankungen für rund 70–90 % aller Fälle von Herzinsuffizienz verantwortlich. Den restlichen Fällen liegen eine Vielzahl von anderen Ursachen zugrunde (z. B. Herzklappen- oder Perikarderkrankungen, zahlreiche Arzneimittel wie Zytostatika, Appetitzügler, Antimykotika oder eine Seltene Erkrankung wie Kardiomyopathie) (NVL-S3). Zur Verbreiterung oder Vertiefung der Diagnostik empfehlen sich

- Checkliste Nr. 30 (Dyspnoe)
- Checkliste Nr. 25 (Hypertonie)
- Checkliste Nr. 29 (Beinödeme)
- Checkliste Nr. 60 (Depression)
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit)

Die NYHA-Klassifikation bei Herzinsuffizienz in Abhängigkeit vom Leistungsstadium des Patienten (I–IV) ist heute das etablierte Klassifikationssystem (■ Tab. 4.4). Aufgrund der Ausrichtung an der Leistungsfähigkeit und der Symptomatik ist ein mehrfacher Wechsel zwischen den Stadien in dieser Klassifikation möglich, wenn die Behandlung erfolgreich ist oder die Erkrankung fortschreitet.

Die NVL „Chronische Herzinsuffizienz“ (Stand: 2009) empfiehlt bei der **Symptomtrias** „Dyspnoe – Müdigkeit – Flüssigkeitsretention“ eine (haus-)ärztliche **Stufendiagnostik** bestehend aus Basislabor und 12-Kanal-EKG. Für die körperliche Untersuchung besitzen laut NVL bestimmte „wichtige klinische Zeichen für Herzinsuffizienz“ (z. B. periphere Ödeme oder Hepatomegalie) allerdings nur eine geringe Spezifität und Vorhersagewahrscheinlichkeit oder sind unspezifisch (z. B. Tachypnoe).³

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Herzinsuffizienz steigt jedoch, wenn mehrere klinische Zeichen vorliegen. Dennoch ist die **körperliche Untersuchung** unverzichtbarer Bestandteil der programmierten Untersuchung. Zur diagnostischen Wertigkeit der empfohlenen **Laborparameter** liegen derzeit keine Evidenzen vor, sie dienen aber der Beurteilung von Begleiterkrankungen. Für den ambulanten Bereich wird die Bestimmung der Plasmakonzentration der natriuretischen Peptide BNP und NT-proBNP nicht generell empfohlen.

Die Differenzierung (systolische und/oder diastolische Herzinsuffizienz) erfolgt durch **Echokardiografie**.

3 NVL Chronische Herzinsuffizienz (2017) Langfassung. 2. Auflage. Version 3.

Übersicht zu Programm Nr. 23 (Herzinsuffizienz).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Herzinfarkt
- *Adipositas*
- *COPD*
- Hypertonie (arterielle)
- *Lungenemphysem*
- *Depression*
- Hyper-/Hypothyreose
- Vorhofflimmern
- Lungenembolie
- Kardiomyopathie
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- Malignom (z. B. Mediastinum)

■ Tab. 4.4 NYHA-Klassifikation (New York Heart Association)
bei Herzinsuffizienz nach Leistungsfähigkeit

NYHA I (asymptomatisch)	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA II (leicht)	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris, z. B. Bergaufgehen oder Treppensteigen
NYHA III (mittelschwer)	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris, z. B. Gehen in der Ebene
NYHA IV (schwer)	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit

23 Checkliste Herzinsuffizienz-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim Bild einer Herzmuskelschwäche

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995, 2003) mod. Mader FH (2005) mod. Mader FH, Brückner T (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)

Akut krank / Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Kurzatmig bei jeder Anstrengung / Aufregung /
Witterungsumschwung / Sonstigem

Beschwerdebeginn dramatisch / schleichend

Nykturie / Oligurie

Blaurote Verfärbung Haut / Schleimhäute

Beinödeme

Herzrasen / -klopfen

Schlaf mit erhöhtem Oberkörper (Zahl der Kissen) / Schlaf gestört /
Nachtschweiß

Husten / Bluthusten

Appetit / Gewichtsverlust

Völlegefühl im Leib

Rauchen / Alkohol / Bohnenkaffee / salzhaltige Kost

Medikamenteneinnahme: Antiasthmatica / Glykoside / Diuretika /
Psychopharmaka / sonstige

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Eher blasses / eher tiefrotes Gesicht

Halsvenenstauung bei erhöhtem Oberkörper

Herzauskultation / -perkussion

Lungenauskultation / -perkussion

Blutdruck (beidseits) / Puls

Lebergröße

Beine (symmetrische Ödeme)

Körpergewicht

Urin (Eiweiß)

BKS / CRP / Blutbild / TSH / GPT, GGT

NT-pro-BNP / sonstiges Labor

EKG / Belastungs-EKG

Sonographie des Oberbauchs (Stauungszeichen: Gefäße /
Leber)

Echokardiographie

Röntgen-Thorax

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.24 Schwindel – Uncharakteristischer Schwindel

Fritz Meyer, Frank H. Mader

Der Ausdruck „*Schwindel*“ wird im deutschen Sprachgebrauch durch die Betroffenen für eine ganze **Symptomenpalette** von Befindlichkeitsstörungen verwendet, die für sie meist vom Kopf ausgehen (z. B. Benommenheit, Kopfdruck, Katergefühl, Schwarzwerden vor den Augen). Für die allermeisten Schwindelfälle wird kein Arzt konsultiert.

In den allgemeinmedizinischen Fällestatistiken der letzten Jahrzehnte (Braun et al. 2007) nimmt das Konsultationsproblem Schwindel einen vorderen Rang ein, in der Regel noch vor Schnupfen oder Halsschmerzen. Dies konnte erneut in einer neueren Untersuchung (Kühlein et al. 2008) an fast 50.000 Patienten aus 23 deutschen Praxen innerhalb eines Beobachtungsjahres bestätigt werden. Schwindelprobleme waren hier ab dem 25. Lebensjahr in allen Altersgruppen unter den 20 häufigsten Beratungsproblemen vertreten (altersbezogen ansteigend vom 11. bis zum 3. Rang). Mithilfe der

■ Checkliste Nr. 24

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Schwindel ist es dem Patienten möglich, seine vielfältigen Wahrnehmungen und Störungen auszudrücken und zusammen mit dem Arzt strukturiert zu erfassen, einzuordnen und zu dokumentieren. Dabei werden auch seine Ängste angesprochen („*Vielleicht hab ich doch was im Kopf?*“), die sich in aller Regel nicht bestätigen.

Im hausärztlichen Bereich lassen sich nur etwa 50–70 % der uncharakteristischen Schwindelzustände (A) einer exakten Diagnose zuordnen (Hohmann et al. 2018). Dies gilt insbesondere für den **psychischen (phobischen) Schwindel** und das multifaktorielle **Vertigosyndrom** des älteren Menschen.

Dennoch lassen sich die meisten subjektiven Schilderungen bestimmten Bausteinen eines Systems zuordnen, das sich wiederum grob in vier Gruppen unterteilen lässt:

- peripher-vestibulärer Schwindel,
- zentral-vestibulärer Schwindel,
- nicht vestibulärer, unsystematischer Schwindel,
- psychogener (phobischer) Schwindel.

Im Wesentlichen sind die Symptombilder des unsystematischen und des systematischen Schwindels auseinanderzuhalten (■ Tab. 4.5). Symptome des **systematischen Schwindels** (■ Tab. 4.5, **Gruppe 1**) können vom Betroffenen meist deutlich beschrieben werden. Dies betrifft sowohl Richtung wie auch Charakteristik des typischen Drehschwindels, ebenso mögliche Auslösemechanismen, Fallneigungen, Gangunsicherheiten oder vegetative Begleiterscheinungen wie Übelkeit oder Erbrechen. Bewusstseinsstörung wird in der Regel nicht angegeben. Auch Kippschwindel oder Liftgefühl charakterisieren die vestibuläre Störung. Die wichtigsten Repräsentanten dieser **charakteristischen** Schwindelerkrankungen sind beim Hausarzt der **benigne paroxysmale Lagerungsschwindel** und die **Neuronitis vestibularis**.

Patienten mit **unsystematischem Schwindel** (■ Tab. 4.5, **Gruppe 3**) klagen über eine Fülle oft schwer beschreibbarer Symptome bis hin zu Sturzneigung und Bewusstlosigkeit. Mit Recht werden diese Schwindelformen deshalb auch als **uncharakteristisch** bezeichnet, was nicht nur auf die Symptomatik, sondern auch auf die Ursachen bezogen werden kann. Als wichtigster Vertreter dieser Kategorie gilt im Praxisalltag der multikausale, multifaktorielle und multisensorische **Altersschwindel** als „*Gigant*“ der hausärztlichen Geriatrie.

Zwischen beiden Gruppen steht der **zentral-vestibuläre Schwindel** (■ Tab. 4.5, **Gruppe 2**), der sowohl Symptome des systematischen als auch des unsystematischen Schwindels aufweist, im Praxisalltag als **Alarmsymptom** für ein zentrales

■ Tab. 4.5 Auswahl der häufigsten subjektiven Empfindungen bei Patientenklagen über Schwindel und der Versuch ihrer Zuordnung zu möglichen Ursachen. (Mod. Stoll und Rudolf 2001)

Subjektive Empfindung	Mögliche Ursachen
Gruppe 1: Symptomatik peripher-vestibulär Drehschwindel, einseitige Fallneigung, Lateropulsion, Lift-, Fallgefühl	Peripher-vestibulär Neuronitis vestibularis, benigner Lagerungsschwindel
Gruppe 2: Symptomatik zentral-vestibulär Dreh- und Schwankschwindel mit und ohne Richtungstendenz, Taumeligkeit, Trunkenheitsgefühl, allgemeine Unsicherheit, Seh-, Schluck-, Sprechstörungen, Kopfschmerzen, sensible Störungen, Hörstörungen, drop attacks, Amnesien, Ataxien	Zentral-vestibulär Ischämie, Blutung, entzündliche Erkrankung, neurodegenerative Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Medikamentennebenwirkung
Gruppe 3: Symptomatik nicht-vestibulär Benommenheit, Schwarzwerden vor den Augen, Augenflimmern, Leere im Kopf, Leere im Magen, Übelkeit, Schwäche in den Beinen, Torkeln, Schweißausbruch, Atemnot, schneller oder unregelmäßiger Herzschlag, Herzstechen, Kollaps, Synkope, Bewusstlosigkeit, Verschwommenheit, Sehstörungen	Nicht-vestibulär Blutdruckschwankung, Rhythmusstörung, Anämie, Angiopathie, Hypoglykämie, Urämie, Medikamente, Alkohol, Drogen, M. Parkinson, TIA, Epilepsie, Enzephalopathie, Augenerkrankungen
Gruppe 4: Symptomatik psychogen Angst, Spannungszustände, Untragbarkeit der Situation, allgemeine Unsicherheit	Psychogen Phobische, depressive, dissoziative, somatoforme Störungen

Geschehen und damit als **abwendbar gefährlicher Verlauf** (z. B. Ischämie, Blutung, entzündliche oder neurodegenerative Erkrankungen, Tumor) angenommen werden muss. Von psychogenem **Schwindel** sollte erst dann gesprochen werden, wenn sich nach sorgfältiger Untersuchung keine Zuordnung, aber auch kein Hinweis auf einen AGV ergeben hatte (■ Tab. 4.5, Gruppe 4).

■ Im Einzelfall können sich subjektive Empfindungen nicht immer möglichen Ursachen zuordnen lassen oder sich überlappen.

Die anamnestische Eingrenzung von **Intensität** (Ausmaß), **Dauer** und **Auslösbarkeit/Verstärkung** der Beschwerden liefert wichtige diagnostische Informationen. Umfassende **apparative Zusatzuntersuchungen** und **bildgebende Diagnostik** sind bei sorgfältiger Befragung und körperlicher Untersuchung zunächst meist nachrangig (Hohmann et al. 2018). Dies gilt allerdings nicht für die Verwendung der **Nystagmusbrille** („Frenzelbrille“), gerade im **Akutfall**. Weil ein Nystagmus dem Patienten nicht bewusst ist und weder vorgetauscht noch unterdrückt werden kann, bietet seine Analyse einen objektiven Zugang zum Orientierungs- und Gleichgewichtssystem und damit eine wichtige Entscheidungshilfe (Meyer 2014).

■ Obligate programmierte Untersuchung

Bei jedem Patienten mit Schwindel als Leitsymptom ist die programmierte Untersuchung notwendig, auch im Verlauf der Beschwerden, um die Schwindelart, Dauer, modulierenden Faktoren sowie Begleitsymptomatik einzuordnen. Ihre Durchführung erfordert allerdings etwas Zeit und Sorgfalt. Sollten zusätzliche Probleme von Seiten des Ohrs (Hörminderung, Tinnitus) geäußert werden, empfehlen sich folgende weitere Checklisten:

- Checkliste Nr. 86 (Hörverlust)
- Checkliste Nr. 63 (Menière-Syndrom)

Ein Ad-hoc-Medikament für den meist älteren Schwindelpatienten gibt es nicht. Besserungen kommen im Verlauf vor, sind allerdings von der gesundheitlichen Gesamtsituation des Betroffenen abhängig. Bei akuter und neu aufgetretener Schwindelsymptomatik kann Dimenhydrinat oder die Fixkombination mit Cinnarizin kurzfristig eingesetzt werden (Godt et al. 2017). Andererseits sollten **Arzneimittel** mit überwiegend sedierender Komponente vermieden werden, um die bei Schwindelkranken häufig vorhandene **Sturzneigung** nicht noch zusätzlich zu erhöhen.

Eine deutlich bessere Behandlungsoption gibt es beim benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS). Die einfache und zugleich auch effektive Behandlung kann in Form mehrerer **Befreiungsmanöver** durchgeführt werden (ausführlich in Mader und Riedl 2018).

Übersicht zu Programm Nr. 24 (Schwindel). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Paroxysmaler benigner Lagerungsschwindel*
(Canalitholithiasis)
- **Herzrhythmusstörung**
- *Hypotonie/Orthostasesyndrom*
- *Zervikalsyndrom*
- **Transitorische ischämische Attacke (Kleinhirn/Hirnstamm)**
- **Hypoglykämie**
- *Alkoholkrankheit*
- *Schwindel nach Drogenkonsum*
- **Folge von Traumen/Tumoren**
- *Polymorphe, wahrscheinlich nicht organische Beschwerden (PWN)*

24 Checkliste Schwindel-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Schwindel

Braun RN, Schulze H (1970) Kongress Deutsches Institut für Allgemeinmedizin; mod. Braun RN, West SR (1976)

mod. Braun RN, Danninger H (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Meyer F, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer beeinträchtigt / besorgt)

Persönlichkeitsveränderung

Schwindel (seit / kurzfristig / dauernd)

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Täglich / wöchentlich / Dauer der Attacke / Anfälle / dazwischen beschwerdefrei

Früher / kürzlich Unfall (Kopf / HWS)

Jüngst Fieber / schwer krank

Kopfschmerzen (seit kurzem / ständig / seit Jahren)

Beinödeme / Nykturie / Kurzatmigkeit

Appetitlos / matt / Gliederschwäche

Brechreiz / Erbrechen / Übelkeit / Ohnmacht / Augenflimmern /

Schwarzsehen / Schweißausbrüche / Wallungen / Sonstiges

Diabetes mellitus

Rauchen / Alkohol / Kaffee / Medikamente / Drogen

Abmagerungskurs

Schwindel auslösbar durch Fahrzeug / Flugzeug / Kopfdrehen / Bücken / Aufstehen / Blickwendung / Körperdrehung nach li / re

Liftgefühl / Fallneigung zur Seite / Schwankgefühl / Drehgefühl / Gangunsicherheit

Ohrenschmerzen / -fluss / Tinnitus

Hör- / Sehstörungen (akut / länger)

Geruchs- / Schmeckstörungen (akut / länger)

Besser durch Ruhe / Belastung / Schlucken / Therapie

Schlechter durch Aufregung / Anstrengung / Fernsehen / Brille / Wetter / Stress

Miktion / Stuhl / Menses

Berufliche Belastung (Psyche / Gifte)

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung (ängstlich, depressiv, überfordert)

Kopfplatten- / Klopfschmerz

Konjunktiven / Augenmotilität / Pupillenreaktionen

Visus / Fundus

Blickmotorik: langsame Blickfolgebewegung

HWS / Muskulatur (Kopf, Hals, Schulter)

Tremor der Hände

Herz und Karotidenauskultation

Blutdruck beidseits / Puls

Schwindel nach ca. 20 sec Hyperventilation

Reflexe / periphere Gefäße

Gehörgänge / Trommelfelle

Stimmgabelversuch:

– Rinne rechts (neg / pos) / Rinne links (neg / pos)

– Weber median / lateralisiert (nach li / nach re)

Orientierende Hörweitenprüfung (Umgangssprache / Flüstersprache li / re geschätzt in Metern)

Tubenmanöver (Valsalva-Pressversuch neg / pos / li / re)

Untersuchung Hirnnerven / Sensibilität / Kraft / Gleichgewicht (Gangabweichung / Stehversuch nach Romberg) / Koordination (Finger-Nase- / Knie-Hacke-Versuch) / Diadochokineseversuch

Frenzelbrille (im Sitzen / Kopfschütteln / nach Drehung HWS / Lagerungsmanöver)

Schellong-Test

EKG / Langzeit-EKG / Langzeit-Blutdruckmessung

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Schilddrüse

Sonstiges Labor

Weiterführende Diagnostik: Kalorik der Vestibularorgane (ENG, Videookulographie)

Kraniale MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.25 Hypertonie – Blutdruckerhöhung

Torben Brückner, Frank H. Mader

Es gibt es nur wenige Erkrankungen, bei denen die Bestimmung von lediglich zwei Messgrößen von solcher Bedeutung in Diagnostik und Therapie ist, wie es die unblutige Messung des systolischen und diastolischen Wertes bei Hypertonie darstellt.

Bei den meisten Menschen mit bisher unbekanntem hohen Blutdruck handelt es sich um einen „Zufallsbefund“, also um ein Symptom (A), bei dem zunächst nicht ersichtlich ist, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Form der Hypertonie handeln könnte. Einige Personen gehen erst aufgrund unspezifischer Symptome wie „Kopfschmerzen“, „Schwindel“, „Atemnot“, „Nasenbluten“ oder „*nimmer so leistungsfähig*“ als Beratungsursache (BU) zum Hausarzt. In der Regel waren sie jedoch über Monate oder Jahre beschwerdefrei.

Während in den 1950er Jahren das Beratungsergebnis (BE) Hypertonie in den allgemeinmedizinischen Statistiken noch an 18. Stelle stand, findet es sich um die Jahrtausendwende unter den ersten 10 BEs. Möglicherweise hängt dies auch mit einem veränderten Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und einer häufigeren Blutdruckmessung durch die Untersucher zusammen. Bedeutsamer scheinen jedoch der überhöhte Nahrungsmittelkonsum und die niedriger gefassten Grenzwerte für Hypertonie zu sein. Frauen sind doppelt so häufig wie Männer betroffen. Jenseits des 45. Lebensjahres nimmt die Zahl der Hypertoniker erwartungsgemäß deutlich zu.

Die Blutdruckzielwerte und Interventionsgrenzen (in Abhängigkeit u. a. vom kardiovaskulären Risiko und dem Alter) werden immer wieder erneut angepasst – variieren dabei aber je nach Leitlinie, Region und Fachgesellschaft mit deutlicher Diskrepanz (Düsing und Middeke 2018).

i Primär ist zu bedenken, dass jede **Grenzwertdefinition** in der Medizin mehr oder weniger **willkürlich** ist. Dies gilt im Besonderen für die arterielle Hypertonie (Middeke 2017).

In den meisten Praxen wird der Blutdruck (noch) mit dem Stethoskop nach Riva-Rocci gemessen; dieses Verfahren gilt nach wie vor als die **Standardmessmethode**. Neben der Messung in der Praxis rückt heute die **Selbstmessung** des Patienten in den Vordergrund; hier haben sich die oszillometrischen Hand- und Oberarmgeräte weitgehend durchgesetzt. Bei entsprechender Anleitung sind die Messbereitschaft der Patienten und die Qualität der dokumentierten Messergebnisse nachweisbar gut (Meyer 1996). Bei **Wiederholungsmessungen** wird (unabhängig vom verwendeten Gerät) empfohlen, mindestens 1 min bis zur nächsten Blutdruckmessung zu warten. Unabhängig vom Messsystem (Oberarm oder Handgelenk) gilt, dass die Manschette, welche den Druck auf die Arterie erzeugt, auf **Herzhöhe** liegen muss, damit der gemessene Druck den Werten der „Herzpumpe“ zumindest näherungsweise entspricht.

Das **ambulante Blutdruckmonitoring** (ABDM/Langzeitblutdruckmessung) über 24 h hinweg gehört angesichts der Häufigkeit der Hochdruckerkrankung und deren Spätfolgen als **Routinemethode** in die Hand des Allgemeinarztes (Mader und Riedl 2018).

Ziel dieser

■ Checkliste Nr. 25

für die allgemeinmedizinische Diagnostik, wenn der Blutdruck bei zweimaliger Vorausmessung deutlich erhöht war ist es herauszufinden, ob bei dem Betroffenen eine primäre oder sekundäre Form der Hypertonie besteht. Zumindest sollte bei jedem neuen Fall von Hochdruck (C) die programmierte Untersuchung weiteren Maßnahmen (wie Überweisung oder Therapie) vorangehen. Die wichtigsten **AGVs**, welche eine **sekundäre Hypertonie** verursachen können, sind in der nachfolgenden **Übersicht** zusammengefasst.

**Übersicht zu Programm Nr. 25 (Hypertonie).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- **Herzerkrankungen**
- *Adipositas*
- **Nierenerkrankungen**
- *Phäochromozytom*
- **Cushing-Syndrom**
- *Schlafapnoe*
- *Aortenisthmusstenose*
- **Hyperthyreose**

25 Checkliste Hypertonie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik, wenn der Blutdruck bei zweimaliger Vorausmessung deutlich erhöht war
 Braun RN, Sterzl B (1973) Kongress Deutsches Institut für Allgemeinmedizin; mod. Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Krank seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

In der Familie hoher Blutdruck / Schlaganfälle / Herzinfarkt

Übergewicht / Bewegungsmangel
 Diabetes mellitus / Hypertonie bekannt seit (Höhe)

Kopfdruck / -schmerz / Schwindel / Augenschmerz / Sehstörung (seit)

Anfälle von Schwitzen / Herzrasen
 Belastungsabhängiger Herzschmerz
 Kurzatmig durch Anstrengung
 Beinödeme symmetrisch seit
 Nykturie
 Harnzwang / Schmerzen beim Urinieren
 Flankenschmerz
 Früher nierenkrank / Analgetikaabusus
 Gravidität / hormonelle Kontrazeptiva
 Sonstige Medikamente
 Dauerstress / Depression / Tagesschläfrigkeit / Schlafstörung / Schnarchen

Sonstige Beschwerden / Abnormalitäten
 Miktion / Stuhl / Menses
 Berufliche Exposition
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Blutdruck (beidseits) / Puls
 Herzauskultation / -spitzenstoß
 Auskultation an typischen Punkten (A. brachialis, A. carotis, A. renalis, A. abdominalis, A. iliaca, A. femoralis, A. poplitea)

Palpation der typischen Punkte (A. tibialis, A. dorsalis pedis)

Beinödeme
 Ambulantes Blutdruckmonitoring (Langzeit-Blutdruckmessung)

EKG / Belastungs-EKG / Langzeit-EKG
 Urin / Mikroalbuminurietest
 Blutbild / Kreatinin / Kalium / Natrium / Gesamteiweiß / TSH

Sonstiges Labor
 Doppleruntersuchung
 Duplexsonographie (Nierenarterien)
 Echokardiographie
 Polysomnographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.26 Herzschmerzen – Uncharakteristische Schmerzen in der Herzregion

Frank H. Mader, Torben Brückner

Ersteinschätzung und Abklärung von uncharakteristischen Schmerzen in der Präkordialregion erfordern vom Hausarzt eine Vielfalt von diagnostischen Überlegungen. Oftmals können die Patienten ihre Beschwerden nur mit einer Handgeste beschreiben („Da sticht es, manchmal auch da“) oder sie drücken offen ihre Angst aus: „Hoffentlich ist es nicht das Herz. Ich kenne jemanden, der hatte auch ...“.

Die überwiegende **Mehrheit** dieser Geschehnisse (etwa 70 % der Fälle) ist **nicht kardial** bedingt, davon wiederum haben 30 % eher einen **psychosomatischen** Hintergrund. Im hausärztlichen Bereich weisen nur 3,6 % der Patienten, die sich mit **Brustschmerzen** vorstellen, ein **akutes Koronarsyndrom** auf (Bösner et al. 2009).

■ Praxisalltag

Gerade wegen der Seltenheit eines möglichen **abwendbar gefährlichen Verlaufs** bei in der Regel gesund wirkenden Erwachsenen ohne Hinweis auf ein typisches Krankheitsbild empfiehlt sich eine besonders sorgfältige Vorgehensweise mit Hilfe der programmierten Diagnostik, um nicht vorschnell in die „Fallgrube der Psychosomatik“ zu geraten. Die

■ Checkliste Nr. 26

für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischen, in der Herzgegend (Präkordialregion) lokalisierten Schmerzen sollte auch in der Eile des Praxisalltags herangezogen werden, um nichts Wichtiges zu fragen, zu untersuchen und zu dokumentieren zu vergessen. Die Entwicklung des Programmes „Herzschmerzen“ geht auf das Jahr 1975 zurück. Braun bezeichnete es als eines seiner „reifsten überhaupt“ (► Abschn. 2.1). Dieses Programm integriert die somatische und die Psychodiagnostik mit einer optimalen psychologischen Führung (Braun 1988).

■ Vorschalt Diagnostik

Die Checkliste startet in der Spalte „Subjektiv“ mit einer **Vorschalt Diagnostik**. Sie dient der rationelleren Gesundheitserkennung. Der Arzt soll dadurch aufmerksam gemacht werden, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden im Bereich der Präkordialregion, die offensichtlich nicht mit dem Herzen zusammenhängen (z. B. Verletzungen, Myalgien, Zoster) auszuschließen. Die Vorschalt Diagnostik gibt also einen Anhalt dafür, ob überhaupt das richtige Programm gewählt wurde.

Ebenso kann der **Marburger Herz-Score** (siehe weiter unten) zur Vorschalt Diagnostik herangezogen werden. Er ersetzt jedoch nicht die programmierte Beratung, die nicht nur den AGV einer koronaren Herzkrankheit (KHK) im Fokus hat.

■ Psychogene Problematik

Sprechen die Erhebungen durch die Checkliste für eine psychogene Problematik, so kann der Arzt zunächst „so tun, als ob“ eine psychogene Störung vorliegt und dementsprechend

behandeln. Eine entsprechende Festlegung im Denken, aber auch in der endgültigen Klassifizierung ist jedoch erst nach längerer Verlaufsbeobachtung erlaubt. Zumindest so lange muss man für andere Möglichkeiten (z. B. psychogene Überlagerung einer organischen Krankheit) offen bleiben. Trotz aller Hinweise auf ein psychogenes Geschehen wird dennoch immer wieder eine somatische Diagnostik erforderlich sein, da man nie sicher sein kann, dass nicht doch einmal „das Herz dahintersteckt“.

i Der negative Ausfall aller Erhebungen berechtigt nicht dazu, den Fall kurzerhand als „psychogen“ zu führen!

Beim Beratungsproblem „uncharakteristische Herzschmerzen“ stehen dem Allgemeinarzt zur Vertiefung der Diagnostik und zur Abgrenzung folgende Programme zur Verfügung:

- Checkliste Nr. 6 (Interkostalschmerzen)
- Checkliste Nr. 7 (Thoraxschmerzen)
- Checkliste Nr. 27 (Polymorphe Herzbeschwerden)

■ Diagnostik in der Hausarztpraxis

Wenn sich der Verdacht erhärtet, dass das Herz Ursache der Schmerzen sein kann, wird ein **EKG** abgeleitet. Allerdings lässt sich damit zwar ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI) nachweisen, ein Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) jedoch nicht definitiv ausschließen. Die **Echokardiographie**, mit der sich Wandbewegungsstörungen des Herzmuskels erkennen lassen, ist zumeist eine Technik in Spezialistenhand. **Troponinschnellteste** sind kritisch anzuwenden, da sie sehr abhängig vom Zeitpunkt des Symptombeginns sind. Die empfohlenen Kontrolltermine nach mehreren Stunden sind im hausärztlichen Alltag unrealistisch; im Übrigen kann ein positiver **Troponin-Wert** auch aufgrund anderer Erkrankungen ansteigen (u. a. Lungenembolie, schwere Infekte, Niereninsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz).

■ Scores

Für die hausärztliche Versorgungsebene des unausgelesenen Krankenguts wurde der **Marburger Herz-Score** entwickelt und validiert (Bösner et al. 2010); mit ihm lässt sich anhand von 5 schnell zu erfassenden Kriterien abklären, mit welcher Wahrscheinlichkeit Brustschmerz durch KHK verursacht sein kann. Die Checkliste Nr. 26 „Herzschmerzen“ beinhaltet bereits alle 5 Fragen des Herz-Scores. Bemerkenswert ist dabei die Frage, ob der Patient selbst glaube, es könnte eine Herzkrankheit Ursache seiner Beschwerden sein. Ähnliche Fragen „Ängste (Furcht vor)“ und „Vermutete Ursache“ sind übrigens auch Routine in nahezu allen Checklisten der programmierten Diagnostik.⁴

In der DEGAM S3-LL Brustschmerz (DEGAM 2011) werden noch weitere Kriterien zur Einschätzung des Patientenzustandes aufgeführt, die besonders auf den ersten Eindruck abzielen, den der Patient auf den Arzt macht (u. a. „Der

4 ► <https://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/forschung/projekte/mhs/mhs-intro.html>. Zugriff: 29.7.2019, 21:32.

Patient „gefällt Ihnen nicht“). Diese Frage findet sich ebenfalls in nahezu allen Checklisten am Anfang („*Erster Eindruck*“).

Mit dem **Wells-Score** lässt sich abschätzen, ob eine **Lungenembolie** als AGV vorliegt. Dieser Test ist sowohl ambulant als auch im Krankenhaus fest etabliert (■ Tab. 4.6).

**Übersicht zu Programm Nr. 26 (Herzschmerzen).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- *Muskuloskelettale Schmerzen*
- *Refluxösophagitis*
- **Malignome**
- *Somatisierungsstörung*
- **Akutes Koronarsyndrom/Herzinfarkt**
- **Koronare Herzkrankheit (KHK)**
- *Angst wegen Tabakkonsum*
- **Lungenarterienembolie**
- **Peri-/Myokarditis**
- **Aortendissektion**
- **Pleuritis**

■ Tab. 4.6 Validierter Wells-Score zur Ermittlung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie

Kriterien	Punkte
Klinische Zeichen auf eine tiefe Beinvenenthrombose	3
Andere Ursache unwahrscheinlicher als eine Lungenembolie	3
Vorherige Lungenembolie/Tiefe Beinvenenthrombose	1,5
Immobilisation/Operation (in den letzten 4 Wochen)	1,5
Herzfrequenz > 100/min	1,5
Bluthusten	1
Tumorerkrankung	1
Wahrscheinlichkeit: 0–1 Punkte: gering 2–6 Punkte: mittel ≥ 7 Punkte: hoch	

26 Checkliste Herzschmerzen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischen, in der Herzgegend (Präkordialregion) lokalisierten Schmerzen

Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Bawidamann G, Mader FH (2003) mod. Mader FH, Brückner T (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)

Vorschaltendiagnostik:

- Inspektion (Zoster etc.)
- Palpation lokal (Myalgien / BWS etc.)
- Abnorm bekannt? (Blutdruck / EKG)

Alter (Mann > 55 Jahre / Frau > 65 Jahre)

Krank seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt (Infarkt?) / wann

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Schmerzen wo (Brust / Rücken / Bauch / ausstrahlend Arm (li / re) / Hals / Unterkiefer / sonst)

Schmerzen wie (stechend / drückend / ziehend / brennend / dumpf / beklemmend / krampfartig / Intervall / dauernd)

Schmerzen wann (Belastung / Bewegung / Sport / Bücken / Ruhe / sonst)

Bekannt (KHK / PAVK / Schlaganfall) / Diabetes mellitus / Sonstiges

Beginn jetzt heftig (Vernichtungsgefühl) / Übelkeit / Erbrechen / Sonstiges)

Andere Symptome (Kopfschmerz / -druck / Beine kalt / Polyurie / Belastungsdyspnoe / Schwitzen / gedrückte Stimmung)

Ausgelöst durch (Aufregung / Stress / Verletzung / Beruf / voller Magen / Linksseitenlage / Kälte / Medikamente / Sonstiges)

Schlechter / besser (tags / nachts / Schlaf)

Herzklopfen / -jagen / -aussetzen / -stolpern

Konsum Nikotin / Alkohol / Drogen

Appetit / Gewicht

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache („Könnte es das Herz sein?“)

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Palpation Thorax / Wirbelsäule / Abdomen

Herzauskultation / -spitzenstoß

Lungenauskultation / -perkussion

Palpation A. radialis / A. dorsalis pedis

Myalgien / Blockierungen

Beinödeme

Gewicht

Blutdruck / Puls

Ruhe-EKG / Belastungs-EKG / Langzeit-EKG

Urin

BKS / CRP / Blutbild / CK-MB / Troponin / D-Dimere / TSH

Sonstiges Labor

Wirkung von Nitrospray nach einigen Minuten

Echokardiographie

Koronarangiographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

Anmerkung: Items mit Unterstreichung entsprechen dem Marburger Herz-Score

4.27 Polymorphe Herzbeschwerden – Uncharakteristische polymorphe Herzsymptomatik

Frank H. Mader

Somatisch nicht hinreichend erklärbare, sogenannte **nicht-spezifische, funktionelle** oder **somatoforme Körperbeschwerden** sind in der Medizin häufig, aber oft schwer einzuordnen. Die Patienten sind oftmals frustriert und verunsichert, da sie unter den Beschwerden zum Teil erheblich leiden, es aber scheinbar keine Erklärung bzw. Behandlung für sie gibt. Die Behandler befürchten andererseits, eine ernsthafte somatische Erkrankung zu übersehen (S3-LL; Hausteiner-Wiehle et al. 2012).

Diese Störungen betreffen 4–10 % der Bevölkerung (Morbidity) und 20 % der Hausarztpatienten (Kasuität) (Schaefer et al. 2012). In jahrzehntelangen allgemeinmedizinischen Fällestatistiken nehmen die fachsprachlich bezeichneten „**polymorphen, wahrscheinlich nicht organischen Beschwerden (PWN)**“ (B) vordere Ränge zwischen 14 und 107 ein (Fink und Haidinger 2007), zu denen allen voran auch die organbezogenen „**polymorphen Herzbeschwerden**“ (B) zählen. In der Literatur finden sich zahlreiche (nicht mehr gebräuchliche) Benennungen wie „Herzneurose“, „Kardiophobie“ oder „soldiers heart“. Die

■ Checkliste Nr. 27

für die allgemeinmedizinische Erstberatung bei uncharakteristischen, kombinierten auf das Herz weisenden Symptomen empfiehlt sich beispielsweise bei **kombinierten** Beratungsursachen wie Präkordialschmerz, Sternaloppression, Herzklopfen, Dysrhythmien, bei denen die Symptomatik schon von vorneherein darauf hindeutet, dass mit großer Wahrscheinlichkeit funktionelle Beschwerden vorliegen. In den 10-Einjahres-Statistiken von Fink waren Frauen dreimal häufiger als Männer betroffen; der Altersgipfel lag zwischen 31 und 45 Jahren (Fink und Haidinger 2007).

Polymorphe Herzbeschwerden werden kasuographisch als Sensationen in der Herzregion beschrieben, als Schmerzen, die der Patient im Thoraxinneren empfindet, mit oder ohne Ausstrahlung, verbunden mit Herzdrücken, -stechen, -klopfen, -rasen und/oder -stolpern sowie mit anderen Ausstrahlungen; diese Beschwerden können in wechselnder Kombination auftreten. Dabei ist in bis zu 70 % eine körperliche Ursache nicht erkennbar und dann auch mit weiterführender, aufwändiger Diagnostik im Verlauf oft nicht zu sichern (Herrmann und Rüger 1999). Dennoch müssen stets weiterhin im Verlauf mögliche **abwendbar gefährliche Verläufe** bedacht und von vielfältigen ähnlichen Beschwerdebildern abgegrenzt werden.

Bei einigen Patienten (Älteren!) besteht ein organmorphologisches Korrelat, oft allerdings mit fraglicher Relevanz für die Symptomatik, bei anderen Personen allenfalls eine Störung somatischer Funktionsabläufe. Der Nachweis einer organischen Veränderung schließt psychische Kausalfaktoren keineswegs aus.

i Herzbezogene Beschwerden ohne relevante Herzerkrankung sind nicht zwangsläufig psychogen.

Je nach vermutetem Hintergrund (z. B. Familie, soziales Umfeld, Organerkrankung) kann der Allgemeinarzt seine programmierte Diagnostik vertiefen mit

- Checkliste Nr. 26 (Herzschmerzen),
- Checkliste Nr. 28 (Tachykardie),
- Checkliste Nr. 61 (Nervöse Erschöpfung),
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese) oder
- Checkliste Nr. 84 (Familienproblematik).

Trotz aller Hinweise auf ein psychogenes Geschehen werden dennoch solche Patientinnen und Patienten wohl ihr ganzes Leben lang immer wieder somatisch untersucht und betreut werden müssen. Auf diese Weise sind sie der vollen ärztlichen Zuwendung teilhaftig (Mader und Weißgerber 1992).

Übersicht zu Programm Nr. 27 (Polymorphe Herzbeschwerden). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Depression
- Angststörung
- Panikattacke
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Herzinsuffizienz
- Hyperthyreose
- Hypochondrische Störung
- Koronarsyndrom/Herzinfarkt
- Fibromyalgiesyndrom
- Chondroosteopathia costalis (Tietze-Syndrom)
- Belastungs-/Anpassungsstörungen

27 Checkliste Polymorphe Herzbeschwerden-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstberatung bei uncharakteristischen, kombinierten, auf das Herz weisenden Symptomen
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)

Miktion / Stuhl / Menses / Klimakterium

Beschwerden seit / wie oft

Gleich / besser / schlechter

Medikamente derzeit

Schon mal gehabt

Ängste (Furcht vor)

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Angina pectoris / früherer Herzinfarkt bekannt

Sonst noch

Gleichwertige Bauchschmerzen (Aneurysma!)

Objektiv

Andere Beschwerden (seit)

Psychische Beurteilung

Derzeit wegen Herz in ärztlicher Behandlung

Tastbefund Schilddrüse

Herzspitzenstoß / -auskultation

Beschwerden dauernd / anfallsweise / jetzt seit / Schmerzen /
Krämpfe / Druck / Ausstrahlungen

Palpation Abdomen

Blutdruck / Puls

Herzklopfen / -jagen / -aussetzen / -stolpern

EKG

Urin / BKS / CRP / Blutbild / BZ / TSH / sonstiges Labor

Leistungsschwäche

Kalte Hände und Füße / Schlafstörungen

Beratungsergebnis

Depressive Verstimmung / nervös / Panikattacken

Maßnahmen

Parästhesien

Schlechter durch berufliche / sonstige Überlastung / Aufregungen
familiäre / andere / Anstrengungen / nach dem Essen
(Ösophagus-Ca!) / Abmagerungskur / Nikotin / Bohnenkaffee /
Alkohol / Sonstiges

Besser durch

Luftnot bei Belastung / Stress

Ödeme / Nykturie

4.28 Tachykardie – Herzklopfen, Herzjagen

Torben Brückner, Frank H. Mader

Berichtet der Patient über „anfallsweises Herzjagen“ oder „Herzklopfen“, muss sich der Allgemeinarzt in der Regel auf die Angaben des Betreffenden stützen. Solche ungewöhnlichen oder plötzlich auftretenden Störungen der Herzrhythmik führen oftmals zu rascher Alarmierung des Rettungsdienstes oder direkt in die Notfallambulanz.

Häufig sind die Anfälle aber längst schon vorbei, wenn die beunruhigten Patienten in der Sprechstunde erscheinen. Ein Ruhe-EKG bleibt dabei meist ohne richtungsweisenden Befund. Unterschiedliche Reaktionen können die Folge sein: Erleichterung, dass es „nichts Schlimmes“ ist, andererseits Reaktionen wie „Ich bilde mir das doch nicht ein!“.

Tachykardie (A) ist definiert als eine Herzfrequenz von > 100 Schlägen/min, unabhängig von ihrer Ursache. Die Ruheschlagfrequenz liegt bei einem **Neugeborenen** bei 130–150/min (Israel 1999). Neugeborene und **junge Säuglinge** ohne Herzfehlbildung können häufig über längere Zeit Herzfrequenzen bis 300/min tolerieren (Mall 2015). **Kinder** weisen gegenüber Jugendlichen und letztere wiederum gegenüber Erwachsenen eine höhere Herzschlagfrequenz auf. Folglich muss die Ruheherzschlagfrequenz bei Kindern und Jugendlichen anders bewertet werden als bei Erwachsenen (Israel 1999).

In der Allgemeinpraxis weist das (paroxysmale) **Vorhofflimmern** (B) einen Rang im ersten Drittel der Fälleverteilung auf (Fink und Haidinger 2007). Ältere Patienten nehmen den unregelmäßigen Herzschlag meist gar nicht wahr, Jugendliche klagen dagegen häufig über „allgemeine Schwäche“ oder eher über „Unruhe in der Brust“. Entscheidend im hausärztlichen Alltag ist weniger die primäre Abklärung der zahlreichen möglichen Rhythmusstörungen, sondern zunächst die Einschätzung der wichtigsten **abwendbar gefährlichen Verläufe**. Entwickelt wurde die

■ Checkliste Nr. 28

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Angaben über anfallsweises Herzjagen oder Herzklopfen in Zeiten, als noch nicht in jeder hausärztlichen Praxis ein EKG vorhanden war. Dennoch hat sie auch heute nicht an Wert verloren, was die standardisierte Befragung, Untersuchung und Dokumentation betrifft. Die Checkliste dient auch dazu, das (laute) Herzklopfen (**Palpitation**) vom Herzjagen (**Tachykardie**) abzutrennen. **Tachykarde Arrhythmien** äußern sich meist durch Palpitationen und Herzrasen, seltener durch Dyspnoe und Leistungsabfall.

Nicht selten haben die Patienten schon mehrere Langzeit-EKGs ohne Auffälligkeiten hinter sich gebracht. Spezialisten gehen dazu über, Event-recorder zu implantieren. Aber auch da gelingt es ihnen nicht immer, Auffälligkeiten zu finden. Weitere zu berücksichtigende Checklisten sind daher:

- Checkliste Nr. 26 (Herzschmerzen)
- Checkliste Nr. 27 (Polymorphe Herzbeschwerden)
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese)

Die programmierte Diagnostik ist manchmal zu einem guten Teil selbst schon Therapie, geht es doch nicht selten um **psychogene Anfälle** ohne fassbares somatisches Substrat.

Übersicht zu Programm Nr. 28 (Tachykardie). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Lungenembolie**
- *Panikattacke, Angst*
- *Polymorphe wahrscheinlich nicht organische Beschwerden (PWN)*
- **Vorhofflimmern/-flattern**
- **Herzrhythmusstörungen** (atrial-supraventrikulär, ventrikulär)
- **Hyperthyreose**
- *Herzinsuffizienz*
- *Hypertonie*
- **Koronarsyndrom/Herzinfarkt**
- **Infektionen**
- **Anämie**

28 Checkliste Tachykardie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Angaben über anfallsweises Herzjagen oder Herzklopfen
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Beschwerden seit

Sonst noch

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Objektiv

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Psychische Beurteilung

Wie oft täglich / wöchentlich / monatlich

Blutdruck

Anfallsdauer

Pulsfrequenz

Abrupter Beginn und Ende

Puls regelmäßig / unregelmäßig

Lauter / schneller Herzschlag

Herzauskultation / -spitzenstoß

Anfälle tags / nachts

Lungenauskultation / -perkussion

Hauptsächlich Sommer / Winter

EKG / Langzeit-EKG

Hypertonie / Schilddrüsenüberfunktion / Diabetes mellitus
bekannt / Subjektiv sonst gesund

Urin

BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / TSH / Natrium / Kalium

Anfälle ausgelöst durch Überarbeitung / Stress / Aufregungen /
Bewegungsarmut / Anstrengung / Treppensteigen / Bohnenkaffee /
Tee / Nikotin / Alkohol / Digitalis / Antiarrhythmika / andere Mittel /
Überessen / Sonstiges

Sonstiges Labor

Echokardiographie

Im Anfall unheimliches Gefühl

Event-Recorder

Schwächegefühl

Präkordialdruck / -schmerz

Übelkeit / Brechreiz / Erbrechen

Beratungsergebnis

Schwindel / Sonstiges

Im / nach Anfall: Harndrang / Polyurie

Maßnahmen

Schlechter durch Hitze / Ruhe

Luftnot bei Anstrengung

Beinödeme / Nykturie

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

4.29 Beinödeme – Uncharakteristische Beinschwellungen

Frank H. Mader

In der Praxis ist es manchmal verlockend, bei **beidseitigen Beinschwellungen** sofort eine „*Herzschwäche*“ oder „*Krampf-adern*“ verantwortlich zu machen, was der Patient ohnedies schon mehr oder minder unausgesprochen vermutet oder befürchtet hatte. Beinödeme (A) als palpable Schwellung der unteren Extremität weisen einen konstanten, intermitterenden oder progredienten Verlauf auf. Da das Symptom in der Regel sehr früh auftritt, besitzt das „Beinödem“ als **Leitsymptom** in der Früherkennung der zugrunde liegenden Ursache einen hohen Stellenwert (Blankfield 2006).

Wenn sich die **Beinödeme** beispielsweise durch eine manifeste **Rechtsherzinsuffizienz**, durch eine ausgedehnte **Varikosis** (zusammen mit weiteren Symptomen), ein **Lip-ödem**, **Tumorkachexie** oder durch eine **Periphere arterielle Verschlusskrankheit** (Stadium III und IV) erklären lassen, kann nicht mehr von „uncharakteristischen“ Beinschwellungen gesprochen werden. In diesen Fällen erübrigt sich die programmierte Diagnostik, da es hierfür charakteristische Erklärungen gibt.

Zunächst wird der Arzt klären, ob es sich um eine einseitige oder um eine beidseitige Schwellung handelt. Betrifft sie das ganze Bein oder ist sie nur lokalisiert, z. B. am Vorfuß oder über einem Gelenk? Ist nur das eine Bein betroffen, so kommt zunächst die

■ Checkliste Nr. 76 (Phlebothrombose)

zum Einsatz. Die

■ Checkliste Nr. 29

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen beidseitigen Beinödem wurde für jene Beinschwellungen (an den Füßen, an Unter- und/oder Oberschenkeln) entwickelt, die dem Patienten „*neu aufgefallen*“ sind, die ihn kosmetisch „*stören*“ („*besonders im Sommer*“), die „*manchmal richtig wehtun*“ oder bei denen er „*irgendwas Schlimmes*“ befürchtet. Der Arzt wird durch das systematische Vorgehen zeigen, dass er die Beschwerden des Patienten ernst nimmt, indem er verschiedene Ursachen, vor allem aber einen **abwendbar gefährlichen Verlauf**, bedenkt oder ausschließt.

Bei über 50-Jährigen verursacht die **venöse Insuffizienz** häufig beidseitige Ödeme. **Chronische Herzinsuffizienz** und **akute kardiale Dekompensation** treten sehr selten isoliert und meist mit anderen charakteristischen Symptomen zusammen auf. Bei ausgeprägter **Hypothyreose** sind die Ödeme prätibial am stärksten ausgeprägt und nicht eindrückbar. Bei einem **Lymphödem** sind Knöchel, Füße und Zehen betroffen. Die Schwellung geht über Nacht nicht vollständig zurück, die eingedrückten Dellen bleiben lange bestehen. Als zeitliche Grenze für **akut** entstandene uni- oder bilaterale Ödeme gelten allgemein die ersten 72 Stunden, für **chronische** Ödeme > 72 h (Ely et al. 2006). Die Checkliste Nr. 29 (Beinödem)

kann bei Bedarf kombiniert oder vertieft werden mit folgenden Programmen:

- Checkliste Nr. 23 (Herzinsuffizienz)
- Checkliste Nr. 43 (Hepatopathie)
- Checkliste Nr. 53 (Pollakisurie)
- Checkliste Nr. 75 (Claudicatio intermittens)
- Checkliste Nr. 78 (Schilddrüse)

Beinschwellungen, beidseitig und symmetrisch, an Vorfüßen, Knöchel und Unterschenkel, dazu weich eindrückbar, Dellen hinterlassend („*pitting edema*“) und schmerzlos, sollten an **systemische Ursachen** denken lassen wie **Niereninsuffizienz** oder **Leberzirrhose** (Stöberl 2011).

Arzneimittel (z. B. Kalziumantagonisten, Sexualhormone, ACE-Hemmer) sind erst dann als ursächlich anzusehen, wenn kein Hinweis auf eine andere Ursache für die Ödeme gefunden werden kann (Rabady 2012).

Die **körperliche Untersuchung** sollte im Stehen und im Liegen erfolgen. Dabei ist die **Wadenumfangmessung** für den Allgemeinarzt zur Verlaufskontrolle ein geeignetes Verfahren. Umfangsdifferenzen > 1 cm sind pathologisch und bedürfen der Abklärung (Diederich 2014). Die **chronische venöse Insuffizienz** (CVI) ist in der Primärversorgung die häufigste Ursache für chronische Schwellungen (Ely et al. 2006). **Phlebödeme**, primär durch CVI oder ein **postthrombotisches Symptom** bedingt, verlaufen vordergründig symptomlos, vereinzelt klagen die Patienten über leichte Schmerzen oder Spannungsgefühl (Rabe et al. 2003).

Bei unilateralem Beinödem ist die **tiefe Beinvenenthrombose** der wesentliche AGV. **Bildgebende Verfahren** im Spezialbereich wie Echokardiographie oder Farb-Duplexsonographie können die primäre Diagnostik verfeinern und den Therapiefortschritt dokumentieren.

Im Allgemeinen kommt es durch die programmierte Diagnostik zu keinen wesentlichen Neuaufdeckungen. Sobald sich der Arzt durch die programmierte Diagnostik davon überzeugt hat, dass die wesentlichen AGVs und konkurrierenden diagnostischen Möglichkeiten berücksichtigt wurden, wird der Fall mit dem Symptom „uncharakteristische Beinödeme“ (A) klassifiziert und bleibt abwartend offen.

Übersicht zu Programm Nr. 29 (Beinödeme).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Chronisch venöse Insuffizienz (CVI)*
- **Herzinsuffizienz** (akut oder chronisch)
- *Postthrombotisches Syndrom*
- *Tiefe Beinvenenthrombose*
- **Alkoholmissbrauch** (Leberzirrhose!)
- *Zyklusbedingt*
- *Idiopathisches Ödem (prämenopausal)*
- **Tumoren im Abdomen** (benigne, maligne)
- *Lymphödem*
- *Lipödem*
- **Pulmonale Hypertonie**
- **Obstruktives Schlafapnoesyndrom**
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung UAW (z. B. NSAR, Kortikoide, Kalziumantagonisten, Glitazone)*
- **Erysipel** (unilateral!)

29 Checkliste Beinödeme-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen beidseitigen Beinödemen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (gering / ausgeprägt)
 Schwellung plötzlich / allmählich (seit)
 Erstmals oder schon öfters
 Einseitig (li / re) / beidseitig
 Mobil / bettlägerig
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Vorher Phlebitis / Erysipel / Venenleiden bekannt
 Nach langem Stehen (Beruf) / Sitzen (Flugzeug) / im Sommer / Zyklus
 Schmerzen / Spannung Waden / Knöchel / Fußsohlen
 Rötung / Hitzegefühl / Juckreiz
 Gewicht (Zu- / Abnahme)
 Reduzierter Allgemeinzustand / Blässe
 Atemnot bei Belastung / Ruhe / Schwäche
 Schlafen (Atemaussetzer)
 Fieber
 Nykturie / tagsüber Oligurie
 Diabetes mellitus / Hypertonie seit
 Sonstige Krankheiten (Herz / Niere / Leber) / Operation am Unterbauch
 Besser durch (Hochlagern / Kaltgüsse / Schuhe)
 Medikamente wie Pille / Kalziumantagonisten / Kortison / ACE-Hemmer / NSAR / Glitazone / Laxanzien- / Diuretikaabusus
 Rauchen / Alkohol
 Miktion / Stuhl / Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Schwellung nur einseitig (im Einzelfall Fortsetzung der Beratung mit Programm Nr. 76 „Phlebothrombose“)
 Bei beidseitigen Ödemen: Inspektion und Palpation (seitengleich / Haut / Wunden / Waden eher weich oder prall / Eindrückbarkeit / variköser Symptomenkomplex / örtlich Phlebitis / Druckschmerz)
 Pulse / Füße / Knie- / Leistenbeugen
 Lymphknoten der Leistenbeugen
 Wadenumfang (li / re) im Stehen / Liegen
 Ödeme andernorts (Lider / Finger / Sonstige)
 Typ Lymphödem (Stemmer-Zeichen!)
 Typ Lipödem
 Leber / Aszites / Fingertremor
 Herzauskultation / -perkussion
 Lungenauskultation / -perkussion
 Blutdruck / Puls / Größe und Gewicht
 Rektal / vaginal
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / NT-pro-BNP / TSH / Gesamt-Eiweiß / Natrium / Kalium
 EKG
 Echokardiographie
 Doppler- / Duplexsonographie
 Röntgen-Thorax

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.30 Dyspnoe – Uncharakteristische Atemnot

Thomas Hausen, Frank H. Mader

Das isolierte Symptom **Atemnot (Dyspnoe)** (A) wird vom Patienten sehr unterschiedlich wahrgenommen. So kann der „*Luft hunger*“ emotionalen Einflüssen unterliegen, oder möglicherweise ist die angestrenzte, mühsame Atmung durch eine Krankheit verursacht.

Auch der **Gesunde** kann „*Luft not*“ verspüren, wenn er seine Leistungsgrenze erreicht. Mit zunehmendem Alter verliert jedoch jeder Mensch an Leistungsfähigkeit, so dass Luftnot als Belastungsgrenze als „normal“ hingenommen wird. Die Unterscheidung als Alters- oder Krankheitszeichen ist daher auch für den Allgemeinarzt nicht immer einfach und erschwert oft eine frühzeitige Krankheitserkennung (Hausen 2018).

i Neu auftretende Dyspnoe bei **geriatrischen Patienten** kann auch ein Marker für **Frailty**, also allgemeiner Gebrechlichkeit, sein (Heppner 2013).

In den langjährigen allgemeinmedizinischen Fällestatistiken liegt das BE Dyspnoe stets im oberen Drittel der regelmäßigen Häufigkeiten. Dies drückt aus, dass die Patientenangabe „*ich krieg schwer Luft*“ für den Arzt nur schwer fassbar und zuordenbar ist. Die

■ Checkliste Nr. 30

für das **allgemeinmedizinische Vorgehen bei uncharakteristisch erscheinender Kurzatmigkeit** empfiehlt sich, wenn also eine Zuordnung zu charakteristischen, mit Atemnot einhergehenden Symptomen nicht möglich ist. Insofern ergänzt dieses Programm die

- Checkliste Nr. 23 (Herzinsuffizienz) und
- Checkliste Nr. 31 (Lunge),

bei denen es offenkundig z. B. um eine kardiale Insuffizienz oder ein Bronchialasthma geht.

Die Ursachen für Dyspnoe können vielfältig sein: Sauerstoffmangel, zentrale Störungen (Reflexe, Blutgase), Durchblutungsstörungen, mechanische Behinderung der Belüftung, gestörter Sauerstofftransport oder psychische Situation. Entsprechend zahlreich sind auch die möglichen **AGVs**.

i **Akute Dyspnoe** bedeutet immer eine **Notfallsituation**, d. h. der Patient muss sofort versorgt und häufig auch notfallmäßig eingewiesen werden (Mader und Riedl 2018).

Übersicht zu Programm Nr. 30 (Dyspnoe).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Lungenembolie
- Herzinsuffizienz
- Pulmonale Hypertension
- *Asthma bronchiale*
- *COPD*
- Lungenkrebs/-tuberkulose
- Pleuraerguss
- Pneumonie
- Anämie
- Pneumothorax
- *Trainingsmangel*
- *Emotionale Belastung*
- *Frailty*

30 Checkliste Dyspnoe-Programm

– für das allgemeinmedizinische Vorgehen bei uncharakteristisch erscheinender Kurzatmigkeit
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989), mod. Braun RN, Mader FH (1995, 1998, 2003, 2005) mod. Hausen Th, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Beschwerden seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Beginn (plötzlich / schnell / langsam / schleichend)
 Beschwerden in Ruhe / bei Belastung / in Intervallen / lageabhängig /
 Sonstiges
 Ein- / Ausatmung behindert / erschwert
 Schlechter durch Anstrengung / Aufregung / Witterungsumschwung /
 Sonstiges
 Besser durch
 Husten (akut / häufig) / Auswurf (wenig, viel, gelblich, grün, rosig)

 Fieber (Höhe) / Schweiß / Mattigkeit / Vergesslichkeit / Appetit

 Gewichtsabnahme / -zunahme
 Arbeitsplatz / Hobby (Schadstoffe!)
 Kopfschmerzen
 Schwindel / Vergesslichkeit / Schlafstörung
 Wadenschmerzen / Beinschwellung
 Körperliche Betätigung (keine / kaum / Garten / Spazieren / Walking /
 Fitnessstudio / Sonstiges)

 Rauchen / Alkohol
 Menses / nachts vermehrter Harndrang
 Medikamente
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung / Bewusstsein
 Gesichtskolorit (blau / blass) / Hautturgor
 Konjunktiven / Rachen / Nase / Schilddrüse
 Einflusstauung
 Handtremor
 Herz / -spitzenstoß / -auskultation
 In- / expiratorischer Stridor
 Lungenperkussion (Klopfschallqualität / Atembreite) /
 -auskultation (einseitig = Pneumothorax!)

 Beinödeme
 Blutdruck / Puls
 Körpergewicht / -länge
 EKG
 Lungenfunktionsprüfung
 Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie)
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / Ferritin / Schilddrüsenfunktion / D-Dimer /
 Troponin-Test / Sonstiges

 Echokardiographie
 Röntgen-Thorax
 Kompressionssonographie
 Thorax-CT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.31 Asthma – COPD – Emphysem – Uncharakteristische Lungenstörungen

Thomas Hausen, Frank H. Mader

In diesem Programm Nr. 31 geht es nicht um den meist flüchtigen und selbst limitierenden afebrilen Luftwegekatarrh (Programm Nr. 4). Die

■ Checkliste Nr. 31

für die frühzeitige allgemeinmedizinische Diagnostik von Störungen und/oder Erkrankungen der Atemwege, die an Asthma, COPD, Emphysem denken lassen („Lungen-Programm“) wurde entwickelt, damit der Allgemeinarzt möglichst **frühzeitig** die Beschwerden des Patienten strukturiert erfasst, eine **Basisdiagnostik** durchführt und/oder die vertiefende Diagnostik im **Spezialbereich** veranlasst sowie unter den eingeleiteten Maßnahmen den **Langzeitverlauf** mittels derselben Checkliste beobachtet und dokumentiert.

Während noch in den 1950er Jahren das **Emphysem** als Beratungsergebnis (BE) einen mittleren Rang einnahm, tritt es seit den 1980er Jahren nicht mehr regelmäßig häufig als isoliertes Beratungsproblem auf. **Asthma** als BE hatte dagegen zwischen 1954 und 1999 stets einen vorderen Rang zwischen 44 und 66, während das BE **COPD** erst bei Fink Ende der 1990er Jahre mit einem Rang von 222 Eingang in die Fällestatistik fand.

Allein der Blick in die Fälleverteilungsstatistiken zeigt, dass Diagnosen etwas Zeitgebundenes sind, andererseits sich aber auch die Häufigkeit bestimmter Entitäten durch neue diagnostische Erkenntnisse und therapeutische Fortschritte verschieben kann.

■ Asthma

Anfallsartige Atemnot mit erschwelter Ausatmung und pfeifende Geräusche bringt der Betroffene meist selber mit einem „*Lungenasthma*“ in Verbindung. Die Diagnostik des Arztes ist jedoch oft erschwert, da Luftnot fehlen kann. **Husten**, vor allem trocken oder mit zähem Auswurf, ist oftmals der einzige Hinweis, selbst im Notfall.

i Rund 40 % der Patienten, die regelmäßig husten, haben Asthma (Hausen 2018).

Der **Wechsel von Phasen** des Wohlbefindens mit denen von eher typischen Symptomen sollte frühzeitig an Asthma denken lassen. Wegen der meist blanden Symptomatik wird die Krankheit häufig nicht erkannt, als „Infekt“ fehlinterpretiert oder es wird der Husten als Kardinalsymptom bagatellisiert. Im Übrigen haben sich viele Patienten mit ihren Beschwerden arrangiert oder geben sie nicht spontan an. Diese Menschen mittels Checkliste gezielt anzusprechen, könnte verhindern, dass das Asthma jahrelang übersehen wird.

■ COPD

Bei einer chronisch obstruktiven Bronchitis (anglo-am.: chronic obstructive pulmonary disease/COPD) gelingt dem All-

gemeinarzt die Diagnostik ebenfalls nicht immer frühzeitig: **Beginn** und **Verlauf** der COPD sind **schleichend**. Der Patient sieht seine abnehmende Belastbarkeit als Resultat seines fortschreitenden Alterns und nicht einer Erkrankung an. Zudem werden die Beschwerden dem Arzt nicht geklagt, weil der vermeintlich „gesunde“ Patient selbst die Ursache im lieb gewonnenen Rauchen vermutet und nicht darauf verzichten möchte. Daher wird die COPD erst sehr spät erkannt, meist bei der ersten Exazerbation und in einem fortgeschrittenen Stadium.

i Bei einem rauchenden Asthmатiker an die **Kombination von Asthma plus COPD** denken (ACO = Asthma COPD Overlap)!

Der Allgemeinarzt sollte bei der betreffenden Risikogruppe daher die Indikation zur **Lungenfunktionsprüfung** (bei Auffälligkeiten immer mit Bronchospasmodolysetest) eher großzügig stellen. Der Bronchospasmodolysetest demaskiert oft die Obstruktion bei scheinbar unauffälliger Lungenfunktion.

■ Emphysem

Das Emphysem wird heute mit der chronischen Bronchitis mit und ohne Obstruktion nosologisch zur COPD zusammengefasst. Im Alter ist das Emphysem physiologisch. Im Zusammenhang z. B. mit lange nicht entdeckter COPD, Fibrose oder (selten) auch Asthma besitzt das Emphysem einen besonderen Krankheitswert. Nicht immer ist die Diagnostik einfach, insbesondere bei feinblasigem Emphysem oder „fehlender“ Luftnot.

i Der Patient mit Emphysem stirbt an Erschöpfung der Atempumpe, nicht an Luftnot.

■ Frühe Alarmsymptome bei Asthma

- „Infekt“ (Husten, ohne/mit wenig, auch gelbem Auswurf, ohne typische Infektzeichen): *allergisches Asthma*;
- rezidivierende „Infekte“/Husten zu vergleichbarer Jahreszeit (Frühjahr, Sommer, Heizperiode): *allergisches Asthma*;
- nur Husten mit Auswurf (wenig, zäh, evtl. gelblich): *allergisches Asthma*.

i Nicht den „Infekt“ nachweisen, sondern Allergie mit Asthma ausschließen! Gelbliches Sputum häufig allergisch, nicht bakteriell bedingt.

■ Frühe Alarmsymptome bei COPD/Asthma

- Infektneigung (> 1 bakterieller Infekt/Jahr); > 40–50 alt, Raucher: *COPD*;
- Husten, Auswurf > 4 Wochen: *Asthma/COPD*;
- Beschwerden mit Leitsymptom Husten auch nachts, nach Anstrengung: *COPD*;
- Husten bei Anstrengung: *COPD*;
- Brustenge/Fremdkörpergefühl: *Asthma/COPD*;
- Auswurf selten, glasig bis zäh wie Weingummi, bis gelblich: *Asthma*;
- Auswurf keiner, wenig bis viel, klar bis schmutzig: *COPD*;
- Auftreten nach Exposition, Anstrengung, Infekt: *Allergiker/Asthma*;

- Auftreten nur nach Belastung: *COPD*;
- am Arbeitsplatz: *allergisches Asthma/COPD*;
- Beginn ab Kindheit: *Asthma*;
- Beginn schleichend: *COPD*.

Daran denken:

- Giemen (expiratorisch) oder endexpiratorisch (beiderseits *Asthma/COPD*; einseitig *Fremdkörper/Tumor*),
- Anhusterversuch demaskiert oft Giemen und Schleim.

Übersicht zu Programm Nr. 31 (Asthma – COPD – Emphysem). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung**Bei Asthma:**

- *Dyspnoe*
- *COPD*
- Herzinsuffizienz

Bei COPD:

- *Husten*
- *Asthma bronchiale*
- Herzinsuffizienz
- *Alveolitis*
- *Malignom*

31 Checkliste Lungen-Programm

– für die frühzeitige allgemeinmedizinische Diagnostik von Störungen und / oder Erkrankungen der Atemwege, die an Asthma, COPD, Emphysem denken lassen
 Braun RN (1976) mod. Braun RN, Mader FH (1989, 1995, 2003) mod. Hausen Th, Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)	Ruhedyspnoe
Beschwerden seit	Atemgeräusche (Stridor / Piepsen)
Gleich / besser / schlechter	Brustatmung reduziert / Bauchatmung gesteigert
Schon mal gehabt	
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Atemhilfsmuskulatur auffällig
Allergien / Infektneigung / andere Erkrankungen bekannt	Herzauskultation
Husten seit (akut / anfallsweise / auch nachts / Auslöser / Sonstiges)	Lungenauscultation Giemen (endexpiratorisch / einseitig: Fremdkörper! / Malignom!) / Brummen / Rasselgeräusche / nach Anhusterversuch
Luftnot seit (bei Anstrengung / Stress / in Ruhe / permanent / Ein- / Ausatmung / nach Infekt / Jahreszeit / Arbeitsplatz / Sonstiges)	Perkussion (hypersonorer Klopfeschall / Sonstiges)
Brustenge / Fremdkörpergefühl	Blutdruck / Puls
Auswurf (selten / wenig / viel / zäh / wässrig / gelblich)	Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie)
Beginn (plötzlich / schleichend)	Lungenfunktionsprüfung (Vitalkapazität, FEV1, Flussvolumenkurve) / Vergleich vor und nach Bronchospasmolyse
Rauchen (Art / Umfang)	BKS / CRP / Diff-BB (Eosinophilie!) / Gesamt-IgE
Harndrang nachts	
Ängste (Furcht vor)	Allergietest (Prick oder RAST) / Provokation mit Allergenen / FeNO-Messung
Vermutete Ursache	Echokardiographie
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	Röntgen-Thorax
Sonst noch	Bodyplethysmographie

Objektiv

Psychische Beurteilung	Beratungsergebnis
Bewusstseinszustand (unauffällig / soporös / somnolent)	
Zyanose	Maßnahmen
Einflussstauung (Rechtsherzinsuffizienz!)	

4.32 Blutspucken – Uncharakteristisches Blutspucken, Blut im Auswurf/Hämoptoe, Hämoptyse

Frank H. Mader

„Ich habe letzte Woche einen richtigen Hustenanfall gehabt und dann ins Taschentuch gespuckt. Das war richtig rot.“ Aus den Patientenangaben ist für den Allgemeinarzt nicht immer klar zu ersehen, ob es sich überhaupt um Blut oder Blutungen aus den unteren Luftwegebereichen gehandelt hatte. Hier bietet sich zur Erstberatung und zur Klärung die

■ Checkliste Nr. 32

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim offensichtlich nicht schwer kranken Patienten, der Blut im Auswurf bemerkt hat an, zumal dieses Symptom an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeit in der Allgemeinpraxis auftritt und der Arzt somit kaum Erfahrung im Umgang damit hat. In der Regel sehen die Menschen auch nicht krank aus, die Beimengungen waren gering oder sind fragwürdig. Beim geringsten Verdacht auf eine **abwendbar gefährliche Erkrankung** muss daher rasch in den Spezialbereich überwiesen oder stationär eingewiesen werden. Spätestens wenn (massive) **Hämoptoe** (A) („Bluthusten“ als Extremform der Hämoptyse) auftritt, sollte ein **Lungenkrebs** bedacht werden. Weltweit führend ist die **Tuberkulose**.

i Blutspucken gilt bis zum Beweis des Gegenteils als **alarmierendes Symptom**, gerade bei Rauchern und Älteren.

Blut, welches aus der Nase stammt, wird besonders im Schlaf leicht aspiriert und später wieder ausgehustet. Häufigste Ursache für eine **Hämoptyse** (blutig tingiertes, hämorrhagisches Sputum) ist jedoch die **Bronchitis**, gefolgt vom **Bronchialkarzinom** (nur bei 5–10 % der Frühformen!) und Bronchiektasen (Klimm und Peters-Klimm 2017). In der Lungenkrebsdiagnostik stellen Thoraxröntgen, Mehrzeilen-CT mit CT-Angiographie sowie Bronchoskopie die wesentlichen Verfahren dar, um Ursache und Lokalisation zu klären (Ittrich et al. 2017). Die programmierte Diagnostik bei **Husten** erfolgt mit

■ Checkliste Nr. 2 (Husten).

Übersicht zu Programm Nr. 32 (Blutspucken).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Epistaxis
- Luftwegekatarre (Bronchitis)
- Malignome (Lunge, Larynx)
- Lungenembolie
- Pneumonie
- Tuberkulose
- Antikoagulationstherapie
- Linksherzinsuffizienz (ausgeprägt)
- Bronchiektasen

32 Checkliste Blutspucken-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim offensichtlich nicht schwer kranken Patienten, der Blut im Auswurf bemerkt hat

Braun RN (1976) mod. Braun RN, Mader FH (1989, 1995, 2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck

Beschwerden seit

Ereignis erstmals

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Auswurf sicher blutig

Ausgelöst durch Verletzung / Anstrengung / Husten / Anderes

Jetzt häufiger

Blut reichlich (Hämoptye) / spärlich (Hämoptyse / schaumig / Beimengung hellrot / himbeerfarbig / rostbraun / schwarz

Sonstige Blutungsneigung

Anfangs Präkordialdruck / -stechen / Übelkeit / Dyspnoe

Blut aus dem Rachen / aus der Nase / ausgehustet / erbrochen

Chronischer Husten / Raucherkatarrh

Alkohol- / Nikotinkonsum

Fieber / Schüttelfrost / Luftnot

Abgeschlagen / appetitlos / Gewichtsabnahme

Tuberkulose in der Familie / Umgebung

Medikamente (z. B. Antikoagulanzen)

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Nase / Rachen / Gingiva / Larynx

Herzauskultation

Lungenperkussion / -auskultation

Blutdruck / Puls

Urin

BKS / CRP / Blutbild / Gerinnungswerte / Leberwerte / sonstiges Labor

EKG

Röntgen-Thorax / Speiseröhre

Gastroskopie

Bronchoskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.33 Hypotonie – Bild eines Orthostase-Syndroms

Frank H. Mader

Manche Patienten sind überzeugt, „es kommt wieder vom Kreislauf“, wenn sie gähnen müssen oder vorzeitig müde werden. Die

■ Checkliste Nr. 33

zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer Kreislaufschwäche, auch nach einer akuten orthostatischen Dysregulation ist für jene Patienten gedacht, bei denen das Leitsymptom lediglich ein Blutdruckwert meist unter 100 mmHg systolisch ist (**Hypotonie**; Klassifizierung A) oder die zusätzlich Beschwerden haben wie Morgenmüdigkeit, Antriebsarmut („ich brauche erst meine zwei Tassen Kaffee“), Kopfwahl, Ohrensausen, Kribbeln in den Händen und/oder insbesondere Schwindel und Schwarzwerden vor den Augen bei längerem Stehen, nach raschen Aufstehen (**Orthostase-Syndrom**; Klassifizierung C). Hagere Menschen und ein Viertel der Heranwachsenden sind davon betroffen. Auch lässt sich die Checkliste einsetzen, wenn der Patient von einer durchgemachten „plötzlichen Kreislaufschwäche“ berichtet.

Die Häufigkeit der Hypotonie als BE in der Allgemeinpraxis steht in keinem Verhältnis zu den vielfältigen Be-

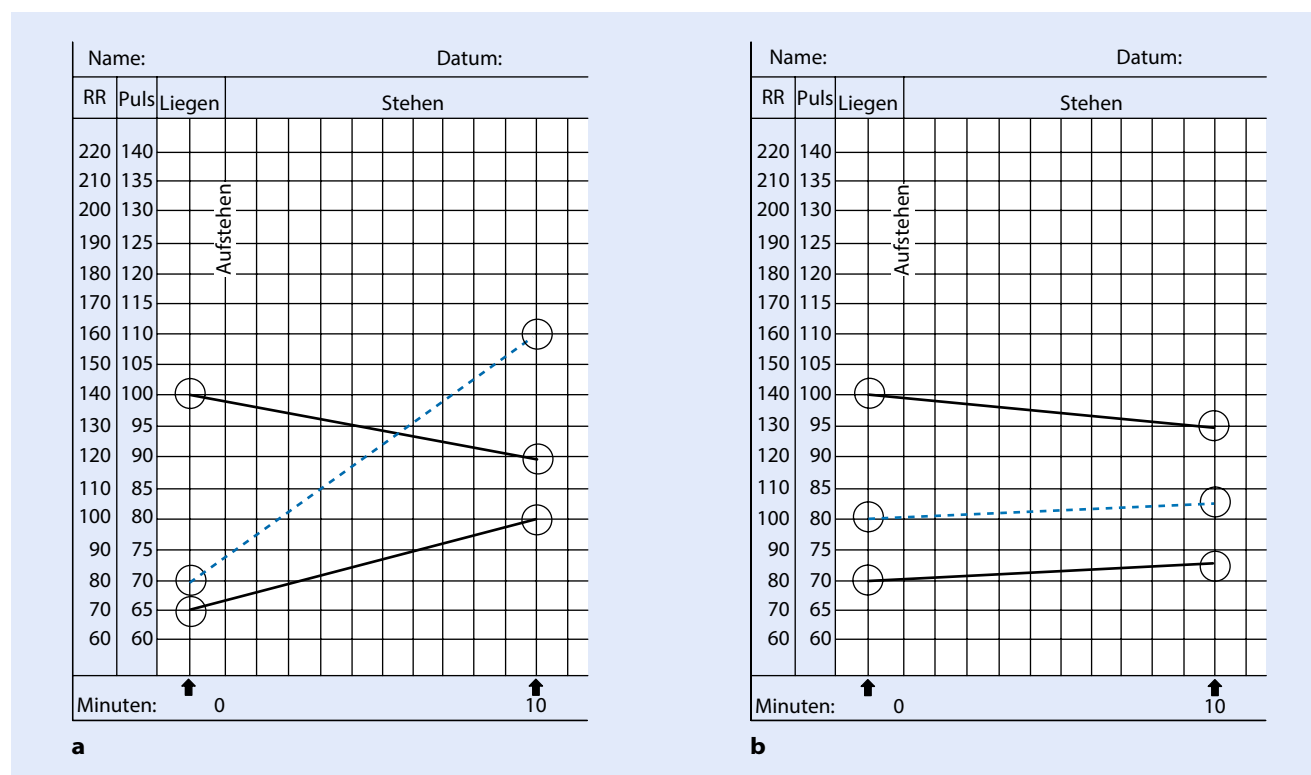
schwerden, die von den Betroffenen mit ihrem „niedrigen Blutdruck“ in Verbindung gebracht werden. Ein vermutetes Orthostase-Syndrom kann in jeder Allgemeinpraxis durch eine einfach durchzuführende Kreislauffunktionsprobe (**Schellong-Test**) in der modifizierten Form nach J. Schmidt-Voigt (1985) objektiviert werden (■ Abb. 4.1); demnach lässt sich unterscheiden:

- eine hypersympathikoton-tachykarde Form,
- eine hyposympathikoton-bradykarde Form,
- ein posturales orthostatisches Tachykardiesymptom (POTS).

Die **Kreislauffunktionsprobe** nach **Schellong** in der mod. Form nach J. Schmid-Voigt besteht in der Praxis durch die nur geringe Zahl an Messpunkten. Eine **normale Kreislaufregulation** im mod. Schellong-Test wird durch folgende Messwerte charakterisiert (Mader/Riedl 2018):

1. Zunahme der Pulsfrequenz um weniger als 20 Schläge/min,
2. Abnahme des systol. RR im Stehen um weniger als 10 mmHg,
3. Anstieg des diastol. RR im Stehen um weniger als 5 mmHg,
4. Aufrechterhaltung einer RR-Amplitude im Stehen von mind. 30 mmHg.

Beim POTS bleibt beim raschen Lagewechsel eine Hypotonie aus, es kommt jedoch zu einem starken Frequenzan-



■ **Abb. 4.1** Orthostatischer Kreislauftest nach Schellong. **a** Hypersympathikotontachykarde Form einer hypotonorthostatischen Kreislaufregulationsstörung: Amplitudenverkleinerung des Blutdruckes durch mäßigen Abfall des systolischen bei deutlichem Anstieg des diastolischen Druckes und gleichzeitig erheblicher Frequenzbeschleunigung des Pulses (*gestrichelte Linie*) im Stehen. **b** Hyposympathikotonbradykarde Form einer orthostatischen Kreislaufregulationsstörung: Amplitudeneinengung des Blutdruckes durch überwiegenden Abfall des systolischen Druckes ohne wesentliche Veränderung des diastolischen Wertes bei normokarder Pulsfrequenz (*gestrichelte blaue Linie*). (Mod. nach Schmidt-Voigt 1985)

stieg ($> 130/\text{min}$). Als **abwendbar gefährlicher Verlauf** bei orthostatischer Dysregulation gilt der Herzinfarkt. Ähnliche Beschwerdebilder lassen sich durch folgende Checklisten abgrenzen:

- Checkliste Nr. 24 (Schwindel)
- Checkliste Nr. 28 (Tachykardie)
- Checkliste Nr. 72 (Synkope)
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit)

Bei **alten Menschen** steigt die Häufigkeit des Orthostase-Syndroms mit Gleichgewichts-, Herzrhythmusstörungen, Ohnmacht, Angina-pectoris-Anfällen und Sturzgefahr an (Harris et al. 1991); auch gibt es Untersuchungen, dass dadurch die Mortalität zunimmt. Zudem entpuppte sich das Orthostase-Syndrom als signifikanter Risikofaktor für ischämischen Apoplex (Eigenbrodt et al. 2000).

**Übersicht zu Programm Nr. 33 (Hypotonie).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung**

- *Schwindel*
- *Synkope/Ohnmacht*
- *Mattigkeit/Müdigkeit allgemein*
- *Kollaps/Kreislaufschwäche, akut*
- **Koronarsyndrom, akutes/Herzinfarkt**
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*

33 Checkliste Hypotonie-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer Kreislaufschwäche, auch nach einer akuten orthostatischen Dysregulation

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
 Beschwerden seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Morgens müde / leicht ermüdbar
 Einnahme von Antihypertonika / Antidepressiva / Sonstigem

 Bewusstseinsstörungen / -verlust
 Rasche Wiederherstellung im Liegen
 Präkordiale Sensationen

 Ausgelöst durch Ängste / Aufregungen / Stress / Arbeitsplatz / Injektionen /
 Blutabnahme o. ä. / rasches Aufstehen / Infekt / Durchfall

 Bei längerem Stehen: Schwindel / schwarz vor Augen / Kopfleere /
 Augenflimmern / Mattigkeit / Übelkeit / Herzklopfen / Schweißausbruch /
 Blässe / Kältegefühle

 Ohnmacht erlebt durch Stehen / Hitze / schlechte Luft / nach langer
 Bettruhe / durch plötzliches Aufstehen

 Flüssigkeit (wenig / ausreichend / viel) / Salzkonsum
 Bewegung / Sport / Sportarten
 Rauchen / Alkoholkonsum
 Medikamente / UAW
 Miktion / Stuhl / Menses / Klimakterium
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Asthenischer Körperbau
 Puls leicht unterdrückbar
 Pulsfrequenz
 Herzauskultation
 Lungenperkussion / -auskultation
 Blutdruck / Puls

 Stehversuch (mod. Schellong-Test / vgl. Vortext zu Checkliste
 Nr. 33) (10 min Liegen, dann 5 min Stehen. In Minutenabstand
 RR und Puls messen. Beim Stehen starker systolischer
 Druckabfall mit Anstieg des diastolischen Druckes und des
 Pulses = pathologisch)

 Varizen
 EKG im Liegen / Stehen
 Blutbild / BZ / Ferritin / Transferrin / TSH / sonstiges Labor

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.34 Brechdurchfall – Uncharakteristisches Erbrechen und/oder Durchfall (akut)

Jost Steinhäuser, Frank H. Mader

Was der Laie als „Magen-Darm-Grippe“ bezeichnet, nimmt in den langjährigen allgemeinmedizinischen Fällestatistiken der Jahre 1954 bis 1989 als „Erbrechen und/oder Durchfall“ (A/B) vorderste Ränge zwischen 5 und 11 ein. Der Hausarzt bekommt dabei eher eine Auslese (schwer) erkrankter oder verängstigter Menschen zu Gesicht. Betroffen sind alle Altersabschnitte, vom Säugling bis zum Hochbetagten, gehäuft Kinder und junge Erwachsene (Braun et al. 2007).

In der Regel reagieren die an uncharakteristischem Brechdurchfall Erkrankten auf Ruhe und Nahrungskarenz sehr rasch. Das ist auch die Ursache dafür, warum viele Patienten gar nicht erst den Arzt bemühen, sondern zunächst versuchen, die Störung selbst zu beheben. Die häufig als ursächlich vermuteten „verdorbenen Nahrungsmittel“, etwa anlässlich eines vorausgegangenen Restaurantbesuchs, sind eher selten die Ursache. Mit der

■ Checkliste Nr. 34

zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim offensichtlich leicht kranken Patienten mit bis zu einer Woche und länger bestehendem Erbrechen und/oder Durchfall verfügt der Allgemeinarzt über ein Instrument, mit dem er die Beschwerden des Patienten sowie seine Vermutungen und Befürchtungen einfängt, dokumentiert und zugleich auch die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe** bedenkt oder ausschließt.

i Während Brechdurchfallepidemien werden dreimal so viele **perforierte Appendizitiden** beobachtet wie außerhalb solcher Episoden (Braun und Mader 2003).

Genügt bei Erwachsenen oft eine Kurzdiagnostik, sollte bei **Kindern** eine **Ganzkörperuntersuchung** erfolgen. Insbesondere für diese Gruppe ist ein enger Kontakt mit den Eltern/Erziehungsberechtigten notwendig (Festlegung der Rückmeldung; Dokumentation). Jene Fälle, die mit häufigem Erbrechen einhergehen, sind von vornherein ausnahmslos ernst zu nehmen. Jeder Arzt weiß zu berichten, dass manche Patienten viel zu geduldig sind und Verschlechterungen einfach hinnehmen, anstatt den Doktor zu kontaktieren.

Bei wässrigen Durchfällen, Übelkeit und Erbrechen besteht besonders die Gefahr, dass es zur **Exsikkose** kommt. Ein Großteil der nicht bakteriell bedingten **akuten Gastroenteritiden** bei Kindern (ca. 30 %) und bei Erwachsenen (bis zu 50 %) ist durch eine **meldepflichtige** Affektion durch **Noroviren** bedingt (Kinder < 5 Jahre, Erwachsene > 70 Jahre sind besonders betroffen). In der Regel besteht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit abdominalen Schmerzen, Übelkeit,

Kopfschmerzen, Myalgien und Mattigkeit. Die Körpertemperatur kann leicht erhöht sein (RKI 2008).⁵

Treten isoliert „Erbrechen“ oder „Durchfall“ als Leitsymptome über eine Woche lang auf, so empfehlen sich die

- Checkliste Nr. 35 (Erbrechen) oder die
- Checkliste Nr. 36 (Durchfall).

**Übersicht zu Programm Nr. 34 (Brechdurchfall).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- **Arzneimittelreaktion, unerwünschte**
- **Exsikkose**
- *Schwangerschaft*
- *Alkoholkrankheit*
- **Appendizitis**
- **Malignom**
- *Nahrungsmittelunverträglichkeit*
- **Salmonellenenteritis**

5 ► https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Noroviren.html#doc2374562bodyText1.

34 Checkliste Brechdurchfall-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim offensichtlich leicht kranken Patienten mit bis zu 1 Woche und länger bestehendem Erbrechen und / oder Durchfall

Braun RN (1976) mod. Braun RN, Danninger H (1989) mod. (1995, 2003) mod. Steinhäuser J, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
Krank (Bettruhe) seit	Pupillen weit
Gleich / besser / schlechter	Skleren subikterisch
Schon mal gehabt	Fieber
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Zunge / Rachen
	Otoskopie (Säugling, Kleinkind)
Fieber anfangs / jetzt	Hautturgor (Säugling, Kleinkind, geriatrischer Patient)
Ausgelöst durch Erkältung / kalter Trunk / verdorbene Nahrung / Pilzgericht / Diätfehler / Alkohol / Ansteckung / Rohmilch / Unfall / Medikamente (z. B. Digitalis) / Kontakt zur Lebensmittelindustrie oder Gastronomie / Sonstiges	Entwicklung des Gewichts (Kind, geriatrischer Patient)
Beginn mit Erbrechen / Durchfall	Auskultation / Palpation des Abdomens
Andere in der Umgebung erkrankt	Blutdruck / Puls
Diabetes mellitus / sonstige Krankheiten bekannt	Rektal / vaginal
	Erbrochenes (unverdaut / Blut / Schleim)
Wie oft Erbrechen / Durchfall letzte Nacht / gestern / heute	Stuhl (Schleimbeimengung / Blut / Konsistenz)
Erbrochene Speisereste sauer / gallig	
Durchfall spritzend / breiig / schleimig / blutig / eitrig	Urin
	Stuhlkultur
Leibschmerzen dauernd / krampfartig / umschrieben / wandernd	BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Kreatinin / Natrium / Kalium / Gesamteiweiß / Albumin / Ferritin / TSH / Vit. B12 / Digoxin- / Digitoxinspiegel
Matt / übel	
Ohnmachtsneigung / Kollaps	Sonographie Abdomen
Besser durch Hungern / Dursten / Sonstiges	Endoskopie
Miktion / Menses	
Ängste (Furcht vor)	Beratungsergebnis
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	Maßnahmen
Sonst noch	

4.35 Erbrechen – Übelkeit und Erbrechen über eine Woche (subakut, uncharakteristisch)

Jost Steinhäuser, Frank H. Mader

Hier gilt, was bereits ausführlich im Vortext zur Checkliste Nr. 34 „Breachdurchfall-Programm“ (► Abschn. 4.34) gesagt worden war: Jeder Fall ist ernst zu nehmen, auch wenn die Mutter nur eher nebenbei sagt: „*Mein Kind spuckt*“. Meist handelt es sich um eine kurzfristige und selbstlimitierende Störung. Dauern die Beschwerden jedoch länger an oder beunruhigen sie („*Mein Mann behält nichts mehr, er bricht alles gleich raus, so kenn ich ihn gar nicht*“ oder „*mir ist die ganze Zeit schlecht*“), empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 35

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Übelkeit und/oder zeitweiligem Erbrechen länger als 1 Woche für Patienten mit uncharakteristischem Erbrechen und/oder uncharakteristischer Übelkeit (Nausea) (A) als Leitsymptom. Selbstverständlich muss auch eine **Schwangerschaft** bedacht werden. Grundsätzlich können alle Medikamente Nausea und Erbrechen auslösen.

Erbrechen gilt nicht mehr als „uncharakteristisch“ beispielsweise in Zusammenhang mit Chemotherapie. Hinter dem Symptom Übelkeit und/oder Erbrechen kann sich ein **abwendbar gefährlicher Verlauf** als Ursache verbergen, der sich im Bauch (z. B. **Ileus**), im Brustkorb (**Myokardinfarkt!**), im Bereich des Schädels (z. B. **Hirndruck**) abspielt oder psychisch bedingt ist (z. B. **Anorexie**).

i Erbrechen ist solange ein **Alarmsymptom**, bis das Gegenteil ausgeschlossen oder bewiesen ist.

Sofortiges Handeln ist erforderlich, wenn das Erbrechen gallig oder blutig ist, mit lokalisierten Bauchschmerzen oder Fieber > 72 h einhergeht. Zu den **Alarmsymptomen** gehören auch morgendliches Auftreten und die Kombination mit Kopfschmerzen, aber auch ein begleitender Gewichtsverlust oder eine Gedeihstörung.

Bei völlig unklarer Übelkeit, insbesondere wenn **Begleitsymptome** wie Appetitlosigkeit, Gewichtabnahme vorhanden sind, sollte der Allgemeinarzt rechtzeitig umschwenken auf die

■ Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica).

Es gibt aber immer wieder Fälle, bei denen das Vorgehen und die Diagnostik mittels Checkliste Nr. 35 keinerlei Anhalt für eine spezielle Ursache liefern. Diese Fälle müssen dann in geteilter Verantwortung mit dem Patienten abwartend offen bleiben, also ohne vorschnelle Festlegung auf eine vermeintliche „Diagnose“.

Übersicht zu Programm Nr. 35 (Erbrechen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Zerebrale Erkrankung/Intrazerebrale Raumforderung
- Kardiale Ursachen
- Intoxikation
- Schwangerschaft
- Malignom
- Appendizitis
- Unerwünschte Arzneimittelreaktionen (UAW)
- Essstörung
- Alkohol-/Drogenkonsum
- Ileus
- Reizmagen
- Pankreatopathie
- Zentralnervöse Ursachen

35 Checkliste Erbrechen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Übelkeit und / oder zeitweiligem Erbrechen länger als 1 Woche
 Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN, Danninger H (1989) mod. (1995) mod.
 Bawidamann G, Mader FH (2003) mod. Steinhäuser J, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (leicht / schwer krank)	Psychische Beurteilung
Beschwerden seit	Pupillen
Gleich / besser / schlechter	Nystagmus
Schon mal gehabt	Zunge / Rachen
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Hinweise auf Meningismus (Nackensteife / Kernig / Brudzinski / Kinn-zur-Brust-Neigung – cave: kann bei Kleinkindern unauffällig sein)
Vor Erbrechen Übelkeit / Krämpfe / Ruminieren / Erbrechen täglich / anfallsweise / Intervall / Dauer / morgens / tags / nachts / große / kleine Mengen / wässrig / gallig / sauer / blutig / kaffeesatzartig / mit Ohrensausen / mit Kopf- / Augenschmerzen	Otoskopie (Säugling, Kleinkind)
	Blutdruck / Puls
	Fieber
Ausgelöst durch Diätfehler / Ansteckung / Auslandsreise / Unfall / Alkohol / Medikamente / Pilzgericht / Sonstiges	Gewichtsentwicklung
	Auskultation / Palpation Abdomen / Nierenlager frei
Schluckbeschwerden	Bruchpforten
Bauchschmerzen	Hoden / Nebenhoden
Blinddarm vorhanden / Diabetes mellitus	Rektal / vaginal
Appetit / Gewichtsverlust / Nachtschweiß	Urin
Schlechter durch Essen / Trinken / Aufregung / Husten / Sonstiges	BKS / CRP / Blutbild, Blutzucker, Kreatinin, Natrium / Kalium / Troponin / Digoxin- / Digitoxinspiegel / Schwangerschaftstest
Miktion / Stuhl / Menses	
Parästhesien / motorische Störungen	EKG (Myokardinfarkt!)
Schwindel / Kopfschmerzen	Sonographie Abdomen
Ängste (Furcht vor)	Endoskopie
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.36 Durchfall – Uncharakteristischer Durchfall über eine Woche (subakut)

Jost Steinhäuser, Frank H. Mader

Meistens handelt es sich bei den einschlägigen Fällen um einen „verschleppten“ uncharakteristischen Darmkatarrh. Entsprechend wurde die

■ Checkliste Nr. 36

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei etwa 1 Woche und länger andauerndem häufigen Stuhlgang entwickelt. Ein solcher „uncharakteristischer Darmkatarrh/Durchfall“ (A) liegt beispielsweise dann vor, wenn die Patienten nach Durchfällen keine Diät eingehalten hatten oder offensichtliche Diätfehler begangen haben. Das Allgemeinbefinden ist wenig gestört. In der Mehrheit der Durchfälle handelt es sich um kurze (bis max. 14 Tage) und milde Krankheitsverläufe. Etwa 31 % der Erkrankten suchen einen Arzt auf (Lankisch et al. 2006a).

Steht der akute Durchfall im Vordergrund, müssen bestimmte ähnliche Beschwerdebilder und **abwendbar gefährliche Verläufe** bedacht werden oder ausgeschlossen sein, wie **Reisediarrhö**, **Exsikkose** und **Pankreatitis** (oft bei dissimulierenden Alkoholikern). Erstmalige Anzeichen für eine mögliche **Colitis ulcerosa** (oft mit Blut und Schleim) oder einen **M. Crohn** (meist mit Bauchschmerzen) sind als weitere AGVs zu bedenken. Da diese Ereignisse in der hausärztlichen Praxis an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeit sind, ist der rechtzeitige Einsatz der Checkliste Nr. 36 angeraten. Kommt zum Durchfall noch Erbrechen hinzu, empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 34 (Brechdurchfall).

■ Diarrhö

Eine Diarrhö wird definiert als wässriger oder flüssiger Stuhlgang, meist einhergehend mit Erhöhung des Stuhlgewichts (≥ 3 ungeformte Stühle/24 h oder Wassergehalt $\geq 75\%$ oder Stuhlgewicht ≥ 250 g) (Sander und Gerlach 2013 akuter Durchfall). Die **akute entzündliche Diarrhö** ist charakterisiert durch Fieber, häufiges Erbrechen und gelegentlich blutigen Stuhl. Besteht Durchfall über vier Wochen, gilt er als **chronisch**.

■ Campylobacter jejuni, Salmonella enteritidis, EHEC

Der Behandler wird durch die Checkliste Nr. 36 auf verschiedene diagnostische Möglichkeiten gelenkt: Dazu zählen außer den genannten Erkrankungen beispielsweise auch die Infektionen mit **Campylobacter jejuni**, **Clostridium difficile** oder **Salmonellen**. Außerdem muss auch an eine **HIV-Infektion** gedacht werden, wenngleich in einem solchen Fall die reine Darmsymptomatik eine Rarität unter den Raritäten darstellt. Campylobacter-Spezien gehören heute zu den häufigsten Erregern infektiöser Durchfallerkrankungen in der westlichen Welt und haben Salmonella enteritidis mancherorts schon in dieser Rolle abgelöst.

Zu einer besonders schweren Form von Durchfall können enterohämorrhagische Escherichia coli Bakterien (**EHEC**) füh-

ren (in 10–20 % als **hämorrhagische Colitis**); in der Mehrzahl bleiben die Durchfälle meist wässrig und sind von Übelkeit/ Erbrechen und zunehmenden Bauchschmerzen begleitet.⁶

Durchfallerkrankungen können bei **alten Menschen**, aber insbesondere bei **Säuglingen** rasch zu **Dehydratation** führen.⁷

Eine mikrobiologische Stuhluntersuchung auf bestimmte pathogene Keime („Stuhlkultur“) ist in der Regel nicht erforderlich; sie ist abhängig von Vorgeschichte, Symptomatik und Schwere der Erkrankung. Im Einzelfall ist Rücksprache mit dem Spezialisten angezeigt.

Übersicht zu Programm Nr. 36 (Durchfall). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Nutritiv-allergische Durchfälle*
- **Akute entzündliche Diarrhö** (z. B. **Salmonellen/**
Campylobacter jejuni/Norovirus/EHEC)
- *Reisediarrhö* (z. B. *E. coli*)
- **Pankreatopathien**
- **Darmstenosen**
- *Reizdarmsyndrom*
- *Nahrungsmittelintoleranz*
- *Laxanzienabusus*
- **Colitis ulcerosa**
- **M. Crohn**

6 ► https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Campylobacter.html, ► https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Clostridium.html, ► https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Salmonellose.html, ► https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_EHEC.html?sessionid=4C81BD21DC68110D43B2CC6116A8D00B.1_cid381#doc2374530bodyText1.

7 ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=194&anker_nr=152.

36 Checkliste Durchfall-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei etwa 1 Woche und länger andauerndem häufigen Stuhlgang
Braun RN (1976) mod. Braun RN, Danninger H (1989) mod. (1995, 2003) mod. Steinhäuser J, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (leicht / schwer krank)	Psychische Beurteilung
Beschwerden seit	Zunge / Rachen
Gleich / besser / schlechter	Haut / Lymphknoten
Schon mal gehabt	Otoskopie (Säugling, Kleinkind)
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Hautturgor (Säugling, Kleinkind, geriatrischer Patient)
Anfangs Fieber / Erbrechen	Auskultation / Palpation Abdomen
Stuhlgang zeitweilig normal	
Zahl der Stuhlgänge in 24 Std.	Blutdruck / Puls
Stuhlgang geformt / weich / flüssig / schleimig / eitrig / blutig (EHEC!) / öfter tags / nachts	Rektal / vaginal
Leibschmerzen / Tenesmen	BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Kreatinin / Natrium / Kalium / TSH / Lipase / Amylase
Vorher Stuhlgang normal	Stuhlbefunde (Pankreaselastase / okkultes Blut / Stuhlkultur / Parasiten)
Gewichtsabnahme / Nachtschweiß	
Matt / appetitlos	Sonographie Abdomen
Nervös / ängstlich	Endoskopie
Ausgelöst durch Essen / Trinken / Rohmilch / ferne Reisen / Erkältung / psychische Belastung / Laxanzien / Antibiotika / andere Medikamente / Schwermetalle / Vergiftung / Anderes	
In der Familie / Umgebung Durchfall	Beratungsergebnis
Schlechter durch Diätfehler / Aufregung / Arbeitsplatz (Mobbing!) / Sonstiges	
Ängste (Furcht vor)	Maßnahmen
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.37 Bauchkrämpfe – Uncharakteristische abdominelle Koliken

Frank H. Mader

Patient wie Arzt verstehen unter dem Symptombegriff **Kolik** (A/B) krampfartige, an- und abschwellende Schmerzen im Bereich des Bauches („wie Wehen“), oftmals plötzlich einsetzend („ich habe mich gerade umgedreht im Bett“) und mit höchster Intensität („ich hätte die Wände hochgehen können“). Häufig ist dem Allgemeinarzt aus der Vorgeschichte bereits ein Gallen- oder Nierensteinleiden bekannt, mit dem der Betreffende bisher leidlich zurechtkam. Die

■ Checkliste Nr. 37

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen heftigen Krämpfen (Koliken) im abdominellen Bereich mit/oder ohne regionale Ausstrahlung wurde primär also nicht für „charakteristische“ Koliken entwickelt, die ein relativ häufiges Beratungsproblem in der Allgemeinpraxis darstellen, sondern für Krampfbeschwerden, die sich zunächst keinem klassischen Typus zuordnen lassen. Oftmals sind die Übergänge in Intensität und Charakter von Schmerzen und Krämpfen fließend. Speziell für Schmerzen im abdominellen Bereich empfehlen sich alternativ oder ergänzend folgende Programme (hier auch wegleitende Vortexte) mit (■ Tab. 4.7 und 4.8):

- Checkliste Nr. 38 (Oberbauch)
- Checkliste Nr. 39 (Unterbauch)
- Checkliste Nr. 40 (Abdomenopathien)

Säuglinge in den ersten Lebensmonaten können von Darmgasen besonders geplagt sein (de Weerth et al. 2013). Mütter bezeichnen diese Störungen ihrer „Schreikinder“ als „**Dreimonatskoliken**“. Oft genug sind jedoch die Krämpfe bereits vorbei, wenn der Patient zum Arzt oder der Arzt zum Patienten kommt. Wie immer, so muss auch in solchen Fällen der Doktor die **abwendbar gefährlichen Verläufe** im Auge haben und im Auge behalten. Durch die Anwendung der Checkliste Nr. 37 kann sich der Allgemeinarzt jedenfalls vergewissern, in der Hast des Arbeitsalltages keine wichtigen Details vergessen zu haben.

Da „die Krankheiten keine Lehrbücher lesen“ (R. N. Braun), können sich allerdings auch sog. charakteristische Koliken uncharakteristisch präsentieren: So müssen **biliäre Symptome** nicht immer länger als 15 min ins Epigastrium, den rechten Oberbauch, in den Rücken oder die rechte Schulter ausstrahlen (Gutt et al. 2017; S3-LL). Auch Nieren- oder Harnleiterkoliken bieten nicht immer das Vollbild mit Vernichtungsschmerz und vegetativen Begleitsymptomen wie Erbrechen und Schweißausbrüchen, oftmals gehen nur uncharakteristische Rücken- oder Flankenschmerzen voraus (z. B. bei chronischer Einengung des uretropolvinen Übergangs).

i Harnleiterkoliken gehören zu den 10 häufigsten Ursachen für ein akutes Abdomen.

Die **Sonographie** ist die Methode der Wahl für die Diagnostik von **Gallenblasensteinen** mit einer Sensitivität von > 95 % und einer Spezifität von nahezu 100 % (S3-LL). Bei **Nieren- oder Harnleitersteinen** liegt die Sensitivität der Ultraschalluntersuchung vor allem in Kombination mit einer Kelchdilatation oder bei Konkrementen > 5 mm bei bis zu 96 % (Knoll et al. 2015; S2k-LL).

Übersicht zu Programm Nr. 37 (Bauchkrämpfe). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Gallen-oder Nierensteinkolik*
- **Appendizitis**
- **Ulcus pepticum**
- **Pankreatitis**
- **Bauchaortenaneurysma**
- *Meteorismus*
- **Darmverschluss/(Sub)ileus**
- **Mesenterialarterienverschluss**
- *Dreimonatskoliken*
- **Divertikulitis, akut**
- **Extrauterin gravidität**

37 Checkliste Kolik-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen heftigen Krämpfen (Koliken) im abdominellen Bereich mit / oder ohne regionale Ausstrahlung

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
 Krank seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Außerhalb der Krämpfe (dumpfe) Schmerzen
 Schmerzen wandernd / im Intervall / seit abdomineller Operation

 Vorher Bauchorgane nie auffällig gespürt
 Gewichtsabnahme / Anorexie
 Dauer der Einzelkrämpfe
 Wie oft täglich / wöchentlich / monatlich
 Ausstrahlung Schulter / Rücken / Flanke / Mittelbauch / Genitalregion

 Bei Krämpfen Blässe / Schock / Brechreiz / Stuhl- / Windverhaltung / Stechen beim Tiefatmen
 Schmerzzentrum epigastrisch / umbilikal / inguinal
 Zeitlicher Zusammenhang mit Mahlzeiten
 Nachher Stuhl- / Harndrang
 Ausgelöst durch fette Speisen / Eier / kalter Trunk / sonstiges Essen / Trinken / Fasten / Bewegung / Husten / Anstrengung / Verköhlung / Witterungswechsel / Aufregung / Sonstiges
 Stuhl / Urin / Menses / Intrauterinpeppar
 Flatulenz / wann letzter Stuhlgang
 Besserung durch Wärme / Sonstiges
 Schlechter durch
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Schmerzlokalisierung objektiv
 Auskultation Herz / Lungen / Abdomen
 Palpation Bauchdecken (Linea alba) / sonstiges Abdomen

 Klopfschmerz Nierenlager
 Bruchpforten inguinal
 Hoden / Nebenhoden
 Rektal / vaginal
 Blutdruck / Puls
 EKG
 Urin
 Stuhl auf okkultes Blut / Parasiten
 BKS / CRP / Leber- / Pankreaswerte
 Schwangerschaftstest / sonstiges Labor
 Sonographie Abdomen
 Gastroskopie / Koloskopie
 CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.38 Oberbauchschmerzen – Uncharakteristische Oberbauchschmerzen

Andreas Klement, Frank H. Mader

Erwachsene Patienten ordnen Bauchschmerzen mit begleitenden Beschwerden nicht selten bestimmten Organen zu. So werden Schmerzen im mittleren Oberbauch (fachsprachlich **Epigastralgie**) auf den „Magen“, im rechten Oberbauch auf die „Leber“ oder „Galle“ und im linken Oberbauch auf „Herz“ oder „Lunge“ bezogen.

Auch wenn bei der allgemeinärztlichen Diagnostik zunächst ein „akutes Abdomen“ unwahrscheinlich erscheint (Programm Nr. 40 „Bauchschmerzen“), müssen eine Vielzahl möglicher **abwendbar gefährlicher Verläufe** berücksichtigt werden (■ Tab. 4.7). Bei **älteren Patienten** können (Ober-) Bauchschmerzen auch einmal das Symptom einer **Angina intestinalis** mit dem AGV eines **Mesenterialinfarktes** sein oder besonders bei **Frauen** auf eine extraintestinale Erkrankung hinweisen (z. B. **Hinterwandinfarkt**). Andererseits können die Ursachen von Oberbauchschmerzen in andere Körperregionen projiziert werden (z. B. Leber/Galle in die rechte und Milzpathologien in die linke Schulter) (■ Tab. 4.7).

Wenn die Schmerzen von der **periumbilikalen Region** ausstrahlen, müssen ebenfalls die betreffenden **AGVs** (z. B. Appendizitis, Ileus, Mesenterialschämie) bedacht werden. Auch eine „typische“ **Gastroenteritis** darf nicht dazu verleiten, bei (Ober-)Bauchschmerzen einen AGV nicht zu bedenken bzw. ihn auszuschließen. Die

■ Checkliste Nr. 38

für die **allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Ober- und Mittelbauchbeschwerden** wird je nach Schwere des Einzelfalles sofort oder erst nach einigen Tagen eingesetzt. Als **weitere Programme** für die Abdominalregion

■ Tab. 4.7 Quadrantenbezogene Einteilung von Oberbauchschmerzen in Bezug auf mögliche AGVs. (Mod. Frei 2015)

Rechter oberer Quadrant	– Gallenkolik/Cholezystitis – Choledocholithiasis/Cholangitis – Hepatitis – Pankreatitis – Pneumonie
Epigastrium	– Refluxösophagitis – Gastritis/Duodenitis – Ulkuskrankheit – Pankreatitis – Myokardinfarkt – Perikarditis – Aortenaneurysma – Oberbauchhernie
Linker oberer Quadrant	– Gastritis – Ulkuskrankheit – Pankreatitis – Nephrolithiasis – Milzpathologie

zum differenzierenden oder ergänzenden Einsatz stehen zur Verfügung:

- Checkliste Nr. 37 (Kolik-Programm)
- Checkliste Nr. 39 (Unterbauchschmerz-Programm)
- Checkliste Nr. 40 (Bauchschmerz-Programm)

Und soweit es sich um ein anderes Leitsymptom mit Bauchbezug handelt:

- Checkliste Nr. 34 (Brechdurchfall-Programm)
- Checkliste Nr. 35 (Erbrechen-Programm)
- Checkliste Nr. 36 (Durchfall-Programm)

Ein **Tipp** zu Anamnese und Diagnostik von Steinleiden: Akute Anfälle von **Gallen-** oder **Nierensteinleiden** werden häufig durch Aufstehen und/oder Bewegung subjektiv kurzzeitig gebessert, während eine **peritoneale Reizung** bei Entzündungsprozessen im Liegen und mit angezogenen Beinen erträglicher wird.

Die **Auskultation des Abdomens** gilt als Standarduntersuchungsschritt vor der Palpation, erlaubt jedoch letztlich nur im Hinblick auf die „Totenstille“ beim **Vollbild der Peritonitis** einen eindeutigen Befund. Die Auskultationsbefunde im **frühen Stadium** von z. B. Mesenterialinfarkt, gedeckter Perforation und Ileus können sehr ähnlich sein.

❗ Auch bei Auskultationsbefund „Peristaltik vorhanden“ immer an einen AGV denken!

Die **Kodierung** sollte dem diagnostischen Prozess entsprechend zunächst abwartend offen erfolgen (ICD-10: R10.1 = unklare Oberbauchschmerzen). Dies setzt voraus, dass der Patient entsprechend **aufgeklärt** wurde, sich im Verschlimmerungsfall wieder in der Praxis vorzustellen oder den Notfalldienst aufzusuchen. Der Zeitpunkt einer möglichen Einweisung hängt von der Schwere des Falles ab.

Für gewöhnlich ergibt sich aus der programmierten Diagnostik nichts Besonderes, und die Beschwerden klingen mit und ohne symptomatische Therapie langsam oder rasch ab.

Übersicht zu Programm Nr. 38 (Oberbauchschmerzen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Hiatushernie/Refluxösophagitis (NERD/GERD)**
- *Helicobacter positive Gastritis*
- **Ulcus pepticum**
- **Malignom** in der Abdominalregion
- *Cholelithiasis*
- *Cholezystopathie (einschl. Cholangiopathie)*
- *Pankreatopathie*
- **Pankreatitis**
- **Mesenterialgefäßverschluss**
- **Appendizitis**
- *Erbrechen und/oder Durchfall*
- **Akutes Koronarsyndrom/Herzinfarkt**
- **Lungenembolie**

38 Checkliste Oberbauchschmerzen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Ober- und Mittelbauchbeschwerden
 Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Klement A, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (leicht / schwer krank)	Psychische Beurteilung
Beschwerden seit	Blutdruck / Puls
Gleich / besser / schlechter	Temperatur / Atemfrequenz
Schon mal gehabt	Inspektion (Mund / Rachen / Haut)
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie (Operationen)	Auskultation (Herz, Lunge)
Beginn plötzlich / schleichend	Otoskopie (Säugling, Kleinkind)
Beschwerden dauernd / anfallsweise	Abdomen:
Art der Beschwerden: Völlegefühl / Krämpfe / Drücken / Brennen / Stechen / Schmerzen / Sonstiges	– Inspektion (Haut, Gefäße)
Ort / Ausstrahlung der Beschwerden (zeigen lassen!)	– Auskultation (Darmgeräusche, Charakter, Quadranten)
Besser durch Bewegung / Stehen / Wärme / Essen / Stuhlgang	– Perkussion (Blähung, Aszites)
	– Palpation (Lokalisation von Druckschmerz / Loslassschmerz / Abwehrspannung / Resistenzen / Klopfschmerz / Kontralateralität / Nierenlager)
Schlechter durch Aufregung / Anstrengung / familiäre Problematik / Sonstiges	Rektal (Meläna!) / vaginal
Zusätzlich noch: Appetitlosigkeit / Übelkeit / Brechreiz / Gewichtsverlust / Nachtschweiß / Sodbrennen / Ekel vor Fleisch / gelbe Augen / Blässe / Schwäche / Kreislauf / Fieber / Husten	Urin
	BKS / CRP / Blutbild / sonstiges Labor
Nikotin / Alkohol / Bohnenkaffee / Medikamente	Stuhlgang (okkultes Blut / Parasiten)
Stuhl / Urin / Menses	EKG
Ängste (Furcht vor)	Sonographie Abdomen
Vermutete Ursache	Endoskopie
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.39 Unterbauchschmerzen – Uncharakteristische Unterbauchschmerzen

Andreas Klement, Frank H. Mader

Erfahrene Ärzte bezeichnen den Unterbauch gerne als die „Wetterecke des Bauchraumes“. Mehrere Organe stehen in syntopischer Beziehung und können eine Vielzahl entsprechender Affektionen und Beschwerden hervorrufen. Aber auch die junge Frau vermutet schon selbst „eine Eierstockentzündung“, wenn sie „Unterleibsschmerzen“ hat, oder die Mutter befürchtet bei ihrem Kind gar einen „Blinddarmdurchbruch“, wenn der Schmerz im Mittelbauch oder rechten Unterbauch sitzt. Für die

■ Checkliste Nr. 39

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Krankheitszeichen mit Zentrum im Unter- und/oder Mittelbauch gilt sinngemäß, was zu Checkliste Nr. 38 (► Abschn. 4.38), also zum Vorgehen bei uncharakteristischen Ober- und Mittelbauchbeschwerden gesagt wurde. Auch für alle uncharakteristischen Beratungsprobleme in der Allgemeinmedizin heißt es: Der Allgemeinarzt muss so lange einen **abwendbar gefährlichen Verlauf** ausschließen oder zumindest bedenken, bis das Gegenteil bewiesen ist.

Insbesondere bei **jüngeren Frauen** muss an eine Extrauterin-gravidität oder Adnexitis als AGV gedacht werden, ebenso aber können chronische Unterbauchschmerzen (> 6 Monate) lediglich nur durch (prä-)menstruelle Vorgänge ausgelöst sein. Bei **älteren Patienten** (> 50 Jahre) findet sich in etwa 10 % der Fälle von uncharakteristischen Bauchschmerzen ein Karzinom als Ursache (davon in 50 % ein Kolonkarzinom). Zusätzlich müssen wiederum von der periumbilikalen Region ausstrahlende Schmerzen wie Appendizitis, Ileus, Mesenterialschämie oder ein Aortenaneurysma sowie die vielfältigen Bilder einer Gastroenteritis bzw. Lymphadenitis mesenterialis bedacht werden. Ebenso kann es sich auch einmal um das akute Bild einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung handeln (■ Tab. 4.8).

Als **weitere Programme** für die Abdominalregion zum differenzierenden oder ergänzenden Einsatz stehen zur Verfügung die Checkliste Nr. 40 „Bauchschmerzen“ (► Abschn. 4.40), wenn es sich vor allem um „diffuse oder völlig undifferenzierte Bauchbeschwerden“ handelt sowie die

- Checkliste Nr. 37 (Kolik-Programm) und
- Checkliste Nr. 38 (Oberbauchschmerz-Programm).

Und soweit es sich um ein anderes Leitsymptom mit Bauchbezug handelt:

- Checkliste Nr. 34 (Brechdurchfall-Programm)
- Checkliste Nr. 35 (Erbrechen-Programm)
- Checkliste Nr. 36 (Durchfall-Programm)

■ Bild einer Appendizitis

Wegen der großen Symptomenvielfalt und des nicht immer genau lokalisierbaren Schmerzpunktes kann insbesondere bei

■ Tab. 4.8 Quadrantenbezogene Einteilung von Unterbauchschmerzen in Bezug auf mögliche AGVs. (Mod. Frei 2015)

Rechter unterer Quadrant	Appendizitis Salpingitis EU/Ovarialzyste Nephrolithiasis CEDE Hernie Lymphadenitis mesenterialis
Periumbilikale Region	Appendizitis Gastroenteritis Ileus Pankreatitis Mesenterialschämie Aortenaneurysma Nabelhernie
Suprasymphysäre Region	Zystitis Harnblasenpathologie Prostatapathologie
Linker unterer Quadrant	Zystitis Harnblasenpathologie Prostatapathologie
CEDE Chronisch entzündliche Darmerkrankung, EU Extrauterin-gravidität	

Säuglingen, Kindern, älteren Menschen und Schwangeren eine **Blinddarmentzündung** nicht selten erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Sie sollte jedoch stets in die Überlegungen einbezogen werden. Der Patient ist über die diagnostische Situation und die Kontrollintervalle aufzuklären (Dokumentation!) und der Fall ist in geteilter Verantwortung abwartend offen zu führen.

❗ Die typischen Symptome einer **akuten Appendizitis** treten bei weniger als der Hälfte der Patienten auf.

Alle „klassischen klinischen Zeichen“ weisen einzeln eine z. T. recht unterschiedliche Sensitivität und Spezifität auf. **Verschlechtert** sich jedoch innerhalb kurzer Beobachtungszeit (in der Regel 3 Tage) der Allgemeinzustand mit den **Alarmzeichen** Übelkeit, Erbrechen, Fieber mit axillorektaler Temperaturdifferenz, ist eine **Klinikeinweisung** obligat.

Durch die offene Klassifizierung des Symptoms „uncharakteristische Unterbauchschmerzen“ (A), drückt der Allgemeinarzt aus, dass er grundsätzlich auch einen **AGV** bedacht hat und den Fall in geteilter Verantwortung mit dem Patienten abwartend offen führt. Bereits innerhalb von weniger als 24 Stunden nach den ersten Symptomen kann es zu einer **Perforation** kommen.

Nicht mehr „uncharakteristisch“ sind Unterbauchschmerzen dann, wenn sich durch die Summe verschiedener Anzeichen Hinweise für eine charakteristische Erkrankung (C) ergeben, z. B. Verlagerung vom Oberbauch in den rechten Unterbauch, Druck-, Klopfschmerz und Abwehrspannung im rechten Unterbauch, kontralateraler Loslassschmerz usw. als Zeichen für das Bild einer Appendizitis.

Übersicht zu Programm Nr. 39
(Unterbauchschmerzen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Appendizitis**
- **Extrauterin gravidität**
- *Adnexitis*
- *Sigmadivertikulitis*
- **Gedekte Perforation**
- **Mesenterialgefäßverschluss**
- **Malignom** in der Abdominalregion
- *Koprostase*
- *Prostata-/Hoden-/Nebenhodenaffektion*
- *Harnwegsinfekt*
- *Chlamydienzervizitis*
- *Urolithiasis*
- *Leistenhernie*
- *Schub einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung*
- *Erbrechen und/oder Durchfall*

39 Checkliste Unterbauchschmerzen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Krankheitszeichen mit Zentrum im Unter- und / oder Mittelbauch

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 1999, 2003) mod. Klement A, Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
 Krankheitsdauer / Bettlägerigkeit seit
 Verlauf (gleich / besser / schlechter)
 Beginn (plötzlich / schleichend)
 Beschwerdecharakter (dauerhaft, kolikartig)
 Lokalisation (im Verlauf)
 Ausstrahlung (im Verlauf)
 Einflüsse (Besserung bei Bewegung / Wärme / Liegen /
 angezogenen Beinen / soziale Situation)
 Eigenanamnese (schon mal gehabt)
 Begleitsymptomatik (Appetitlosigkeit / Übelkeit / Brechreiz /
 Blässe / Schwäche / Fieber / Dysurie / Obstipation / Durchfall /
 Meläna / Miserere / Leisten- / Flankenschmerzen / vaginaler
 Ausfluss)
 Zusammenhänge (Essen / Trinken / Stuhlgang / Miktion / Menses /
 Geschlechtsverkehr / Verhütung / intrauterines Pessar / Traumata)
 Selbstbehandlungsversuche (OTC Analgetika / Suppositorien /
 Laxanzien / Spasmolytika)
 Ärztliche Vorbehandlung / Diagnostik
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Blutdruck / Puls
 Temperatur / Atemfrequenz
 Inspektion (Mund / Rachen / Haut)
 Auskultation (Herz / Lunge)
 Otoskopie (Säugling, Kleinkind)
 Abdomen:
 – Inspektion (gebläht / Haut / Gefäßzeichnung)
 – Auskultation
 – Palpation (Lokalisation Druckschmerz /
 Loslassschmerz / Abwehrspannung / Resistenzen /
 Klopfschmerz / Kontralateralität / Nierenlager /
 inguinal / (Neben-)Hoden / Bruchpforten)
 Rektal / vaginal
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / Kreatinin / Elektrolyte / LDH /
 Lipase / Beta-HCG
 Sonstiges Labor / Prostataspezifisches Antigen (PSA)
 Stuhl auf okkultes Blut
 EKG
 Sonographie Abdomen
 Zystoskopie
 Endoskopie / Proktoskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.40 Abdomenopathien – Uncharakteristische, diffuse Bauchschmerzen

Andreas Klement, Frank H. Mader

Kaum eine Woche vergeht, in der nicht Patienten verschiedener Altersstufen bei ihrem Hausarzt vorstellig werden und über unterschiedlichste Beschwerden und Störungen im Leib klagen, wie „richtige Bauchschmerzen“ oder nur „irgendwie Bauchweh“.

Solche diffusen oder völlig uncharakteristischen Bauchbeschwerden (in der allgemeinärztlichen Fachsprache „**Abdomenopathien**“) (A/B) nehmen in den jahrzehntelangen allgemeinärztlichen Fällestatistiken vordere Ränge wie Arthrose, Schwindel oder Ekzeme ein. Bauchschmerzen gehören zu den 15 häufigsten Symptomen in der Allgemeinpraxis (Murtagh 2001). Die programmierte Beratung mittels

■ Checkliste Nr. 40

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei diffusen oder völlig undifferenzierten akuten oder chronischen Bauchbeschwerden erfolgt zweckmäßigerweise, wenn sich die Beschwerden weder auf die obere noch auf die untere abdominelle Region beschränken (■ Tab. 4.7 in ► Abschn. 4.38 und ■ Tab. 4.8 in ► Abschn. 4.39) und sich nicht von vornherein als charakteristisch (z. B. als Kolik) präsentieren. Speziell für Bauchschmerzen im Ober- und im Unterbauch gibt es die

- Checkliste Nr. 37 (Bauchkrämpfe),
- Checkliste Nr. 38 (Oberbauchschmerzen) und
- Checkliste Nr. 39 (Unterbauchschmerzen).

Bauchschmerzen können auch durch Affektionen außerhalb des Bauchraumes hervorgerufen werden (z. B. Herzinfarkt, atypische Pneumonie/Pleuritis) – und umgekehrt. Bei **älteren Patienten** (> 50 Jahre) findet sich in etwa 10 % der Fälle von Abdomenopathien ein Karzinom als **abwendbar gefährlicher Verlauf** (davon in 50 % ein Kolonkarzinom).

Bauchschmerzen im frühen **Kindesalter** lassen sich nur schwer ursächlich zuordnen. Ein Kind ist frühestens ab dem 4. Lebensjahr in der Lage, Schmerzen im Bauch genauer zu lokalisieren. Für die Schmerzlokalisierung bei den Kleinen gilt: Je weiter weg vom Nabel, umso eher organisch bedingt. Rezidivierende Bauchschmerzen der Klein- und Schulkinder sind von der Trimenonkolik der Säuglinge (► Abschn. 4.37) abzugrenzen. Die Inspektion des Ohres ist obligat.

■ Reizdarmsyndrom

Bei **Kindern und Jugendlichen** sollte auch ein Reizdarmsyndrom (RDS) in die Überlegungen einbezogen werden, das bei Erwachsenen zu den häufigsten Ursachen gastrointestinaler Beschwerden gezählt wird. Bei Kindern mit funktionellen Bauchschmerzen liegt in 22–45 % der Patienten ein RDS vor (Bufler et al. 2011). Das RDS, ein oft unterschiedlich gebrauchter Begriff, ist durch Veränderungen von Stuhlfrequenz (≥ 4 Stühle/Tag oder ≤ 2 Stühle/Woche) und -konsistenz (hart/wässrig) bzw. Besserung der Beschwerden nach

dem Stuhlgang definiert. Zur Beschreibung dienen auch die 3 Hauptkriterien:

- Chronizität (> 3 Monate),
- relevanter Leidensdruck und
- keine anderen charakteristischen Symptome (Layer et al. 2011; S3-LL).

■ Akutes Abdomen

Diffuse Bauchschmerzen können sich aus einem lokalisierten Schmerz heraus entwickeln (z. B. Perforation einer Appendizitis) oder aber sich im Verlauf örtlich konzentrieren (z. B. gedeckte Perforation einer Divertikulitis). Deshalb steht immer im Mittelpunkt der allgemeinärztlichen „Filter- und Steuerungsfunktion“ die Frage: Ist es (noch) ein (un-)charakteristischer Bauchschmerz – oder bereits ein „akutes Abdomen“, das im Akutfall nicht > 24 h besteht und unmittelbares Handeln (Klinikeinweisung) erforderlich macht? Diesem nicht eigenständigen Krankheitsbild können viele Störungen und Erkrankungen zugrunde liegen; es ist charakterisiert durch (Lankisch et al. 2006b):

- akute Bauchschmerzen (umschrieben oder diffus),
- peritoneale Reizung (Abwehrspannung),
- Störung der Darmperistaltik (Meteorismus/Übelkeit/Erbrechen),
- akute Kreislaufstörungen bis zum -schock (Puls höher als RR systolisch),
- schlechter Allgemeinzustand (Facies hippocratica).

Die nicht indikationsbezogene **Sonographie des Abdomens** wird nicht mehr empfohlen. Ein **Aneurysma der Bauchaorta** ist meist ein zufällig aufgedeckter Nebenfund (Prävalenz für > 3 cm Querdurchmesser bei > 65-jährigen Männern 4–8 %, bei Frauen 0,5–1,5 %) (Schacherer 2016). Bei Kindern ist die Qualität sonographischer Bilder besonders gut. Die höchste Sensitivität und Spezifität beim akuten Abdomen hat das **Computertomogramm**.

Akute Bauchschmerzen können in nahezu der Hälfte der Fälle uncharakteristisch sein und auch im weiteren Verlauf lässt sich keine fassbare Ursache feststellen. Abdomenopathien sind nicht selten bei Kindern wie Erwachsenen auch Ausdruck einer **somatoformen Störung**. Richtungsweisend hierfür ist die Diskrepanz zwischen objektiven und subjektiven Befunden bzw. Verknüpfung mit Ängsten, Erlebnissen und psychosozialen Situationen.

Wenn die Beschwerden nach erfolgter Anamnese und Diagnostik keiner fassbaren Ursache zuzuordnen sind und ein AGV unwahrscheinlich erscheint, kann die Strategie des **abwartenden Offenlassens** des Falles in geteilter Verantwortung mit dem Patienten und Dokumentation angewandt werden. Die Klassifizierung erfolgt als Symptom (ICD-10: R10.4).

Übersicht zu Programm Nr. 40 (Abdomenopathie).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Krämpfe, abdominelle*
- **Appendizitis**
- **Perforation**
- **Malignome**
- **Mesenterialgefäßverschluss**
- *Reizdarmsyndrom*
- *Divertikulitis*
- *Pankreopathie*
- **Darmobstruktion/Ileus**
- *Dyspepsie, funktionelle*
- *Nahrungsmittelunverträglichkeiten*
- *Somatoforme Störung*
- *Meteorismus*

40 Checkliste Abdomenopathie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei diffusen oder völlig undifferenzierten akuten oder chronischen Bauchbeschwerden

Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995, 1999) mod. Mader FH (2003) mod. Klement A, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
 Beschwerden seit
 Gleich / besser / schlechter
 Schon mal gehabt
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Vorausgegangen Infekt mit Fieber / Durchfall
 Art der Beschwerden ziehend / drückend / stechend / sonstige

 Beginn plötzlich / schleichend
 Beschwerden dauernd / anfallsweise / kolikartig
 Lokalisation / Ausstrahlung (jetzt / zuvor)
 Schlechter durch Essen / Alkohol / Stress / Arbeitsplatz / Sonstiges

 Zusammenhang mit Essen / Trinken / Geschlechtsverkehr

 Zusätzlich noch Appetitlosigkeit / Übelkeit / Brechreiz / Schwäche /
 Darmprobleme / Gewichtsverlust
 Schmerzen außerhalb des Bauches
 Stuhlgang / Windverhalt / Blähungen / Miktio / Menses / Intrauterinpeppar

 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Blutdruck / Puls
 Temperatur / Atemfrequenz
 Inspektion Mund / Rachen / Haut
 Auskultation (Herz, Lunge)
 Otoskopie (Säugling, Kleinkind)
 Abdomen:
 – Inspektion (Blähung, Haut, Gefäße)
 – Auskultation (Darmgeräusche, Charakter, Quadranten)

 – Perkussion
 – Palpation (Lokalisation von Druckschmerz / Loslassschmerz /
 Abwehrspannung / Resistenzen / Klopfschmerz /
 Kontralateralität / Nierenlager / Leisten / (Neben-)Hoden

 Rektal / vaginal
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / Kreatinin / Natrium / Kalium / GPT / GGT /
 Lipase / Troponin / sonstiges Labor
 Stuhlkultur / okkultes Blut
 EKG
 Sonographie Abdomen
 Endoskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.41 Obstipation – Uncharakteristische Stuhlverstopfung

Frank H. Mader

Mit dem Wort „Verstopfung“ verbinden die Patienten unterschiedliche Vorstellungen: „zu selten“ (Frequenz), „zu schwer“ (Entleerungsstörung), „zu hart“ (Konsistenz) oder „zu wenig“ (Stuhlmenge). Die „normale“ individuelle Stuhlfrequenz liegt zwischen 3-mal täglich bis 3-mal/Woche.

Das Symptom Obstipation (A) findet sich in langjährigen Fällestatistiken unter den ersten 100 Häufigkeiten einer Allgemeinpraxis, obwohl sich das Gros der Betroffenen Rat und Hilfe außerhalb der Praxis (z. B. beim Apotheker) suchen dürfte. **Frauen** sind doppelt so häufig betroffen wie **Männer** (Braun et al. 2007). Die

■ Checkliste Nr. 41

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Personen, die – ohne sonstige Beschwerden – über Stuhlträgheit klagen kann durch ihr strukturiertes Befragen dem Patienten helfen, eine mögliche Erklärung für sein Problem zu finden und ihn damit zu entängstigen. Der Arzt wird sich keine wesentlichen Neuaufdeckungen, etwa einen **AGV**, versprechen, er hat jedoch eine gute Gelegenheit, Fragen wie angemessene **Ernährung**, **Vorsorgekoloskopie** oder **Obstipation verursachende Medikamente** anzustoßen.

Bei dieser Checkliste geht es weniger um die „**eher akute**“ Verstopfung, z. B. nach einem Magen-Darm-Katarrh, auf Reisen, durch „fremde Toiletten“ oder bei kurzfristiger Bettlägerigkeit, sondern um die „**eher chronische**“ Obstipation, wie sie nach den **ROM-III-Kriterien** (2006) in Abgrenzung gegenüber dem **Reizdarmsyndrom** definiert ist (Drossman und Dumitrascu 2006; S2k-LL Chronische Obstipation beim Erwachsenen 2013); dazu kann der Score als **Vorschaltendiagnostik** hilfreich sein.

Seit mindestens 3 Monaten bestehend müssen 2 oder mehr der folgenden Leitsymptome erfüllt sein:

- Pressen zur Stuhlentleerung.
- Harter Stuhlgang.
- Gefühl der unvollständigen Entleerung.
- Gefühl der anorektalen Blockierung.
- Manuelle Unterstützung der Stuhlentleerung (bei mind. oder mehr als 25 % der Stühle).
- Weniger als 3 Stühle/Woche.

Von chronischer Obstipation sind (geschätzt) bis zu 15 % der Gesamtbevölkerung betroffen, 30–37 % der über 65-Jährigen, bis 75 % bei **Heimbewohnern** und über 80 % bei Patienten mit **Demenz**. Hier kann die Stuhlverstopfung im ungünstigsten Fall zu **Koprostase** und **Impaktbildung (Skybala)** führen. Bei alten Menschen können auch zahlreiche **Medikamente** eine Verstopfung verursachen, z. B. Opiate, Anticholinergika, Psychopharmaka, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Diuretika, Eisen, kalziumhaltige Antazida, NSAR (Mader und Riedl 2018).

Verstopfung kann (neben dem teilweisen Verlust des Riechsinnns) zu den ersten Anzeichen einer möglichen **Parkinson-Erkrankung** gehören.

Stuhlprobleme bei **Kindern** lösen bei vielen Eltern Besorgnis aus, es könnte „*etwas Organisches*“ vorliegen. Wenn das Kind willentlich den Stuhl zurückhält (z. B. wegen schmerzhafter Defäkation), ist eine organische Ursache unwahrscheinlich. **Alarmzeichen** beim **Säugling** für eine organische Ursache sind z. B. Fieber, Gedeihstörung, Nausea oder Erbrechen. Beim Kind kann sich der Arzt durch gezielte Befragung der Eltern und durch körperliche Untersuchung des kleinen Patienten (Abdomenpalpation und im Einzelfall rektale Untersuchung) bereits „in den allermeisten Fällen“ auf eine **funktionelle Obstipation** festlegen (Müller und Heyland 2011).

Wissenschaftliche Belege für die Sinnhaftigkeit von **Stuhlanalysen** auf Bakterien/Pilze („Darmökogramme“) fehlen bislang.

Als **Basisdiagnostik** der *chronischen* Obstipation werden extensive Routinediagnostik und Funktionsuntersuchungen nicht empfohlen (fehlende verlässliche Daten) (S2k-LL 2013). Diese bleiben dem Spezialbereich bei schwerer, therapierefraktärer Obstipation vorbehalten (z. B. **Kolontransit**, anorektale **Manometrie**, **Defäkographie**). Die *akute Verstopfung* braucht vielfach nicht als eigenes BE klassifiziert zu werden.

In Einzelfällen empfiehlt sich eine Kombination der

- Checkliste Nr. 41 (Obstipation) mit
- Checkliste Nr. 42 (Blähungen).

Übersicht zu Programm Nr. 41 (Obstipation).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Malignome**
- **Darmverschluss**
- *Hypothyreose*
- *M. Parkinson*
- *Multiple Sklerose*
- *Diabetes mellitus mit autonomer Neuropathie*
- *Schwangerschaft (3. Trimenon)*
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*

41 Checkliste Stuhlverstopfung-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Personen, die – ohne sonstige Beschwerden – über Stuhlträgheit klagen
Braun RN (1976), mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck

Beschwerden seit wann (insgesamt / derzeit)

Gleich / besser / schlechter

Vorschaltendiagnostik:

– ROM-III-Kriterien „chronische Obstipation“

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Ausgelöst durch gewohnheitsmäßiges Zurückhalten / Bewegungsarmut /
sitzende Tätigkeit / Reise / langes Liegen / Hämorrhoiden / Sonstiges

Wie oft Stuhlgang wöchentlich mit / ohne Laxanzien

Krankheits- / Völlegefühl

Blähungen (Luft / übelriechend) / Aufgetriebensein / Bauchschmerzen

Stärkstes Pressen bei Entleerung

Stuhlgang schmerzt

Verstopfung und Durchfall im Wechsel

Blut am Stuhl / Papier

Ernährungsgewohnheiten

Übelkeit / Erbrechen

Appetit

Gewicht konstant / abnehmend / Nachtschweiß

Miktion / Menses

Medikamente (Opiate / Antidepressiva / Antiepileptika / Antihypertensiva /
Diuretika / Neuroleptika / Antazida / Sonstige)

Krankheiten bekannt wie Diabetes mellitus / M. Parkinson / Multiple
Sklerose

In der Familie Magen- / Darmkrebs bekannt

Test auf verstecktes Blut im Stuhl / Koloskopie (bisher / wann
zuletzt)

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung / depressiv

Lebensalter / -situation

Auskultation / Palpation des Abdomens

Inspektion Perineum

Rektal (Sphincter ani / Ampulla recti) / vaginal (Descensus /
Prolaps uteri)

Urin

BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Natrium / Kalium / sonstiges
Labor

Okkultes Blut im Stuhl

Sonographie Abdomen

Rekto- / Koloskopie

Sonstige Diagnostik im Spezialbereich

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.42 Blähungen – Uncharakteristische Blähungen und/oder Flatulenzen

Frank H. Mader

Wegen **Blähungen (Meteorismus)** und vermehrtem Abgang von Winden (**Flatulenzen**) suchen nur wenige Menschen den Hausarzt auf. Die beiden Begriffe werden auch in der Fachliteratur nicht immer einheitlich verwendet. Unter Meteorismus (A) versteht man die rein subjektive Empfindung eines geblähten Abdomens. Hiervon abzugrenzen sind die **Aerophagie**, das vermehrte Luftschlucken, und die Flatulenz – der reichliche Abgang von Winden.

Meist besteht ein offensichtlicher Zusammenhang mit einem bevorzugten Nahrungsmittel, etwa mit frischen Backwaren, Hülsenfrüchten oder üppigen Mahlzeiten. Im Allgemeinen liegt von vornherein kein Verdacht auf ein ernstzunehmendes Beratungsergebnis vor (z. B. **Gliadin-unverträglichkeit**) im Sinne einer **Sprue (Zöliakie)**.

Trotzdem geht man den Symptomen am besten a priori mit der

■ Checkliste Nr. 42

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Leibblähungen und/oder Flatulenzen nach. Zuerst wertet der Laie Meteorismus und Flatulenz nicht als Krankheiten und die Heilkunde bleibt aus dem Spiel. Erst wenn die Beschwerden länger bestehen und Eigenbehandlungen erfolglos geblieben waren, wird der Arzt in Anspruch genommen. Blähungen, Völlegefühl, Bauchschmerzen und Durchfälle können in Einzelfällen auch Hinweise für ein weiteres **Malabsorptionssyndrom (Laktose, Fruktose, Sorbit)** sein.

Ein oftmals quälendes Blähungsgefühl kann ohne erkennbaren Grund auftreten. Die Patienten können sich dann jedoch bei der Untersuchung völlig unauffällig präsentieren. Zu der Frage, welche Faktoren letztlich Blähungen bedingen, liegen keine belastbaren Daten vor, weil die Ursachen im Alltag schwer fassbar sind und sich häufig überschneiden (Harder 2005).

Die programmierte Untersuchung erfasst zugleich auch Beschwerden und Befunde, die auf ein **Reizdarmsyndrom (RDS)** oder eine **funktionelle Dyspepsie** hinweisen können, wie uncharakteristische abdominelle Schmerzen, geblähter Leib, Blähungen oder Veränderung von Stuhlfrequenz und -konsistenz. Es gibt derzeit kein probates diagnostisches Verfahren, das ein RDS bestätigen könnte. **Depression** oder **psychosomatische Faktoren** scheinen eine Rolle zu spielen.

Die Kombination mit

■ Checkliste Nr. 41 (Obstipation)

bietet sich in Einzelfällen an.

Nur dann, wenn die problemorientierte, programmierte Untersuchung keinerlei Anhalt für eine spezielle Erkrankung ergeben hat, sind Behandlungsversuche unter laufender Weiterbeobachtung bei abwartendem Offenlassen erlaubt.

Bei diesen Patienten handelt es sich überwiegend um übermäßige, übergewichtige Esser und/oder Trinker mittleren Alters. Obstipation muss nicht vorhanden sein. Die Regelung der Ess- und Trinkgewohnheiten kann, zusammen mit den üblichen Präparaten, die Beschwerden lindern.

Übersicht zu Programm Nr. 42 (Blähungen).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Entzündliche Darmerkrankungen (CED)
- Leberzirrhose
- Ileus
- Malignome/sonstige Neubildungen im Abdomen
- Abdomenopathien, sonstige
- Cholezysto-/Cholangiopathie
- Postcholestektomiebeschwerden
- Pankreatopathie/Pankreasinsuffizienz
- Nahrungsmittelintoleranzen, -allergien

42 Checkliste Blähungen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Leibblähungen und / oder Flatulenzen
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
Beschwerden seit
Gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Hauptsächlich Blähbauch / Flatulenz
Beschwerden dauernd / zeitweilig
Darmrumoren / übelriechende / nicht übelriechende Winde

Aufstoßen / Sodbrennen / Brechreiz
Außerdem Bauchschmerzen (welcher Art / wo / wann)

Appetit
Ernährung (ausgewogen / Vorlieben / Fast Food / Kantine)

Gewichtsabnahme / Nachtschweiß
Schlechter durch üppiges / rasches / stark gewürztes Essen / schlechtes Kauen / frisches Brot / Hefespeisen / schlürpfendes Trinken / milchhaltige Produkte / fruktosehaltige Produkte (z. B. Gummibärchen) / Fertigsoßen / Alkoholika / Rauchen / Medikamente / Arbeit / Stress / Aufregungen / Kälte / Sonstiges

Besser durch Stuhlgang / Winde / Liegen / Ruhe / Laxantien / andere Mittel / frische Luft

Stühle (wie oft / geformt / explosionsartig / schaumig / mit Blut)

Test auf verstecktes Blut im Stuhl / Koloskopie (wann zuletzt)

Auslandsreise
Miktion / Menses

Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Gebiss (lückenhaft / Prothese)
Auskultation / Palpation des Abdomens

Rektal / vaginal
Urin
BKS / CRP / sonstiges Labor
Stuhl (auf okkultes Blut / Parasiten / Lamblien)

H2-Atemtest mit Fruktose / Laktose / Sorbit

Sonographie Abdomen
Rektoskopie / Koloskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.43 Hepatopathie – Uncharakteristische Leberbefunde

Frank H. Mader

„Hab ich's wohl auf der Leber?“ fragen verängstigt manche Patienten, wenn sie von ihren „erhöhten Leberwerten“ hören oder wenn der Arzt beim Abdomensonos vermerkt irritiert dreinschaut. „Die Leber“ ist in der Allgemeinpraxis nahezu täglich – direkt als Organ oder indirekt durch Laboranalysen – ein präsenten Beratungsproblem (z. B. Gesundheitscheck, spezielle Impfungen, Operationsvorbereitung, diffuse Oberbauchbeschwerden, Müdigkeit). Die

■ Checkliste Nr. 43

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei leicht erhöhten Leberwerten und/oder sonographischer Auffälligkeit des Leberparenchymgrundmusters ist als Instrument gedacht, den Betroffenen nach vielen Seiten hin offen und strukturiert zu befragen und zu untersuchen sowie wesentliche **abwendbar gefährliche Verläufe** zu bedenken und dies auch zu dokumentieren. Eine solche programmierte Diagnostik muss nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der (häufig zufällig) entdeckten (vermeintlichen) Pathologie erfolgen, sie kann auch abschnittsweise oder mehrfach vorgenommen werden.

Dieses Programm ist aus dem ehemaligen Programm „Ikterus“ hervorgegangen. Eine Gelbfärbung von Haut, Schleimhäuten und Skleren (**Ikterus**) macht sich erst ab einem Bilirubinwert von 2 mg/dl bemerkbar (Bettinger et al. 2015). Bei 3–5 % der gesunden, besonders männlichen jugendlichen Bevölkerung lassen sich Bilirubinwerte zwischen 1 und 3 mg/dl finden (Gilbert-Meulengracht-Syndrom).

Bei 5 % aller Männer und 2 % aller Frauen zeigen sich bei **Routineuntersuchungen erhöhte Leberwerte**, am häufigsten eine Erhöhung der Transaminasen. Mit zunehmendem Alter kann die Aktivität der Transaminasen ab- und mit ansteigendem BMI zunehmen. Häufige Ursachen sind Alkohol (13,5 %), chronische Hepatitis C (7 %), Hämochromatose (3,4 %) und Hepatitis B (1 %). Als pathologisch gelten Transaminasen, die über das Zweifache erhöht sind (Wiest 2008).

i In fast 70 % der Fälle kann die Hepatopathie primär diagnostisch nicht zugeordnet werden (Stiefelhagen 2017a).

Das diagnostische laborchemische Mosaik entwickelt sich auf dem Boden des „**Basislabors**“ (GPT, alkalische Phosphatase/AP und Gamma-GT). Eine dominante Erhöhung der GPT deutet auf einen **nekrotisierenden Prozess**, eine Erhöhung der AP und Gamma-GT auf eine **Cholestase** („hepatisches“ bzw. „cholestatiches Schädigungsmuster“) hin. Die Bestimmung des Bilirubins trägt zur Differentialdiagnostik nichts bei (Maier 2015). Ergibt sich kein Hinweis auf eine bestimmte Erkrankung, sollte zunächst eine **Kontrolle der Transaminasen** nach 2–3 Wochen erfolgen: In 30–40 % der Fälle sind die Werte dann wieder normal (Stiefelhagen 2017a). Bei isolierter

Gamma-GT-Erhöhung ist (nach Ausschluss einer Alkoholanamnese) auch an eine Gallenwegsstenose (Karzinom!) zu denken.

i Bei unklarer Transaminasenerhöhung ist die **Sonographie** obligat.

Der **weiterführenden Abklärung** dient nicht die „diagnostische Schrotflinte“. Zunächst empfehlen sich neben der programmierten Befragung, wobei auch Themen wie Alkohol oder Medikamente angesprochen werden („**Subjektiv**“), eine problemorientierte körperliche Untersuchung sowie einige Laborparameter einschließlich der Eingrenzung einer **nicht-alkoholischen Steatosis hepatis (NASH)** und einer **Hepatitis B–D (HBV/HCV/HDV)** („**Objektiv**“). Eine darüber hinaus vertiefte Diagnostik erfolgt dann in der Regel in Zusammenarbeit mit dem Spezialbereich.

Von einer **arzneimitteltoxischen Hepatopathie** können nicht nur multimorbide Patienten durch Multimedikation und Medikamenteninteraktion betroffen sein. Auch Frauen scheinen ein höheres Risiko zu haben. Das Spektrum der auslösenden Substanzen ist mannigfaltig und reicht von Analgetika (Paracetamol!), NSAR und bestimmten Antibiotika (Amoxicillin/Clavulansäure) über Nahrungsergänzungsmittel bis hin zu fernöstlichen Heilkräutern (Roßhart und Spangenberg 2011).

i Etwa jede zehnte **Arzneimittel-Nebenwirkung** betrifft die Leber.

Eine verbindliche Definition des Begriffes **Hepatopathie** (B) gibt es nicht (K76.9 ICD-10-GM Version 2019). Der Allgemeinarzt sollte nicht vorschnell von einem „**Leberschaden**“, einer „**Leberstörung**“, „**Fettleber**“ oder Ähnlichem sprechen. In jedem Fall muss er im Sinn einer Qualitätskontrolle auch die **präanalytische Phase** (z. B. Probenentnahme- und Patientenbedingungen) kritisch hinterfragen.

Übersicht zu Programm Nr. 43 (Hepatopathie). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- **Hepatitis (A, B)**
- **Malignom**
- *Alkohol- und Substanzmissbrauch*
- *Nutritiv-toxische Alkoholhepatitis (ASH)*
- *Nicht-alkoholische Steatosis hepatis (NASH)*
- *Hämochromatose*
- **Leberzirrhose**
- **Arzneimitteltoxizität**
- **Toxische Wirkungen (chemische Substanzen)**

43 Checkliste Hepatopathie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei leicht erhöhten Leberwerten und / oder sonographischer Auffälligkeit des Leberparenchymgrundmusters

West SR, Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Hansen W, Mader FH (2003, 2005) neu bearb. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Hautkolorit / Skleren / Konjunktiven
Beschwerden seit	Palmarerythem / Spider-Nävi
Gleich / besser / schlechter	Gynäkomastie
Schon mal gehabt	Mundwinkelrhagaden / Zunge glatt und rot
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Blutdruck / Puls
Aufgedeckt durch Labor / Sonographie / extern / Sonstiges	Abdomen (Perkussion und Palpation) vergrößert / Aszites / druckschmerzhaft / Leber / vergrößert / Leberrand / Resistenzen
In Familie oder Umgebung bekannt	
Fieber (vorausgehend / aktuell) / Müdigkeit / Appetitlosigkeit	Labor (Kontrolle der Transaminasen-Vorbefunde) plus Differentialblutbild / Thrombozyten / GGT / AP / „NASH-Profil“ (Triglyzeride, Cholesterin, Harnsäure, HbA1c, Ferritin) / Hepatitis-Serologie (HBV / HCV / HDV) / weitere Analysen nach Einzelfall
Übelkeit / Gewichtsverlust / Nachtschweiß / Bauch- / Gelenk- / Muskelbeschwerden / Juckreiz	
Ernährungsgewohnheiten (üppig / Alkohol / exotische Tees / Aufbaumittel / Sonstiges)	Sonographie Abdomen
Reisen (Tropen)	MRT
Arbeitsplatz / Wohnraum (Chemikalien / Gase)	Leberbiopsie
Hepatitisimpfschutz (A / B)	Beratungsergebnis
Bekannt Transfusion / Kanülenstich / HIV-Infektion	
Medikamente (Analgetika / NSAR / Antibiotika / Sonstige)	Maßnahmen
Stuhl / Urin / Menses	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.44 Proktalgie – Uncharakteristische Beschwerden in der Enddarmregion

Frank H. Mader

Wegen unklarer Enddarmbeschwerden suchen immer wieder Patienten vertrauensvoll ihren Hausarzt auf; dabei handelt es sich meist um mehr oder weniger charakteristische Symptome wie **Jucken** oder **Nässen im Perianalbereich**. Während manchmal beobachtete **Blutbeimengungen** (auf dem Stuhl, im Stuhl oder auf dem Toilettenpapier) eher ignoriert oder bagatellisiert werden („ist mir so peinlich“), führen Schmerzen im oder außen am After eher rasch zum Arzt. Die

■ Checkliste Nr. 44

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Schmerzen und/oder Beschwerden am Darmausgang wurde bereits in den 1970er Jahren entwickelt (Braun 1976); sie soll primär dazu dienen, durch eine systematische Befragung und gezielte Untersuchung ähnliche (meist schmerzhaft) Beschwerdebilder zu bedenken und den **abwendbar gefährlichen Verlauf** nicht zu übersehen. Die **uncharakteristische Proktalgie** ist ein Vorkommnis an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeit.

Noch seltener ist die **Proctalgia fugax**, deren Ursache bis heute unbekannt ist. Es werden die Tages- von den weniger intensiven nächtlichen Attacken unterschieden, die im Intervall von Wochen auftreten und oft krampfartig bis in der Unterbauch ziehen. Sie dauern eine Minute bis zu einer Stunde. Die diagnostische Eingrenzung beschränkt sich auf die Angaben des Patienten. Eine psychosomatische Komponente kann ursächlich sein (Wienert 2002; S1-LL).

Die Checkliste Nr. 44 wird auch als strukturierter Gesprächseinstieg empfohlen für die vielfältigen Beschwerden in der Enddarmregion, für deren Ursache der Laie gerne ein von ihm als harmlos eingeschätztes **Hämorrhoidalleiden** vermutet. Im Übrigen reicht die eigene Erfahrung häufig nicht aus, um die einigermaßen befriedigende intuitive Diagnostik ablaufen zu lassen, die nicht nur den **klassischen AGV (Karzinom)** im Blick hat, sondern auch vielfältige Beratungsprobleme wie **Perianalekzeme**, (entzündete) **Marisken**, **Schließmuskelschwäche** mit entsprechenden Problemen der **Stuhlinkontinenz**, innere oder prolabierende **Hämorrhoiden**, **Perianalthrombosen** (auch: Analthrombose) oder früh entdeckbare **Polypen**. Selbstverständlich bietet sich auch die Frage zur **Vorsorgekoloskopie** an.

Zur Vertiefung einschlägiger somatischer oder psychosomatischer Überlegungen gibt es die

- Checkliste Nr. 41 (Obstipation),
- Checkliste Nr. 42 (Blähungen),
- Checkliste Nr. 60 (Depression) und
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese).

Das Problem funktioneller anorektaler Schmerzen legt sich in vielen Fällen mit der Zeit, wenn die betroffene Person entsprechend beruhigt worden ist.

Übersicht zu Programm Nr. 44 (Proktalgie).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- *Analfistel*
- *Analfissur*
- *Prostatitis*
- **Anal-/Rektumkarzinom**
- *Hämorrhoidalprolaps*
- *Perianalthrombose*
- *Perianalabszess*
- **Sexueller Missbrauch**

44 Checkliste Proktalgie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Schmerzen und / oder Beschwerden am Darmausgang
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck

Schmerzen / Beschwerden seit / tags / nachts / dauernd /
anfallsweise

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik (Stuhlbluttest / rektale Untersuchung /
Koloskopie) / Therapie

In der Familie Darmpolypen / -tumore

Schmerzen vor / bei / nach Stuhlgang / mäßig stark / ziehend /
stechend / klopfend / andere

Knoten am After / starkes Pressen

Druckgefühl / Gefühl des Nicht-Entleertseins

Perianales Jucken / Wundsein / Nässen / Wäscheverschmutzung

Blutabgang seit / wie oft / wieviel

Abführmittel regelmäßig (welche) / selten

Stuhlgang regelmäßig / verstopft / mehrmals täglich / breiig /
dünn / schleimig / explosionsartig

Winde normal / vermehrt / übelriechend / unkontrolliert

Völlegefühl / Blähbauch / Bauchkrämpfe

Kürzlich Änderungen des Stuhlgangs

Beschwerden stärker durch Stuhlgang / Sitzen / Bewegung /
Alkohol / Kaffee / Kälte / Menses / Sonstiges

Körpergewicht konstant

Miktion / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Auskultation / Palpation Abdomen

Steißbeingegend druckempfindlich

Inspektion der Analgegend beim Pressen

Palpation perianal / innere rektale Tastuntersuchung
(Schließmuskeltonus in Ruhe / bei willkürlichem Kneifen /
Prostata)

Vaginal

Stuhl (auf okkultes Blut)

Proktoskopie / Rektoskopie

Koloskopie

Bildgebende Verfahren

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.45 Pruritus – Uncharakteristisches allgemeines Hautjucken

Markus Schwürzer-Voit, Frank H. Mader

Jucken (Pruritus; A) kann mit zunehmender Dauer unabhängig von seiner Ursache fortbestehen und so seine ursprüngliche **Warnfunktion** verlieren. Über 6 Wochen bestehendes Jucken wird als **chronischer Pruritus** (CP) bezeichnet. Im Gegensatz zum **akuten Pruritus** ist der CP ein zumeist schwer behandelbares Symptom. Begriffe wie „Juckreiz“, „Pruritus sine materia“ oder „seniler“/„psychogener Pruritus“ sind nicht mehr zeitgemäß (Ständer et al. 2017; S2k-LL).

In den allgemeinmedizinischen Fällestistiken der letzten Jahrzehnte nimmt der „allgemeine Pruritus“ (ohne Unterscheidung in akut/chronisch) einen mittleren Rang in der Fälloverteilung ein (Kasuität) (Fink und Haidinger 2007), in der Bevölkerung wird von einer Inzidenz von 7 % für den CP gesprochen. Die Patienten klagen oft über ein „*Jucken und Beißen am ganzen Körper*“, das „*nicht mehr zum Aushalten*“ sei und dass sie „*schon alles versucht*“ hätten. Als eigene Entität in der Fällestistik wird der **Pruritus anogenitalis** ausgewiesen, der mit Rang 147 ebenfalls mit mittlerer Häufigkeit vorkommt. In einigen Fällen kann der CP bereits lange vor Nachweis der auslösenden Erkrankung auftreten (**prämonitorischer Pruritus**).

Pruritus bewirkt Kratzen, Scheuern, Rubbeln, Reiben, Drücken oder Kneten, was wiederum zur Reizverstärkung führt (Juck-Kratz-Zirkel). CP kann in jedem Lebensalter auftreten. Eine große Kollektivanalyse zeigte, dass die Patienten durchschnittlich 60 Jahre alt sind und oft **Komorbiditäten** aufweisen. Die **Juckempfindung** ist subjektiv und kann nicht objektiv gemessen werden.

Trotz einer gewissen Häufigkeit ist die Beratungsursache Pruritus für den Hausarzt dennoch zu selten, als dass er sich von seiner Erfahrung dabei verlässlich leiten lassen könnte. Es ist daher nur konsequent, wenn der Arzt zunächst eine programmierte Diagnostik durchführt, bevor er unter nicht abgestützten Vorstellungen irgendeine therapeutische Maßnahme vornimmt. Die

■ Checkliste Nr. 45

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei allgemeinem Jucken ohne sonstige nennenswerte Krankheitszeichen beinhaltet in ihrem strukturierten Frageteil „Subjektiv“ bereits wichtige Überlegungen u. a. zu Art und vermuteten Auslösern der Beschwerden, zu möglicher abdomineller oder B-Symptomatik und bietet im Untersuchungsteil „Objektiv“ umfangreiche diagnostische Stichwörter an und lenkt die Aufmerksamkeit auf mögliche **abwendbar gefährliche Verläufe**. Zudem enthält die Checkliste auch Elemente der Selbsteinschätzung durch den Patienten.

Im **Spezialbereich** werden bei chronischem Pruritus **drei Hauptformen** unterschieden, an denen sich die umfangrei-

chen **Therapiestrategien** und -möglichkeiten (vgl. S2k-LL) in Zusammenarbeit mit den Spezialisten orientieren:

- CP auf primär veränderter Haut (z. B. bei zahlreichen Dermatosen wie atopische Dermatitis, Kontaktdermatitis, bullöses Pemphigoid, aber auch im Rahmen der Schwangerschaft);
- CP mit sekundär entstandenen Kratzläsionen;
- CP auf primär unveränderter Haut (bei systemischen/neurologischen/somatoformen Erkrankungen).

Eine allgemein gültige, einheitliche **Therapie** von CP gibt es auf Grund der Diversität und Komplexität der zugrunde liegenden Ursachen und der unterschiedlichen Patientenkollektive (z. B. Kinder, Schwangere, Multimorbide) nicht. Derzeit finden sich nur wenige Evidenzen dafür, dass sich die verschiedenen Formen der CP grundlegend in ihren Chronifizierungsmechanismen unterscheiden.⁸

Übersicht zu Programm Nr. 45 (Pruritus). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Atopisches Ekzem
- Diabetes mellitus
- Hepatobiliäre Erkrankungen
- Malignome (hämatologische/lymphoproliferative)
- Schwangerschaft
- Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung (UAW)
- Urtikaria
- Niereninsuffizienz (chronische)
- Anorexie
- Eisenmangelanämie
- Depression
- Hyper-/Hypothyreose
- Neuropathien
- HIV-Infektion

8 ► https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-048l_S2k_Chronischer_Pruritus_2017-01.pdf.

45 Checkliste Juckreiz-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei allgemeinem Jucken ohne sonstige nennenswerte Krankheitszeichen
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Schwürzer-Voit M, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (wenig / stark leidend)
Beschwerden seit / Beginn mit
Gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Früher Ekzem / Allgemeinerkrankungen / Operation / Anderes

Jucken ständig / anfallsweise / tags / nachts / Schlaf gestört

Intensität erträglich / qualvoll / Sonstiges
Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Kratzeffloreszenzen (Muster; Aussparung Rücken:
„Schmetterlingszeichen“)

Hautstatus: trocken / Zeichen für atopische Diathese /
Unterscheidung befallene / unbefallene Haut /
interdigital / Parasiten (Skabies / Nissen) / Schleimhäute

Lymphknoten vergrößert

Palpation des Abdomens

Vegetativ auffällig („nervös“) / Psychische Beurteilung
(z. B. Zönaesthesie)

Urin

BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Kreatinin / GPT /
GGT / Lipase / Elektrophorese (Plasmozytom!) / Ferritin /
Transferrin / TSH / sonstiges Labor

Mikrobieller Abstrich / Probebiopsie

Sonographie Abdomen
Röntgen-Thorax (M. Hodgkin!)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.46 Haarausfall – Uncharakteristischer diffuser Haarausfall

Markus Schwürzer-Voit, Frank H. Mader

Verstärkter Haarausfall (**Effluvium**) ist für die meisten Menschen psychisch sehr belastend. Die Betroffenen berichten, dass ihnen „*büschelweise die Haare ausfallen*“, sie sich „*schon gar nicht mehr die Haare waschen*“, sie „*alles schon ausprobiert haben*“ und sie „*schon ganz verzweifelt sind*“. Ein Ausfall bis zu 100 Haaren/Tag ist noch normal. Diffuse Haarlosigkeit (**Alopecia diffusa**) nimmt als BE in allgemeinärztlichen Praxisstatistiken über mehrere Jahrzehnte hinweg einen mittleren Rang ein. Herdförmige Haarlosigkeit (**Alopecia areata**) rangiert am Ende der regelmäßigen Häufigkeiten (Fink et al. 2010). Jeder Allgemeinarzt wird also mit diesem Beratungsproblem konfrontiert. Die

■ Checkliste Nr. 46

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem diffusen Haarausfall wurde bereits 1976 entwickelt, damit der Allgemeinarzt den Patienten zunächst systematisch befragt, auch im Hinblick auf mögliche **AGV** und ähnliche Beschwerdebilder.

■ Frauen besonders betroffen

Für **Frauen** war und ist der Haarausfall schon immer stärker belastend als für Männer, aber auch diese nehmen heute die **androgenetische Alopezie** nicht immer als „*normal*“ hin. Die Patienten mit Alopecia areata weisen häufig ängstliche und depressive Reaktionen auf; stressvolle Lebensereignisse scheinen gehäuft vorauszugehen (Taube et al. 2018; S1-LL). Bei einem Großteil der Frauen mit einer androgenetischen Form ist der Hormonstatus unauffällig. Das Haupthaar weist zentro-parietal eine diffuse Lichtung auf; meist bleibt fronto-temporal ein Streifen Haare stabil (Ludwig-Muster). 10 % aller Patientinnen zeigen einen männlichen Typ von Haarausfall (Hamilton-Muster). Die androgenetische Alopezie tritt bei 30 % der Patientinnen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, bei den übrigen Frauen in oder nach der Menopause auf.

Bei vielen Frauen können fieberhafte Infekte, operative Eingriffe, Diäten mit rascher Gewichtsabnahme, Hormonbehandlungen (v. a. Wechsel, An- oder Absetzen der Pille), insbesondere auch Eisenmangel mit einer Latenz von 3–4 Monaten (Dauer der Telogenphase) zu einem **telogenen Effluvium** führen. Beim Streifen durch die Haare lassen sich in typischer Weise mehrere Haare leicht ablösen (positiver Zupftest). Vermehrt beobachtet wird heute in erster Linie bei Frauen in oder nach der Menopause eine frontal **fibrosierende Alopezie** (Ursache unbekannt), die durch die meist irreversible 4–5 cm streifig vernarbende Alopezie im Frontoparietalbereich mit typischer Ausdünnung der lateralen Augenbrauen charakterisiert ist. Bei telogenem Haarausfall muss der Ferritinspiegel dauerhaft auf 40–80 Mikrogramm/l angehoben bleiben. Sowohl **Hyper-** wie **Hypothyreosen** können zu telogenem Effluvium führen, das sich nach Therapie in 4–5 Monaten wieder zurückbildet.

Haarausfall ist heute in vielen Fällen gut behandelbar (Ausnahme: A. areata und vernarbende Alopezien). Haarwaschen sollte nicht eingeschränkt werden. Sämtliche Therapiemaßnahmen der Alopezie benötigen Geduld.

Übersicht zu Programm Nr. 46 (Haarausfall). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Hypo-/Hyperthyreose**
- *Eisenmangel*
- *Androgenetische Alopezie*
- *Postpartales Effluvium*
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) (z. B. Heparin, hormonelle Kontrazeptiva)*
- *Chemotherapie*

46 Checkliste Haarausfall-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem diffusen Haarausfall

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH, Smolle J (2003) mod. (2005) mod. Schwürzer-Voit M, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Psychische Beurteilung
Selbsteinschätzung (leicht / schwer)	Hypo- / Hyperthyreose
Beobachtet seit	Ausfall diffus / herdförmig / ganz kahle Stellen
Gleich / besser / schlechter	Stirnhaargrenze (Männer) / Parietalregion (Frauen)
Schon mal gehabt	Virilisierungszeichen (Frauen) / Bartwuchs / Schambehaarungsmuster
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Schuppen / andere Zeichen von Seborrhö
Haarausfall in der Familie	Schuppen / andere Zeichen von Seborrhö
Innerhalb der letzten 4 Monate schwer erkrankt / Fieber	Zupftest (gleichzeitig an 10 Haaren ziehen – positiv bei mehr als 30 % abgehenden Haaren)
Schwangerschaft / Wochenbett	Über / unter 100 Haare pro Tag verloren
Vergiftung (Thallium) / Strahleneinwirkung	Über / unter 100 Haare pro Tag verloren
Mögliche Wirkung von Kontrazeptiva (Einnahme begonnen / geändert / abgesetzt) / Androgenen / Kosmetika / Haarwaschmitteln / Zytostatika / Heparin / anderen Mitteln / Abmagerungskur / psychischen Belastungen / häufigem Föhnen	Haarbodenekezem
	Blutbild / Ferritin / TSH / Lues-Serologie
Miktion / Stuhl / Menses	Bei Virilisierungszeichen: Labor DHEA, Testosteron, SHBG, Prolaktin, 21-Hydroxylase
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	Beratungsergebnis
Sonst noch	Maßnahmen

4.47 Schwitzen – Uncharakteristisches übermäßiges Schwitzen

Torben Brückner, Frank H. Mader

Schwitzen ist ein allzu menschlicher Vorgang des Körpers. Es gibt das thermoregulatorische und das emotionale Schwitzen, beide können auch im Zusammenhang stehen (Schlereth et al. 2009). Krankhaft **übermäßiges Schwitzen** wird als **Hyperhidrose** bezeichnet und über die Fehlfunktion des Schwitzens definiert (LL-DDG 2017). Dieses BE findet sich in den allgemeinmedizinischen Fällestadistiken im unteren Drittel der regelmäßigen Häufigkeiten (Braun et al. 2007).

Manche Patienten klagen beim Hausarzt auf geradezu dramatische Weise, „sofort“, „bei jeder Gelegenheit“ und „ohne echten Grund schweißgebadet“ zu sein; dabei belaste sie besonders der Geruch. Dieser entsteht durch eine Kombination aus sezernierten Duftstoffen und Abbauprodukten der Hautbakterien mit dem charakteristisch säuerlichen Geruch (Smolle und Mader 2005). Hautausschläge und lokaler Pilzbefall führen zu weiteren Patienten-Arzt-Kontakten.

Die **primäre Hyperhidrose** tritt fokal oder an mehreren Körperstellen auf, manchmal auch symmetrisch. Sie findet sich meist familiär gehäuft und zeigt sich bereits im Kindes- und Jugendalter, spontan und unabhängig von der Außentemperatur. Im Schlaf wird kaum oder gar nicht vermehrtes Schwitzen beobachtet.

Bei **sekundärer Hyperhidrose** im Rahmen einer Erkrankung sollte der Allgemeinarzt auf Ursachensuche gehen. Zwar gibt es auch hier die fokal sekundär auftretende Form durch periphere oder zentrale Neuropathien (z. B. diabetische Polyneuropathie), die anfangs mit erhöhter Schweißproduktion auffällt und wieder verschwindet (Fealey et al. 1989). Bedeutsamer ist aber die sekundäre generalisierte Form, die vielfältige Ursachen haben kann, z. B. hormonell (Klimakterium, Hyperthyreose), Hypoglykämien, Arzneimittel (u. a. Psychopharmaka, Kortikoide, Betablocker) oder psychische Probleme.

Besonders die nächtliche Hyperhidrose mit Fieber und Gewichtsverlust („**B-Symptomatik**“) gilt als **Alarmsyndrom** und sollte den Arzt an Infekte und besonders an Malignome denken lassen. Die Patienten berichten oft übermüdet und erschöpft, dass sie mehrmals nachts die Bettwäsche wechseln mussten. Die

der Beratungsursache (BU) „Schwitzen“ identisch ist, jedoch jetzt einen anderen Stellenwert besitzt, nachdem die BU durch die programmierte Diagnostik strukturiert wurde. Der durchlaufene (und vorläufig) abgeschlossene diagnostische Prozess wird durch die Hinzufügung des Wortes „uncharakteristisch“ zum Ausdruck gebracht. Der Allgemeinarzt drückt auf diese Weise aus, dass er den Fall berufstheoretisch und -praktisch auf hohem Niveau geführt hat und ihn in geteilter Verantwortung mit dem Patienten weiterhin **abwartend offen** führt.

Übersicht zu Programm Nr. 47 (Hyperhidrose). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Hypoglykämie unter Antidiabetika
- Neuropathie, diabetische
- Malignome/Lymphome
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- Hyperthyreose
- Koronare Herzkrankheit
- Infektionen (Tuberkulose)
- Intoxikation
- Entzugssymptomatik bei Suchtpatienten
- Nervosität
- Klimakterium
- Adipositas

■ Checkliste Nr. 47

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Schwitzen am „ganzen“ Körper (Hyperhidrose) soll den Arzt unterstützen, strukturiert mögliche Ursachen, die mit Schwitzen einhergehen können, einzugrenzen und **abwendbar gefährliche Verläufe** auszuschließen oder zumindest zu bedenken.

■ Klassifizierung

Bei unauffälligem Befund wird am Ende des diagnostischen Prozesses das Symptom „uncharakteristisches Schwitzen“ (A) als Beratungsergebnis (BE) klassifiziert, das zwar nominell mit

47 Checkliste Schwitzen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Schwitzen am „ganzen“ Körper
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer betroffen)

Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Betroffene Körperregion / generalisiert

Auftreten bei körperlicher Anstrengung / Aufregung / sonstigen Anlässen / tags / nachts

Beginn plötzlich / langsam / nach Infekt (Fieber) / anderer Krankheit (Tuberkulose!)

Mit vermehrtem Durst / zunehmender Nervosität / Husten / Atemnot

Zusammenhang mit Salizylaten / Psychopharmaka / Kortison / anderen Medikamenten / Ess- und Trinkgewohnheiten / Rauchen / Drogen / Sonstigem

Polyurie / Pollakisurie

Schwäche / Mattigkeit

Gewichtszu- / abnahme

Stuhlgang / Miktion / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Vegetativ auffällig

Exophthalmus

Halsumfang / -palpation

Übergewicht

Knöchel- / Unterschenkelödeme

Herz- / Lungenauskultation

Blutdruck / Puls

Urin

BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Kreatinin / TSH / sonstiges Labor

Sonographie Abdomen / Schilddrüse

Röntgen-Thorax

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.48 Hautausschlag – Uncharakteristischer Hautausschlag

Markus Schwürzer-Voit, Frank H. Mader

Die Sammelrubrik **Dermatose** (A) wird in der berufstheoretischen Fachsprache benutzt, wenn sich Hauterscheinungen aufgrund der Angaben und des Befundes (zunächst) keinem Krankheitsbild zuordnen lassen. Die Häufigkeit dieser Störungen in der Allgemeinpraxis drückt sich durch ihren mittleren Rang in den Fällestatistiken aus. Die überwiegende Zahl der Patienten mit Hautproblemen sind sogenannte leichte Fälle („Ich hab da was auf der Haut“). Die

■ Checkliste Nr. 48

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei ausgedehntem uncharakteristischen Hautausschlag soll dem Allgemeinarzt eine strukturierte Diagnostik in jenen Fällen ermöglichen, wo aufgrund von Ersteindruck und Kennerschaft bereits bestimmte **charakteristische Hauterkrankungen ausgeschlossen** wurden (z. B. Akne, Onychomykosen, klassische Psoriasis). Aber auch eine entzündliche Hauterkrankung kann bei Ekzemen mit Betonung der Beugen in Kombination mit weiteren Stigmata wie Rarefizierung der lateralen Augenbrauen (Hertoghe-Zeichen) oder doppelter Lidfalte (Dennie-Morgan-Falte) als atopische Dermatitis sofort diagnostiziert werden.

Ebenfalls nicht mehr uncharakteristisch ist eine Dermato-
tose, als deren Ursache ein bestimmtes Medikament (z. B. Antibiotikum) vermutet werden kann. Bei **unerwünschten Arzneimittelwirkungen** (UAW) wird ein pharmakologisch bedingter Typ A (z. B. Leberschäden bei Paracetamol-Überdosierung) von einem Hypersensitivitäts-bedingten Typ B (meist dosisunabhängig) unterschieden. Antibiotika (vor allem Betalaktam-Antibiotika) und Antikonvulsiva sind mit 75 % aller Hypersensitivitätsfälle die häufigsten Auslöser. Die meisten **Arzneimittlexantheme** beginnen im Rumpfbereich v. a. am Dekolleté.

Haut und Leber sind metabolisch hochaktive Organe, das könnte die vermutlich leichte Reagibilität erklären. Insbesondere die Haut wird aufgrund ihrer exponierten Lage zu pathogenen Stoffen und Noxen immer konstant immunologisch stimuliert (Böhm et al. 2018).

i Die programmierte Diagnostik setzt die Grundkenntnis der sog. **Primär- und Sekundäreffloreszenzen** von bestimmten Dermatosen voraus.

- **Primäreffloreszenzen:** Macula, Papel, Plaque, Knoten, Vesicula, Bulla, Quaddel, Pustel.
- **Sekundäreffloreszenzen:** Schuppe, Kruste, Erosion, Exkoration, Ulkus, Narbe, Nekrose.
- **Konfiguration, Oberflächenbeschaffenheit, Verteilungsmuster:** linear, retikulär, gruppiert, disseminiert, konfluierend.

Stellt sich ein Patient mit einer Effloreszenz vor, die sich auf Anhieb diagnostisch nicht sicher zuordnen lässt, sollte nach programmierter Befragung eine **Eingruppierung** seiner Hauterkrankung in eine der folgenden Gruppen zumindest versucht werden: **Hauttumor** (maligne/nicht maligne) als wesentlicher **abwendbar gefährlicher Verlauf**, Gefäß-
erkrankung, Infektion, Allergie, Genodermatose als Seltene Krankheit, Systemerkrankung, Befindlichkeitsstörung bei kosmetischen Hauterkrankungen.

Falls dann immer noch keine Zuordnung möglich ist, sollte spätestens jetzt beim Spezialisten eine vertiefende Diagnostik, im Einzelfall durch Stanzbiopsie (3 mm) mit entsprechendem dermatohistologischen Befund veranlasst werden. Wurden topische Steroide aufgetragen, ist vor einer Biopsie eine dreiwöchige Therapiepause erforderlich. Im Übrigen sollte der Allgemeinarzt mit der Überweisung zum Hautarzt nicht zu lange warten, wenn die uncharakteristischen Hauterscheinungen länger bestehen oder aber, wenn entsprechende therapeutische Versuche nicht anschlagen. Die Checkliste dient dann zwischenzeitlich als Absicherung.

Die **allergologische Abklärung** ist bei Arzneimittlexan-
themen oft wenig ergiebig. Häufig findet sich eine Eosinophilie im Blutbild. Der Befund ist jedoch kaum hilfreich.

48 Checkliste Hautausschlag-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei ausgedehntem uncharakteristischen Hautausschlag
West SR, Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989, 1995), mod. Mader FH, Smolle J (2003, 2005) mod. Schwürzer-Voit M, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
Beschwerden seit
Gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Beginn (wo / plötzlich / schleichend)
Betroffene Hautgebiete
Ausdehnung
Schmerzen / Juckreiz / Brennen
Allgemeinsymptome (Fieber / Schwitzen / Müdigkeit / Sonstiges)

Mitbefall von Angehörigen
Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Jahreszeitlich abhängig
Kosmetika / Sonne / Dämpfe / Stäube / Sonstiges

Familiär Allergien / Hauterkrankungen
Tierkontakt
Sexuelle Situation
Medikamente (bisher / aktuell)
Stressbelastung
Ängste (Furcht vor)
Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Inspektion lokal / ganzer Körper
Primär- / Sekundäreffloreszenzen
Konfiguration (zirzinär, anulär, polyzyklisch, diskoid, ovalär, kokardenartig)
Oberfläche (rau, glatt, verrukös, glänzend, matt)

Verteilungsmuster
Symmetrisch / asymmetrisch
Prädilektionsstellen
Begrenzung scharf / unscharf
Spezielle Muster: Atrophie / Lichenifikation

Hautveränderungen in verschiedenen oder alle in gleichen Stadien
Palpation (Infiltration, Fluktuation)
Abstreifbarkeit von Belägen
Wundgrund nach Ablösen von Krusten (Ulkus, Tumor)

Glasspatel: Hautveränderung wegdrückbar

Dermatoskopie
BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / GPT / GGT / Lues-Serologie / sonstiges Labor

Abstrich
Allergietest nach Prick
Hautbiopsie 3 mm Stanze

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.49 Ohrenschmerzen – Uncharakteristische Ohrenschmerzen (Otalgie)

Frank H. Mader

Unter dem Begriff **Ohrenschmerzen (Otalgie)** werden Schmerzen im Bereich der Ohrmuschel, des äußeren Gehörgangs, des Trommelfells, des Mittelohrs sowie des ohrnahen Schädels zusammengefasst. Bei Ohrenschmerzen leiden Kinder wie Erwachsene. Säuglinge reiben sich am Ohr, sind weinerlich und wirken insgesamt krank. Bei jungen Erwachsenen gehören Gehörgangsentzündungen zu den häufigsten Auslösern für Schmerzen.

Der Arzt stellt zunächst einige intuitive Fragen (z. B. Lokalisation, Dauer, vermutete Ursache) und inspiziert den Gehörgang (**Vorschaltdiagnostik**). Bei der Mehrzahl der Untersuchungen führt die initiale **Otoskopie** zur Aufdeckung von örtlichen Krankheitszeichen (z. B. **Trommelfellrötung** und/oder **-einziehung** als Hinweis auf einen Tubenkatarrh, **Gehörgangsekzem**, **Ohrfremdkörper**, **Gehörgangsfurunkel**).

Fällt dagegen örtlich nichts auf, so vertieft der Arzt die Untersuchung mittels

■ Checkliste Nr. 49

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Schmerzen in der Ohrregion ohne andere lokale oder sonstige Krankheitszeichen.

Auch damit wird selten etwas Besonderes aufgedeckt, ausnahmsweise z. B.

- Entzündungen im Zahnbereich,
- Kiefergelenkreizung (durch Zahnprobleme, schlecht gearbeitete Brücken/Prothesen, Fehlbiss usw.).

Beim **Gehörgangsekzem (Otitis externa diffusa)** lösen der Zug an der Helix und der Druck auf den Tragus Schmerzen aus. Ein beginnender **Gehörgangsfurunkel (Otitis externa circumscripta)** kann heftige Schmerzen verursachen, ohne dass sich bei otoskopischer Betrachtung anfangs eine Rötung oder Schwellung finden ließe. Schon deshalb soll bei uncharakteristischen Ohrenschmerzen 1–2 Tage später nachuntersucht werden. Zumindest ist der Patient darüber zu informieren. Die unklaren Beschwerden klingen in der Regel (übrigens mit und ohne Therapie) in wenigen Tagen oder Wochen wieder ab.

Übersicht zu Programm Nr. 49 (Ohrenschmerz).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Ohrfurunkel
- Herpes zoster oticus
- Malignome im HNO-Bereich
- Gehörgangsekzem
- Tubenkatarrh
- Gehörgangsfurunkel
- Herpes zoster oticus
- Otitis media acuta
- Malignome im HNO-Bereich
- Ausstrahlungen (*dentogen, zervikal, Kiefergelenk*)
- Ohrfremdkörper
- Trommelfellentzündung (*Myringitis*)

49 Checkliste Ohrschmerzen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Schmerzen in der Ohrregion ohne andere lokale oder sonstige Krankheitszeichen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
Vorschaltendiagnostik:	Palpation der Ohrregion (Parotis)
– Otoskopie	Prüfung des Kiefergelenks
Beschwerden seit	Druck auf den Tragus
Ein- / beidseitig Druck- / Völlegefühl / Knacken beim Schlucken	Zug an der Helix
Gleich / besser / schlechter	Vergleichende Otoskopie
Schon mal gehabt	Inspektion Mund / Rachen / Zungengrund
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Prüfung der Zähne (Klopfempfindlichkeit)
Hörprobleme	Urin / sonstiges Labor
Anfangs erkältet	Zahnwurzelgegend druckempfindlich
Im Schwimmbad gewesen / getaucht	Prüfung der Nasenatmung
Fieber	Tubendurchgängigkeit (Valsalva-Pressversuch)
Im Ohr manipuliert	Prüfung der HWS-Beweglichkeit
Zahnschmerzen	
Gesichtsschmerzen einseitig (N. facialis, Herpes Zoster)	
Schmerzen beim Zubeißen / Kauen	
Modeschmuck / Piercing am Ohr	Beratungsergebnis
Öfter pyogene Infekte	
Mumps / Masern in der Umgebung bekannt	
Ängste (Furcht vor)	Maßnahmen
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.50 Ohrgeräusche – Uncharakteristische Ohrgeräusche (Tinnitus)

Fritz Meyer

Ohrgeräusche (Tinnitus) können ein- oder beidseitig auftreten. Vom Betroffenen werden sie mit unterschiedlichem Frequenz- und Klangcharakter (*hoch, tief, laufend, pulssynchron*), unterschiedlicher Lautstärke bzw. Dauer (*immer, bei bestimmter Gelegenheit*) oder durch ihre Abhängigkeit von äußeren Bedingungen (*Lärm, psychische/physische Belastung*) beschrieben.

Nicht selten sind solche Ohrgeräusche mechanisch bedingt. Im einfachsten Fall ist dies an der gut erkennbaren **Verlegung des Gehörganges** (durch Fremdkörper wie Insekten, Fragmente von Ohrenstäbchen, verhärtetes Zerumen) zu sehen. **Fehlfunktionen des Kiefergelenkes** als Folge einer Funktionsstörung des Gebisses oder unzureichender Prothetik müssen ebenso in Erwägung gezogen werden wie organische oder funktionelle Störungen der Muskeln oder Faszien im Bereich von **HWS** oder **Schultergürtel**. Störungen der Mittelohrfunktion können kurzfristige (**Mittelohrentzündung**), mittelfristige (**Tubenfunktionsstörungen**) oder ständige (**Otosklerose, chronische Mittelohrentzündungen**) Ohrgeräusche auslösen. Auch sollten mögliche **Arzneimittelnebenwirkungen** bedacht werden.

Von diesen kausal gut nachvollziehbaren Ohrgeräuschen sind diejenigen zu unterscheiden, die einer örtlichen Untersuchung ohne die Möglichkeiten und Kenntnisse des Spezialisten entgehen. Dennoch müssen sie als **abwendbar gefährliche Verläufe** in Erwägung gezogen werden (z. B. Tumore des 8. Hirnnerven, Menière-Syndrom oder andere Erkrankungen des Innenohres oder des Nervensystems).

Wie bei Programm Nr. 49 „Ohrenschmerzen“ stellt der Arzt auch bei Programm Nr. 50 zunächst einige intuitive Fragen (z. B. Lokalisation, Dauer, vermutete Ursache) und inspiziert den Gehörgang (**Vorschaltdiagnostik**). Fällt hier nichts Weiteres auf, wird die Untersuchung mittels

■ Checkliste Nr. 50

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Ohrgeräuschen fortgesetzt. Wird vom Betroffenen neben dem Ohrgeräusch auch ein **akuter Hörverlust** beklagt, muss ein „**Hörsturz**“ als AGV bedacht werden. Dann empfiehlt sich die unmittelbare zusätzliche Anwendung der

■ Checkliste 86 (Hörverlust).

Bei zusätzlichem **Drehschwindel** empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 24 (Schwindel).

Mit Ausnahme der mechanisch verursachten, direkt erklärbaren Ohrgeräusche sind die üblichen **therapeutischen Bemühungen** bei Ohrgeräuschen des Innenohrs oder seiner zentralen Strukturen meist **wenig erfolgreich**, selbst im akuten Fall. Dem Patienten muss vor allem verdeutlicht werden, dass die Hoffnung auf eine medikamentöse Therapie oder alternative Außenseitermethoden eher spekulativ ist und es stattdessen

bedeutsamer erscheint, den lästigen Ohrgeräuschen keinen Platz im täglichen Erleben einzuräumen und auf diese Weise das Stadium des **kompensierten Tinnitus** zu erreichen.

Übersicht zu Programm Nr. 50 (Ohrgeräusche). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Fremdkörper** (z. B. Insekt) im Gehörgang
- *Zerumen*
- *Tubenkatarrh*
- *Hörsturz*
- *Otosklerose*
- *Kraniomandibuläre Dysfunktion*
- **Menière-Syndrom**
- *Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen (UAW)*
- **Akute entzündliche Erkrankungen von Gehörgang/Mittelohr**
- *Zervikobrachialsyndrom*
- **Tumoren Gehörgang, Mittelohr, Innenohr**

50 Checkliste Ohrgeräusche-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Ohrgeräuschen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Meyer F (2002) mod. Meyer F, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer betroffen, ängstlich, besorgt, irritiert)	Psychische Beurteilung
Beschwerden seit (Minuten, Stunden, Tagen)	Gehörgänge / Trommelfelle
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Tubenfunktion blockiert / klaffend (Valsalvamanöver)
Schon mal gehabt (wann, welche Situation, wie lange anhaltend)	Stimmgabelversuch Rinne / Weber
Jetzt wieder: gleich, besser, schlechter (wodurch)	Mastoid- / Parotisregion auffällig
Frühere Diagnostik / damalige Bezeichnung / durchgeführte Behandlung	Kiefergelenkregion / -spalt druckschmerzhaft / geschwollen / eingeschränkt / Knacken / Bissverhältnisse
Vorher / früher Mittelohrentzündung / Hörsturz / Schwindel	Rachen (Tonsillen / Gebiss)
Schwerhörigkeit (li / re / bds / schon länger / gelegentlich / akut) / eher leicht / wie taub	Nase (Septumdeviation / Nasenschleimhautentzündung)
Höreindruck (gedämpft Flüsttersprache / Umgangssprache / beide) / anders als bisher (Klirren / Scheppern) / Lärmempfindlichkeit (störend / lästig)	Lymphknoten am Hals
Gleichgewichtsstörung begleitend sofort / später aufgetreten / kurz dauernd / permanent / provozierbar (Stehen / Gehen / Sitzen / Liegen)	Hirnnerven / Koordinationsprüfung (Romberg einfach / erschwert)
Ohrgeräusche ein- / beidseitig / Beginn plötzlich / jetzt täglich / auch nachts / nur Minuten / stundenlang / klingend / sausend / pulssynchron klopfend / auch beschwerdefreie Intervalle	HWS blockiert / schmerzhaft / muskuläre Dysbalance
Lärmbelastung Arbeitsplatz / Freizeit / akuter Anlass / dauernd	Auskultation Herz / Karotiden
Hypertonie / Anämie / Herz- / Schilddrüsenerkrankung / psychische Probleme / HWS-Beschwerden / Kiefergelenk- / Zahnprobleme bekannt (seit)	Blutdruck Stehen / Liegen / Seitenunterschiede (li / re) / Puls
Symptomatik abhängig von der Kopfhaltung / Halsbewegungen / Lageveränderungen des Körpers	Audiometrie / EKG / Langzeit-EKG / -Blutdruckmessung
Akut ausgelöst durch Medikamente / Genussgifte (Drogen / Alkohol / Nikotin) / körperliche Anstrengung / Überkopfarbeit / Fehlhaltung der HWS (Beruf / Freizeit / Sport / Physiotherapie), Stress (akut / dauernd), Wetter	BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / TSH / Sonstiges Labor: Serologie (Herpes / Varizellen-Zoster-Virus / Borrelien / Masern / Mumps / HIV)
Nahrungsmittelintoxikation möglich	Beratungsergebnis
Nikotin- / Alkoholkonsum	Maßnahmen
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.51 Stomatitis – Uncharakteristische Stomatitis

Frank H. Mader

Als **Stomatitis** (auch **orale Mukositis**) (C) wird eine akute oder chronische Entzündung der Mundschleimhaut bezeichnet, als **Gingivitis** (C) die Entzündung des Zahnfleisches, als **Glossitis** (C) die Entzündung der Zunge. Die Betroffenen klagen bisweilen über „scheußliche Schmerzen, besonders beim Essen“ und „üblen Mundgeruch“. Oft geht eine Gingivitis der Mundschleimhautentzündung voraus.

Die **Ursachen** sind höchst vielfältig: z. B. mangelhafte Mundhygiene, Zahnstein, Nachlassen der natürlichen Speichelbildung und/oder der Speichelqualität (Alter, Medikamente wie Antidepressiva, Diuretika, Betablocker), fehlerhafte Zahnstellung, schlechtsitzende Zahnprothetik, chronische Schleimhautirritationen oder -schädigungen bei Alkoholabusus und starkem Rauchen. Folgen einer Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich oder durch Zytostatikabehandlung kommen kausal ebenso in Frage wie chronisches Wangenbeißen (Morsicatio buccarum), Avitaminosen, Quecksilber-, Wismut- oder Bleiintoxikationen. Zu denken ist aber auch an Kontaktallergien gegen zahnärztliche Werkstoffe (Gold, Amalgam, Kunststoffe), Lutschtabletten oder Kaugummi. Arzneimittel (z. B. Penizilline, Sulfonamide) können über eine Störung der Mundflora entzündungsfördernd wirken.

Bei entsprechendem Gesamtbild oder bekannten Erkrankungsfällen in der Umgebung des Betroffenen ist daran zu denken, dass neben Varizellen-, Masern- Mumps- und Rötelnviren auch Coxsackie-A-Viren als typische Auslöser einer Mundschleimhautentzündung (**Hand-Fuß-Mund-Krankheit**) in Frage kommen können.

Ebenso wie die eigenständigen (charakteristischen) Krankheitsbilder einer **Candidose der Mundschleimhaut** und einer **Gingivostomatitis herpetica** sieht der Allgemeinarzt diese Fälle im mittleren Häufigkeitsbereich. Die

■ Checkliste Nr. 51

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Entzündungen der Mundschleimhaut empfiehlt sich bei ausgedehnten Entzündungen oder bei Therapieresistenz. Dabei werden auch gleichzeitig bestimmte **abwendbar gefährliche Verläufe** bedacht.

Im **akuten Stadium** sind weite Bereiche der Schleimhaut einschließlich der Gingiva diffus entzündlich gerötet und geschwollen, in schweren Fällen erosiv oder ulzerös verändert. Auch die Zunge kann ödematös sein, erkennbar an tiefen Zahneindrücken. Überall können sich weiß-graue Beläge einstellen. Subjektiv bestehen Brennen oder Schmerzen. Der Verlauf ist akut und selbstbegrenzt, wenn die Noxe gemieden wird.

i Bei chronischem Verlauf (Gingivostomatitis chronica) mit entzündlicher Rötung und Brennen ist an Prothesen-unverträglichkeit zu denken.

■ Orale Aphthen

Im Gegensatz zu den bei einer Stomatitis gelegentlich beobachteten **Erosionen** der Mundschleimhaut sind **Aphthen** isoliert stehende, scharf geschnittene, kreisrunde oder ovale, gewöhnlich etwa 2–5 mm im Durchmesser große, von einem lebhaft roten Saum umgebene muldenförmige schmerzhaft Schleimhautdefekte. Bedeckt sind die flachen Ulzerationen von einem gleichmäßigen, gelblich-weißen, nicht abstreifbaren Fibrinbelag. Sie kommen vereinzelt oder multipel an der Mundschleimhaut vor und machen 80–90 % aller chronisch-rezidivierenden Aphthen aus (Altenburg et al. 2014).

Unterschieden werden 3 Typen von Aphthen:

- Typ I: solitäre Aphthen
- Typ II: chronisch-rezidivierende (habituelle) Aphthen
- Typ III: Morbus Adamantiades-Behçet

Die einzelne Aphthe heilt im Allgemeinen innerhalb von 4–14 Tagen spontan ab, nur bei Riesenaphthen kann es bis zu 3 Wochen dauern. Die Ursache ist unklar, in Einzelfällen können bestimmte Nahrungsmittel (Tomaten, Nüsse, Gewürze) auslösend wirken.

i Habituelle Aphthen haben nichts mit einer Herpesinfektion zu tun. Die historische Bezeichnung „Stomatitis aphthosa“ sollte daher nicht verwendet werden.

Kommt es bei Kindern infolge einer Herpes-simplex-Erstinfection zum plötzlichen Auftreten von gruppierten Bläschen und Aphthen zusammen mit allgemeinen Krankheitszeichen, so sollte nur noch von einer **Gingivostomatitis herpetica** gesprochen werden. Die typischen Bilder einer Aphthenerkrankung oder einer Gingivostomatitis herpetica brauchen im Allgemeinen nicht programmiert versorgt zu werden.

Eine „**bipolare**“ **Aphthosis** (Befall von Mundschleimhaut und Genitale) im Sinne eines **Morbus Adamantiades-Behçet** sollte als Seltene Krankheit bedacht werden, wenn Schübe mit mehr als fünf Aphthen auftreten, die auffällig groß, bizarr figuriert und hartnäckig sind. Die Krankheit, die meist in den östlichen Mittelmeerländern (Türkei) und in Japan beobachtet wird, hat wegen der großen Gruppe der Türken in Deutschland auch für unsere Breiten Bedeutung. Zu einer solchen Aphthosis können okuläre (Hypopyon), artikuläre, vaskuläre, zentralnervöse oder gastrointestinale Beteiligungen dazu kommen. Betroffen sind überwiegend (meist jugendliche) Männer.

Als Rarität gilt das **PFAPA-Syndrom** (Periodisches Fieber, Aphthöse Stomatitis, Pharyngitis und Lymphadenopathie).

**Übersicht zu Programm Nr. 51 (Stomatitis).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- *Gingivostomatitis herpetica*
- *Gingivitis*
- *Glossodynie/Zungenbrennen*
- *Stomatitis durch Intoxikationen (Schwermetalle)*
- **Hämatologische Systemerkrankungen**
- **Agranulozytose**
- **Gastrointestinale mukokutane Syndrome (z. B. M. Crohn)**
- **Infektionskrankheiten (z. B. Herpes simplex, Varizellen, Mononukleose, HIV, Syphilis, Hand-Mund-Fuß)**
- **Malignome oral**
- *Kontaktstomatitis, allergische*
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- *Autoimmunerkrankungen, bullöse*
- *PFAPA-Syndrom*

51 Checkliste Stomatitis-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Entzündungen der Mundschleimhaut
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck

Beschwerden seit
Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Erschwertes Essen

Mundschleimhaut neigt zu Blutungen

Aufgetreten nach fieberhafter Erkrankung / Zahnbehandlung /
Prothesenanfertigung / Medikamente (Antibiotika, Zytostatika,
Gold) / Vergiftung: Blei / Quecksilber / Wismuth / Anderes

Familiäre Häufung

Allergie

Ptyalismus (vermehrter Speichelfluss)

Zusammenhang mit Menstruation / Mangelernährung /
Abusus Kaugummi / Lutschtabletten / Alkohol / Medikamente /
HIV-Möglichkeit

Rohe Milch (Stomatitis epidemica = Maul- und Klauenseuche!)

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Fieber

Anzeichen für beginnende Masern (Koplik-Flecke) /
Mumps / Röteln / Varizellen / Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Herpes labialis

Mundhygiene (Geruch / Zähne / Zahnfleisch)

Belegte Zunge

Weißliche Plaques (Lichen!)

Aphthen (Zahl / Größe)

Ulzerationen

Lymphknoten lokal

Hauterkrankung / aphthöse Genitalulzera

Urin

BKS / CRP / Blutbild / Ferritin / Transferrin / HIV-Serologie /
sonstiges Labor

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.52 Zungenbrennen – Uncharakteristisches Zungenbrennen (Glossodynie)

Torben Brückner, Frank H. Mader

Das Symptom **Zungenbrennen** (A) kommt in der Allgemeinpraxis selten, aber immerhin noch regelmäßig häufig vor. Die **Glossodynie** ist eine vieldeutige Projektion örtlicher, systemischer oder psychischer Zustände in den Bereich des Mundes. Besonders häufig sind Frauen im peri- und postklimakterischen Alter betroffen im Rahmen der Hormonumstellung, ggf. auch bei seelischer Belastung.

Beliebt ist heute der Begriff **Burning-Mouth-Syndrom**; er beschreibt Missempfindungen im Bereich von Mundschleimhaut und Zunge (vor allem der vorderen zwei Drittel) im Laufe des Tages mit Maximum am frühen Abend (Meyer und Meyer 2017). Bei den meisten Patienten ist die Ursache für die eher akuten und flüchtigen Beschwerden durch Inspektion und weitere Untersuchungen nicht zu objektivieren. Hält die Glossodynie länger an, so bietet die

(z. B. Strahlentherapie) oder aufgrund von Medikamenten sein (z. B. Parasympatholytika, trizyklische Antidepressiva).

Ergibt sich diagnostisch nichts Besonderes, so wird (wie übrigens in allen ähnlichen Fällen) unter dem Symptom „Glossitis“ (A; bei Entzündungszeichen) oder „Glossodynie“ (A; ohne Entzündungszeichen) klassifiziert.

Übersicht zu Programm Nr. 52 (Zungenbrennen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Infektionen/Pilzkrankungen
- Enorales Malignom
- Refluxösophagitis
- Lichen planus mucosae
- Perniziöse/Hypochrome Anämie
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- Eisenmangel
- Vitamin-B-Mangel
- Diabetes mellitus
- Psychogene Beschwerden

■ Checkliste Nr. 52

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Zungenbrennen mit und ohne sichtbare(n) Entzündungserscheinung(en) nützliche Überlegungen für den um Rat gefragten Allgemeinarzt. Der Patient wird mit dem systematischen und sorgfältigen Vorgehen seines Hausarztes zufrieden sein, da dieser die subjektiv lästige Beschwerde ernst nimmt. Nicht selten hat der Patient schon eine Odyssee von Konsultationen bei anderen Ärzten hinter sich mit der gleichen Auskunft: „Da ist nichts zu sehen.“

Gelegentlich findet der Arzt eine geringe entzündliche Rötung der Zunge als Ausdruck einer **Glossitis simplex**, beispielsweise durch Fruchtsäure, auf dem Boden einer **Lingua plicata** (möglicherweise ausgelöst durch Potenzialdifferenzen bei verschiedenartigen Metallen in Füllungen und Zahnprothesen), durch Zahnstein oder Lutschen von Bonbons. Auch an eine **Kontaktallergie** gegen Prothesenmaterial ist zu denken. Zusätzlich lassen sich auch Formveränderungen durch mechanische Ursachen wie nächtliches Pressen der Zunge am Zahnapparat („**Girlandenzunge**“) beobachten.

Auch der **Zungenbelag** kann Hinweise geben, beispielsweise auf mangelhafte **Mundpflege**, einen **Lichen planus** oder (häufiger) auf **Soor** (z. B. Immundefizit oder Chemotherapie). Stets sollte aber immer ein enorales **Malignom** als möglicher **abwendbar gefährlicher Verlauf** durch eine sorgfältige Inspektion von Zunge und Rachenraum ausgeschlossen werden.

Zungenbrennen wird auch unter Einnahme von ACE-Hemmern beschrieben. Allgemeinerkrankungen wie **hypochrome Anämie** (Plummer-Vinson-Syndrom), **perniziöse Anämie** (Moeller-Hunter-Glossitis) sollten ebenso wie **Vitamin-B-Komplex-Mangel**, **Eisenmangel** oder **Diabetes mellitus** ausgeschlossen sein.

Eine **chronische Mundtrockenheit (Xerostomie)** kann krankheitsbedingt durch Störungen der Speichelbildung

52 Checkliste Zungenbrennen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Zungenbrennen mit und ohne sichtbare(n) Entzündungserscheinung(en)

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck

Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Jetzt immer / zeitweilig / nur nach gewissen heißen Speisen / nach gewürztem / salzigem Essen / Kaugummi / Bonbons / Zahnprothetik / sonst noch

Symptomatik nimmt im Tagesverlauf zu / ab

Vorher fieberhafte Erkrankung

Schluckbeschwerden / Reflux

Mangelernährung / Appetitlosigkeit

Übelkeit

Leibschmerzen / Durchfälle

Nervös / Parästhesien

Alkohol- / Nikotinkonsum / Medikamente (z. B. Chemotherapie)

„Blaue Flecken“ auf der Haut

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Vegetativ auffällig

Zunge hyperämisch / geschwollen / Spitze, Seiten rot / atrophisch / schwärzlich belegt / fleckig / Zungenbelag (abstreifbar)

Zahnstatus / Zahnprothese mangelhaft

Durchblutung Konjunktiven / Gaumen

Zervikale Lymphknoten

Ulcus durum

Inspektion / Palpation Abdomen

Urin

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Ferritin / Transferrin / Vit. B12 / sonstiges Labor

Sonographie Abdomen

Gastroskopie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.53 Pollakisurie – Uncharakteristischer, häufiger Harndrang

Frank H. Mader, Peter Sigmund

Das Symptom **vermehrter Harndrang** („häufiges Wasserlassen“) mit Entleerung kleinerer Urinportionen ohne Verminderung oder Erhöhung der Gesamtausscheidung pro Tag (Pollakisurie/A) nimmt als BE in den allgemeinmedizinischen Fällestatistiken von über 60 Jahren nahezu konstant einen mittleren Rang ein.

Die normale Urinausscheidung beträgt etwa 1500 ml/Tag bei einer Trinkmenge von 2000 ml. Bei normalem Fassungsvermögen der Harnblase von ca. 400–500 ml bei Erwachsenen liegt die Häufigkeit des Wasserlassens somit bei 3- bis 4-mal/Tag. Als Faustregel nicht krankhaften Verhaltens gilt, dass man tagsüber bis zu 6-mal Wasser lässt. Nachts wird die Urinproduktion reduziert und ein erholsamer Schlaf ermöglicht (Trojan 2018). Als **Polyurie** bezeichnet man die Überschreitung der altersüblichen Urinmenge auf > 1500 ml/qm Körperoberfläche/Tag; sie ist meist mit **Polydipsie** verbunden.

Eine Pollakisurie kann – in Abhängigkeit von der Ursache der Beschwerden – gleichzeitig mit anderen Symptomen auftreten, insbesondere mit Algurie, Hämaturie oder Harnstrahlabschwächung. Viele Erkrankungen, bei denen es **vermehrten Harndrang** gibt, treten mehr oder minder typisch in Erscheinung, z. B. Harnwegsinfekte (HWI), Prostatahyperplasie mit Restharnbildung bei älteren Männern bis hin zur Überlaufblase bei Blasenwanddilatation. Viele **Kinder** gehen wider Erwarten während einer floriden Harnwegsinfektion nicht häufiger, sondern seltener zur Toilette als sonst (Petri-Schreiber 2005). Speziell bei schmerzhaftem Wasserlassen empfiehlt sich die programmierte Untersuchung mit der

■ Checkliste Nr. 54 (Algurie, Dysurie).

Neben bestimmten **abwendbar gefährlichen Verläufen** sind ursächlich auch Affektionen des inneren und äußeren weiblichen Genitales (sowie Schwangerschaft), aber auch systemische Erkrankungen außerhalb des urogenitalen und anorektalen Systems wie **Herzinsuffizienz** mit **Nykturie**. Patienten mit einer **überaktiven Blase** („Reizblase“) haben gehäuft Harndrang (> 10-mal/24 h) mit imperativem Harndrang; sie ist bei Menschen mit **Typ-2-Diabetes** die häufigste urologische Dysfunktion. Dabei treten Symptome wie Harndrang mit oder ohne Inkontinenz, gehäufte Blasenentleerung und nächtliches Harnlassen auf. Oft ist damit ein unphysiologisches Miktionsverhalten (vorzeitige Miktion und Einsetzen von Bauchpresse) verbunden (Falkensammer und Madersbacher 2018). Die

■ Checkliste Nr. 53

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei zunächst uncharakteristisch erscheinendem häufigen Harndrang (Pollakisurie) sieht bei Miktionsstörungen zunächst als **Vorschaltdiagnostik** einen **Urinstatus** vor (vgl. ausführlich in ► Abschn. 4.54 Algurie, Dysurie). Ergibt sich ein pathologischer Befund, wird in dieser Richtung weiter ermittelt. Bei

untypischer, also uncharakteristischer Pollakisurie führt die sorgfältige Diagnostik für gewöhnlich auf keine bestimmte Spur; umso sorgfältiger ist der abwartend offen bleibende Fall weiter zu beobachten.

Übersicht zu Programm Nr. 53 (Pollakisurie). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Prostatahyperplasie
- Malignome Blase/Prostata
- Steine Harnleiter/Blase
- Urethritis/(interstitielle) Zystitis/Pyelonephritis
- Herzinsuffizienz
- Reizblase (z. B. diabetogen)
- Algurie/Dysurie
- Harnröhrenenge
- Stress-/Dranginkontinenz
- Arzneimittel (z. B. Diuretika)

53 Checkliste Pollakisurie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei zunächst uncharakteristisch erscheinendem, häufigem Harndrang (Pollakisurie)

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH, Sigmund P (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck

Vorschaltdiagnostik:

– Urinstatus

Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Beginn akut / fieberhaft / Flankenschmerz / Dysurie / kolikartig
einseitig / dünner Harnstrahl / verzögerter Miktionsbeginn / nach
Verkehr mit neuem Partner

Tags / nachts / wie oft / wie viel

Mit Krämpfen / Brennen nachher

Schmerzen suprapubisch bei voller Blase / unerträglich bei
Harnrückhalten

Urinmenge klein / groß

Nierensand jetzt / früher

Urin (frisch) sehr trüb / braun

Schlechter durch Wetter / Kälte / Aufregung / kalter Trunk / Sex /
Sonstiges

Harninkontinenz

Atemnot bei Anstrengung

Durst / abends Ödeme

Appetitlos / Gewichtsverlust

Stuhlverstopfung

Dauerkatheter / vorangegangene Zystoskopie / Operationen

Diabetes / Venerea / Sonstiges

Arzneimittel

Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Palpation Abdomen / Nierenlager frei

Harnröhrenausgang gerötet

Karunkel am Harnröhrenausgang

Rektal / vaginal

Urinstatus / -kultur

BKS / CRP / BZ / Kreatinin

Sonstiges Labor

Sonographie (Nieren / Harnleiter / Blase / Prostata /
Douglas / weibliches Genitale)

Zystoskopie

Sonstige bildgebende Verfahren

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.54 Algurie, Dysurie – Uncharakteristischer, schmerzhafter Harndrang

Frank H. Mader, Peter Sigmund

Beratungsprobleme, die sich auf Blase und Nieren beziehen, **ängstigen** den Patienten (z. B. Blut im Urin), bereiten ihm **Schmerzen** (z. B. Brennen beim Wasserlassen, Harnleiterkoliken) oder beeinträchtigen ihn in seiner **Lebensqualität** (z. B. Miktionsstörungen, Enuresis nocturna). Bei all diesen Symptomen muss der Allgemeinarzt einen **abwendbar gefährlichen Verlauf**, in der Regel ein **Karzinom** bedenken (Mader 2014). Die

■ Checkliste Nr. 54

für die **allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei uncharakteristischem, schmerzhaftem und/oder erschwertem Harnlassen (Algurie, Dysurie)** dient dazu, Erkrankungen der ableitenden Harnwege, der Prostata, des inneren oder äußeren weiblichen Genitales und der Anorektalregion entgegen einem anderen Ersteindruck zu erkennen, auszuschließen oder im Auge zu behalten. Als **Vorschaltendiagnostik** empfiehlt sich auch hier zunächst ein **Urinstatus** zum Ausschluss eines charakteristischen Befundes, der durch einen **Harnwegsinfekt** (HWI) bedingt sein kann.

■ Urinstatus

Eine **vollständige Urinuntersuchung** („Urinstatus“) umfasst die Harnbeurteilung auf Farbe, Trübung und Geruch, den Harnstreifentest sowie das Harnsediment. Der **Harnstreifentest** dient unter Praxisbedingungen als **Vortest**: Bei negativem Teststreifenergebnis und ohne klinische Verdachtsmomente ist keine weitere Urinuntersuchung nötig. **Indikation** für das **Harnsediment** sind ein oder mehr positive Teststreifenbefunde oder eine entsprechende Symptomatik bei negativem Teststreifenergebnis. Eine HWI gilt dann als ausgeschlossen, wenn sich im Harnsediment **mikroskopisch** keine Leukozyten nachweisen lassen. **Goldstandard** in der Diagnostik einer HWI ist die **quantitative Harnkultur** (Roche 2014).

Ein häufiger Zufallsbefund in der Allgemeinpraxis ist ein positiver Blut-Harnstreifentest (**asymptomatische Mikrohämaturie**). Eine „echte“ Mikrohämaturie ist definiert als > 3 sichtbare Erythrozyten in 400-facher Vergrößerung im Urinsediment (Schüttfrost et al. 2018). Die Beurteilung der Erythrozytenmorphologie bedarf nephrologischer Expertise. Da jedoch der Stellenwert der mikroskopischen Untersuchung umstritten ist, empfiehlt die DEGAM-S1-LL „nichtsichtbare Hämaturie“, am Harnstreifentest festzuhalten und ihn mit anamnestischen Kriterien (z. B. Schmerzmittelabusus, Rauchen) zu verknüpfen (Mainz 2013).

Patienten mit Schmerzen beim Wasserlassen (**Algurie**) und/oder erschwerter, tropfenweiser Blasenentleerung (**Dysurie**) und/oder häufigem Harndrang (**Pollakisurie**) vermuten bereits selber eine „**Blasenentzündung**“ oder eine „**Blasenverköhlung**“. Zur programmierten Untersuchung einer isolierten Pollakisurie empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 53 (Pollakisurie-Programm).

Eine **untere Harnwegsinfektion (Zystitis)** wird angenommen, wenn sich die Symptome nur auf den unteren Harntrakt begrenzen, z. B. Algurie, imperativer Harndrang, Pollakisurie, Schmerzen oberhalb der Symphyse. Von **oberer Harnwegsinfektion (Pyelonephritis)** wird dann gesprochen, wenn sich bei den Symptomen z. B. auch Flankenschmerz, ein klopf-schmerzhaftes Nierenlager und/oder Fieber (> 38 °C) finden. Bei Pyelonephritis können auch Symptome einer Zystitis vorgehen oder gleichzeitig vorhanden sein (DGU 2017; S3-LL).

Der **typische Patient**, der sich mit einem **unkomplizierten Harnwegsinfekt** in der Praxis vorstellt, ist eine Frau im gebärfähigen Alter mit den klassischen Symptomen Dysurie, Pollakisurie und vermehrtem Harndrang. Wenn eines dieser Symptome vorliegt, beträgt die Wahrscheinlichkeit für einen HWI 50 %, bei allen drei Symptomen 90 % (Bent und Saint 2002). Unkomplizierte HWI haben häufig einen selbstlimitierenden Verlauf. Betroffene nehmen nur in einem Teil der Fälle medizinische Hilfe in Anspruch oder behandeln sich selbst.

Komplizierende Faktoren für einen HWI sind z. B. Nierensteine, Prostatavergrößerung, Schwangerschaft, Diabetes mellitus, neuropathische Blase. HWI bei Männern sollten in der Regel als komplizierte Infektionen eingeschätzt werden (mögliche Prostataaffektion).

Eine klinisch symptomatische Harnwegsinfektion muss von einer **asymptomatischen Bakteriurie** (also ohne Infektion) unterschieden werden. Bei asymptomatischer Bakteriurie in der **Schwangerschaft** ist der alleinige Streifentest nicht ausreichend (DGU 2017; S3-LL). Ein **rezidivierender** HWI liegt vor bei einer Rezidivrate von ≥ 2 symptomatischen Episoden innerhalb von 6 Monaten oder ≥ 3 symptomatischen Episoden innerhalb von 12 Monaten.

Akute Zystitiden haben in den allgemeinärztlichen Statistiken der letzten 60 Jahre eine bemerkenswerte Rangverschiebung erfahren: von Rang 117 in den 1950er, auf Rang 76 in den 1970er und auf Rang 27 in den 1990er Jahren. Manchmal klagen Patienten nur über Schlappheit oder darüber, dass sich eine andere Krankheit verschlimmert: Hier kann sich ursächlich ein HWI dahinter verbergen; insbesondere **Kinder** können auf diese Weise reagieren.

i Bei jedem Säugling und Kleinkind mit uncharakteristischem Fieber an eine Harnwegsinfektion denken (Berger 2013)!

Übersicht zu Programm Nr. 54 (Algurie, Dysurie). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Urolithiasis
- Prostatahyperplasie
- Phimose
- Harnsperre
- Zystitis
- Tumore der ableitenden Harnwege
- Kolpitis, Adnexitis, Salpingitis
- Prostatitis
- Pollakisurie

54 Checkliste Dysurie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem, schmerzhaftem und / oder erschwertem Harnlassen (Algurie, Dysurie)

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. DEGAM (1999) mod. Mader FH (2003,2005) mod. Mader FH, Sigmund P (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)

Vorschaltdiagnostik

– Urinstatus

Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Diabetes mellitus bekannt / M. Parkinson / Schlaganfall

Frühere Operationen

Flankenschmerz (li / re)

Fieber / Fieberschübe / Schüttelfrost

Wasserlassen häufig (Pollakisurie) / dranghaft / schmerzhaft (Algurie) / erschwert (Dysurie)

Dumpfer Schmerz im Damm / beim Stuhlgang

Beschwerden jetzt / bei Miktion / tags / nachts / Unterbauchmitte / seitlich

Urin klar / blutig / sonst verändert

Urinstrahl kräftig / dünn

Urin wie oft tags / nachts

Gefühl unvollständiger Entleerung

Urinabgang beim Husten etc.

Stuhl obstipiert / unauffällig

Matt / abgeschlagen / krank

Kopfschmerz / Schlafstörung

Appetitlos / Gewichtsabnahme

Ausgelöst durch Aufregung / Anstrengung / Verköhlung / nach Kohabitation

Medikamente: Anticholinergika / Psychopharmaka / Antiparkinsonmittel

Schlechter durch Gehen / Sitzen / Bücken / Anderes

Besser durch Ruhe / Wärme / Anderes

Vaginaler Ausfluss

Menses / Gravidität / Menopause

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Zunge / trockene Haut

Palpation Abdomen / Nierenlager

Inspektion des äußeren Genitales

Rektal / vaginal

Urin spontan / Mittelstrahl / Katheter

Urinstreifenuntersuchung (Nitrit / Leukozytenesterase)

Urinsediment / Antibiotogramm

BKS / CRP / Kreatinin / PSA

Miktionsprotokoll

Sonographie Nieren / Blase / Douglas-Raum / Prostata / weibliches Genitale

Urethrozystogramm

Urethrozystoskopie

Urodynamik

Sonstige bildgebende Verfahren

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.55 Hormonelle Verhütungsmittel – Pillenkontraindikationen

Christine Janssen-Hinz, Frank H. Mader

Es gibt verschiedene **hormonelle Verhütungsmittel**, etwa die Pille, den Vaginalring, das Verhütungspflaster oder die Hormonspirale. Sie werden ganz unterschiedlich angewendet, wirken jedoch ähnlich: Alle beeinflussen den Hormonhaushalt, die meisten unterdrücken den Eisprung. Der größte Vorteil hormoneller Verhütungsmittel ist ihre Sicherheit: Studien zeigen, dass bei richtiger Anwendung nur etwa 1:1000 Frauen pro Zyklus schwanger wird, wenn sie „Antibabypille“, Verhütungspflaster oder Vaginalring anwenden (IQWiG 2017). Die

■ Checkliste Nr. 55

für die Erfassung der Kontraindikationen zur Verordnung von hormonellen Verhütungsmitteln, insbesondere Ovulationshemmern empfiehlt sich für den Allgemeinarzt vor jeder **Erstverschreibung** von **oralen Kontrazeptiva**, um mögliche **Kontraindikationen** zu erfassen und zu dokumentieren, auch wenn diese nur selten auftreten. Wie gewöhnlich in der Allgemeinmedizin darf das aber kein Anlass dafür sein, auf die mögliche Gründlichkeit zu verzichten und es darauf ankommen zu lassen, „dass schon nichts passieren“ wird.

Zugleich mit der ersten „Pillenverordnung“ sollte den Frauen ein **Merkblatt** (Praulitzsch und Joost 2017) mitgegeben werden, oder sie sind sonst darüber zu informieren, welche **Nebenwirkungen** auftreten können, unter welchen Umständen sie unverzüglich den Arzt aufsuchen und wann sie sich zu einer erneuten Beratung und/oder Untersuchung in der Praxis einfinden sollten.⁹

Es besteht ein – wenn auch geringes – Risiko für die Bildung von **venösen Thromboembolien** (VTE). Dies gilt besonders für Frauen > 40 Jahre sowie für Frauen, die rauchen, starkes Übergewicht oder ein familiär bedingtes Risiko für Gefäßerkrankungen haben. Präparate der **3. und 4. Pillengeneration**, die in Kombination mit Östrogenen mit neu entwickelten Gestagenen in den 1990er Jahren eingeführt wurden, wie Desogestrel, Dienogest, Gestoden und Drospirenon, erhöhen das Risiko für VTE (darunter auch seltene Formen wie Hirnvenenthrombose) offenbar stärker als die älteren Hormone der 1. und 2. Generation, z. B. Levonorgestrel und Norgestimat (IQWiG 2017; Praulitzsch und Joos 2017).

Schätzungen gehen davon aus, dass bei der regelmäßigen Einnahme von Desogestrel, Gestoden oder Drospirenon in Kombination mit Ethinyloestradiol etwa 9 bis 12 von 10.000 Frauen/Jahr und von Levonorgestrel und Norgestimat etwa 5 bis 7 von 10.000 Frauen/Jahr eine Venenthrombose bekommen. Ohne Pille treten bei etwa 2 von 10.000 Frauen Venenthrombosen auf (IQWiG 2017).

Die meisten Antibabypillen enthalten die beiden Hormone Östrogen und Gestagen („**Kombinationspillen**“). Das **Verhütungspflaster** besitzt wie der **Vaginalring** ebenfalls diese Kombination. Auch hierbei sollte ein erhöhtes VTE-Risiko bedacht werden. Die **Hormonspirale** enthält ein Hormondepot, das kontinuierlich Levonorgestrel abgibt. Auch die sog. „**Minipille**“ enthält nur Gestagen in niedriger Dosierung und kann daher auch von Frauen angewendet werden, die Kombinationspillen nicht vertragen.

i Gestagene als Monopräparate („**Minipillen**“) gelten bisher als nicht thrombogen.

Die **Dreimonatsspritze** oder das **Hormonimplantat** (beide nur gestagenhaltig) werden Frauen empfohlen, die andere hormonelle Mittel nicht vertragen oder regelmäßig anwenden können. Allerdings besteht auch bei der Dreimonatsspritze ein allenfalls sehr geringes VTE-Risiko (Rabe et al. 2013).

Auch wenn es häufig behauptet wird: Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass Frauen durch hormonelle Verhütungsmethoden **Gewicht zunehmen** (IQWiG 2017).

■ Kein Rezept „nebenbei“

Nicht selten wenden sich junge Frauen an die Medizinische Fachangestellte ihrer Hausarztpraxis mit der Bitte: „*Ich brauche den Arzt nicht. Ich brauche nur mein Pillenrezept. Die Pille hat mir mein Gynäkologe verschrieben.*“ Das entsprechende Rezept soll dann „*eben mal zwischendurch vom Arzt unterschrieben*“ werden. Das geschieht dann von diesem unter Umständen in der Annahme, dass vom Erstverordner bei der letzten gynäkologischen Kontrolle ausreichend hinterfragt worden war, ob bei der Patientin beispielsweise eine Neigung zu Thrombose bekannt ist bzw. ob die Ovulationshemmung mit dem vorliegenden Präparat für sie notwendig und auch geeignet ist. Oft wird dabei nicht geklärt, wann diese letzte Kontrolle stattgefunden hat.

i Pillenrezepte sollten niemals „so nebenbei“ ausgestellt werden!

In unserem Gesundheitssystem suchen die Frauen wegen der hormonellen Antikonzeption in der Regel den Gynäkologen auf, dennoch ergeben sich für den Hausarzt zahlreiche Gelegenheiten, die eine oder andere der jungen Frauen gezielt auf mögliche **Kontraindikationen**, **Risiken**, **Unverträglichkeiten** sowie echte oder vermeintliche **Nebenwirkungen** gezielt anzusprechen. Solche Gelegenheiten können sich z. B. im Gespräch mit Raucherinnen oder mit Frauen ergeben, die sich einer größeren Operation unterziehen, die über Gewichtszunahme, Spannen in der Brust, Nachlassen der Libido klagen oder die von einer geplanten Fernreise berichten.

i Der Hausarzt trägt als Verschreiber eines hormonellen Kontrazeptivums die medizinische **Verantwortung** für die Folgen seiner Verordnung und somit auch das **Haftungsrisiko**.

⁹ ▶ https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2017/09/FB1CEF72-566D-491C-8A937F48ABF94DE1/FB1CEF72566D491C8A937F48ABF94DE1_praulitzsch_lungenembolien_bei_hormoneller_kontrazeption_1_original.pdf.

■ Rauchen und Suizidrisiko

Im Gegensatz zur bekannten Risikoerhöhung von Arteriosklerose und arteriell-ischämischen Ereignissen durch **Rauchen** ist ein Zusammenhang von erhöhtem Tabakkonsum mit venösen Thromboembolien bei gleichzeitiger hormoneller Antikonception in den Studien bisher nicht gezeigt worden. Man wird den Frauen dennoch vom Rauchen abraten, besonders bei bestimmten Stoffgruppen (vgl. den Text der Checkliste Nr. 56 „Pillenroutinekontrolle“). Andernfalls wird der verordnende Arzt die entsprechende Aufklärung der Patientin in der Praxisdokumentation festhalten (z. B. „Pille plus Rauchen: aufgeklärt!“).

Hormonelle Kontrazeptiva können offenbar das **Depressionsrisiko** erhöhen, das wiederum zu Suiziden führen kann. Beginnen Frauen eine hormonelle Verhütung, ist ihr Risiko für **Suizidversuche** verdoppelt. Die Rate vollendeter Suizide ist sogar dreifach erhöht. Der Zusammenhang ist besonders ausgeprägt bei den 15- bis 19-Jährigen (Wessel Skovlund et al. [2018](#)).

55 Checkliste Verhütungsmittel-Programm

– für die Erfassung der Kontraindikationen zur Verordnung von hormonellen Verhütungsmitteln, insbesondere Ovulationshemmern

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Gründahl P (2003) mod. Janssen-Hinz C, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Vorher schon hormonelles Verhütungsmittel angewendet (Pille / Vaginalring / Hormonpflaster / Sonstiges)	Blutdruck / Puls
Welche	Inspektion der Haut auf pigmentierte Nävi / der Skleren auf Ikterus
Wie lange	Palpation der Mammae
Nebenwirkungen	Palpation Abdomen
Wie lange jetzt ohne	Vaginale Untersuchung
Absolute Kontraindikationen:	Abstrich / Semar: Scheide / Zervix / Portio (Zytologie PAP)
Gravidität / starkes Rauchen / früher tiefe Venenthrombose / Embolie / Myokardinfarkt / Schlaganfall / Herpes gestationis / Diabetes länger als 10 Jahre / mit Gefäßveränderungen / Cholestase / Pankreatitis / schwer einstellbarer Hypertonus / estrogenabhängige Karzinome (Endometrium / Mamma / Rezeptor positiv) / ungeklärte vaginale Blutung	Urin
	BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / GPT / GGT / Kreatinin / Cholesterin / HDL / LDL / sonstiges Labor
Relative Kontraindikationen (individuelle Entscheidung):	Beratungsergebnis
ausgeprägte Varikosis / früher rezidivierende Thrombophlebitiden / Stimmungsschwankungen / depressive Symptome / Uterus myomatosus / Endometriose / periphere Durchblutungsstörungen / Ödeme / M. Raynaud / geplante Operation bei Thromboserisiko / Stillperiode / therapieresistente genitale Mykose / unabgeschlossenes Längenwachstum	Maßnahmen

4.56 Pillenroutinekontrolle – Überwachung hormoneller Verhütungsmittel

Christine Janssen-Hinz, Frank H. Mader

Die laufende Anwendung hormoneller Antikonzeptiva sollte unter ärztlicher Überwachung erfolgen. Im Rahmen der Erstverordnung werden die Patientinnen auf mögliche Nebenwirkungen und Gefahren hingewiesen. Zugleich werden die Termine für die nachfolgenden Kontrolluntersuchungen festgelegt. Die

würden jedoch bleiben. Nach derzeitigem Erkenntnisstand ist eine **Unterbrechung der Hormonbehandlung** nicht erforderlich. Dagegen sollte eine hormonelle Antikonception als Risikofaktor durch den Operateur in Betracht gezogen werden, wenn es um die Art der Thromboseprophylaxe geht.

■ Checkliste Nr. 56

zur Erfassung von Nebenwirkungen bei Frauen, die ständig hormonelle Antikonzeptiva anwenden versteht sich als praxistaugliches Instrument für den Allgemeinarzt zur programmierten Befragung seiner Patientinnen, denen er selbst oder eine Frauenärztin „die Pille“ oder ein anderes hormonelles Verhütungsmittel verordnet hatte. Erfahrungsgemäß werden manche Anwenderinnen, die routinemäßig ein hormonelles Antikonzeptivum einnehmen, zunehmend nachlässiger in der Beobachtung möglicher Nebenwirkungen.

Was die **Risiken** für die unterschiedlichen hormonellen Kontrazeptiva bezüglich **venöser Thromboembolien** (VTE) betrifft, wird auf den ausführlichen **Vortext** in ► Abschn. 4.55 zur

■ Checkliste Nr. 55 (Hormonelle Verhütungsmittel)

verwiesen. Ebenso finden sich hier auch Hinweise auf ein erhöhtes **Suizidrisiko**.

Auch wenn es sich beim Allgemeinarzt also nicht um eine Pillen-Neuverordnung handeln sollte, sondern „nur“ um ein Wiederholungsrezept für ein hormonelles Antikonzeptivum, muss die Patientin mit derselben Sorgfalt wie bei der Erstverordnung beraten werden. Das geschieht zweckmäßigerweise mit dem Programm Nr. 56 „Pillenroutinekontrolle“ oder beim Umsetzen auf ein anderes Präparat mit dem Programm Nr. 55 „Hormonelle Verhütungsmittel“. Zugleich sollte den Frauen ein **Merkbblatt** mit der Gefahrengeneigtheit unterschiedlicher hormoneller Kontrazeptiva (Link in ► Abschn. 4.55) mitgegeben werden (Prautzsch und Joos 2017). Oder sie sind sonst darüber zu informieren, welche **Nebenwirkungen** auftreten können, unter welchen Umständen sie unverzüglich den Arzt aufsuchen und wann sie sich zu einer erneuten Beratung und/oder Untersuchung in der Praxis einfinden sollten.

i Geringstes Risiko für den Allgemeinarzt: Beschränkung auf Levonorgestrel-haltige Ovulationshemmer.

Was zur **hausärztlichen Beratungsfunktion** im Programm Nr. 55 (Hormonelle Verhütungsmittel) (► Abschn. 4.55) gesagt wurde, gilt sinngemäß auch für dieses Programm.

Keine validen Daten in der Literatur existieren darüber, ob die hormonelle Antikonception vor **invasiven Eingriffen** unterbrochen werden sollte. Durch das vorübergehende Absetzen der Pille würde nämlich überwiegend nur das zusätzliche Risiko durch die Pille wegfallen, andere Risikofaktoren

56 Checkliste Pillenroutinekontrolle-Programm

– zur Erfassung von Nebenwirkungen bei Frauen, die ständig hormonelle Antikonzeptiva anwenden
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Janssen-Hinz Ch, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Appetit / Gewichtszu- / -abnahme	Blutdruck / Puls
Matt / müde	Inspektion der Haut auf pigmentierte Nävi / der Skleren auf Ikterus
Übelkeit / Schwindel	
Kopfschmerz / Migräne	Palpation der Mammae
Schlaflos / Hitzewallungen / Sehstörungen	Palpation Abdomen
Nervös / Stimmungsschwankungen / depressiv	Vaginale Untersuchung
Brechreiz / Erbrechen	Abstrich / Smear: Scheide / Zervix / Portio (PAP-Zytologie)
Blähungen / obstipiert / Leibschmerzen	
Amenorrhö / Hyper- / Hypomenorrhö / Dysmenorrhö	Urin
	Leberfunktion
Verspätete / Zwischenblutungen (Spottings)	Sonstiges Labor
Mastodynie (Spannungsgefühl)	
Mammahypertrophie	
Libido: Zu- / Abnahme	Beratungsergebnis
Haarausfall / Hirsutismus	
Hautrötung (Pigmentation / sonst)	Maßnahmen
Juckreiz / Hautallergien	
Venenbeschwerden / Beinschwellung	
Trockene Scheide	
Ausfluss (üblich / stark)	
Nikotinkonsum	
Ängste (Furcht vor)	
Sonst noch	

4.57 Fluor – Uncharakteristischer Scheidenausfluss

Christine Janssen-Hinz, Frank H. Mader

Sekretabgang aus der Scheide wird von manchen Frauen unterschiedlich bewertet: So können bei schwerer **Kolpitis** Angaben über Beschwerden durch Ausfluss (z. B. Juckreiz, Brennen, Schmerzen, Dyspareunie) fehlen, während eine leichte Hypersekretion der Zervix bereits als störend empfunden wird.

Am Beispiel der Rangverschiebung des Beratungsproblems „**Fluor**“ (A) in den allgemeinmedizinischen Fällestattistiken über mehrere Jahrzehnte hinweg lässt sich erkennen, wie bestimmte allgemeine **ärztliche Grundleistungen der körperlichen Untersuchung** in unserem Gesundheitssystem immer mehr in den **fachärztlichen Bereich** „abgewandert“ sind: Während Mitte der 1950er Jahre das Beratungsergebnis Fluor auf Rang 127 lag, hat es sich Ende der 2000er Jahre mit Rang 296 kontinuierlich an die Grenze des regelmäßig Häufigen verschoben.

Berichtet eine Frau von „*Ausfluss, der mich stört*“, wird der erfahrene Allgemeinarzt eine vaginale Untersuchung vornehmen, ein Nativpräparat entnehmen und phasenkontrastmikroskopisch untersuchen. Je nach Befund ist eine Lokalbehandlung angezeigt, z. B. Clotrimazol bei einer Vaginalmykose oder eine orale Behandlung mit Metronidazol bei einer Aminkolpitis. Verändert sich dadurch in 1–2 Wochen der Ausfluss nicht, empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 57 für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristisch erscheinendem Scheidenausfluss.

Zu Beginn der Praxistätigkeit haben die Kollegen sicher ein besseres Gefühl, wenn sie bei Klagen über Ausfluss gar nicht erst eine intuitive Diagnostik versuchen, sondern sofort programmiert vorgehen. Oft finden sich dann entweder eine **Portioektomie** oder eine uncharakteristische **Zervizitis**, eine uncharakteristische **Vaginitis**, eine uncharakteristische **Vulvovaginitis**, eine **Vaginitis candidomycetica** oder eine **Aminkolpitis** (Fischgeruch). Daraus ergibt sich dann die Behandlung, womit häufig das Fluorproblem erledigt ist.

Hört jedoch der lästige Ausfluss trotz Therapie nicht auf, sollte die Betroffene rechtzeitig die Meinung eines spezialisierten Kollegen einholen.

Die **Chlamydien-Zervizitis** gehört in Europa inzwischen zu den am häufigsten sexuell übertragenen Krankheiten (sexual transmitted diseases/STD); daher wird in Deutschland bei allen Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ein Routineabstrich auf Chlamydien vorgenommen.

Fluor vaginalis in der **Postmenopause** beruht meistens auf einer atrophischen Kolpitis. Durch den Östrogenmangel ist die Barriere-Funktion gestört und es kommt zu unspezifischer bakterieller Besiedlung. Wird über Beschwerden geklagt, erweist sich die lokale Östrogenisierung mit Vaginalcreme oder Zäpfchen als sehr wirksam. Kontraindikationen gibt es kaum. Auch bei Scheidentrockenheit mit Dyspareunie,

Senkungsbeschwerden oder Kontinenzproblemen ist die lokale Östrogenbehandlung ebenfalls hilfreich.

Ein länger dauernder purulenter zervikaler Fluor oder gar ein blutiger Ausfluss gelten als **abwendbar gefährlicher Verlauf** (z. B. **Malignom**) und erfordern unverzüglich die vertiefte Abklärung durch den Spezialisten mittels Vaginal-Sonographie und ggf. Abrasio.

i Jede **Blutung in der Postmenopause** ist ein **Endometriumkarzinom**, bis das Gegenteil bewiesen ist!

Ebenso muss bei vaginalem Fluor an den AGV einer **sexuell übertragbaren Krankheit (STD)** gedacht werden, insbesondere wenn die Frau von Ausfluss aus der Harnröhre des Partners berichtet.

Übersicht zu Programm Nr. 57 (Fluor). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Sexuell übertragbare Krankheit (STD)
- Malignom
- Infektionen
- Kolpitis
- Portioektomie
- Fremdkörper (Kinder!)

57 Checkliste Fluor-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristisch erscheinendem Scheidenausfluss

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Gründahl P (2003) mod. (2005) mod. Janssen-Hinz Ch, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Psychische Beurteilung
Ausfluss gelb / grün-schaumig / grün-wässrig / braun-blutig / wässrig (prämenstruell / im Zyklus) / seit	Rachen (Gonorrhö)
Erstmalig / schon mal gehabt	Vulva entzündet / Pedikulosis
Gleich / besser / schlechter	Scheide entzündet
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Fluor: Menge / Farbe / Geruch (vorher gespült)
Kontakt- / andere Blutungen	Portio: Eiter / Bläschen / Erosion / Ektopie
Jucken Vulva / Vagina	Schmerzhafte Blase / Schiebeschmerz / Uterus / Adnexe
Geschlechtskrankheit möglich	Hyperthyreose / Hypothyreose
Partner hat ähnliche Beschwerden / neuer Partner	Erregernachweis im Sekret (Fluor)
Kohabitation erschwert / Anorgasmie	Chlamydiennachweis (aus Zervix) / Gonorrhö-Abstrich
Schmerzen / Brennen lokal	Rektal / vaginal
Beschwerden immer / zeitweilig / zyklusabhängig	Abstrich / Smear: Scheide / Zervix / Portio (Zytologie PAP)
Menses verändert	Urin
Algurie / Pollakisurie	Blutbild / BZ
Inkontinenz / Deszensus am Beckenboden	Lues-Serologie / Gonokokkenkultur / sonstiges Labor
Oxyuren	
Ausgelöst durch Gravidität / Verköhlung / Kosmetika / Waschmittel / Wäsche / Synthetika / Spülungen / Koitus / Kontrazeptiva (seit wann) / Intrauterinpessar (IUP) / Diaphragma / Aufregungen / Stress / Antibiotika / Darminfektion / Kortison / Zytostatika / Sonstiges	Beratungsergebnis
Adipositas / Diabetes mellitus	
Ängste (Furcht vor)	Maßnahmen
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.58 Klimax – Bild klimakterischer Beschwerden

Christine Janssen-Hinz, Frank H. Mader

Nennenswerte klimakterische Beschwerden kommen als Beratungsursache (BU) seltener vor, als ein Praxisanfänger vermuten möchte. Die meisten Frauen – auch in unserem Kulturkreis – benötigen wegen „Wechselbeschwerden“ keinen Arzt.

i Die **Perimenopause** (Klimakterium, Wechseljahre) ist keine Krankheit; sie kann bis zum Beginn des Seniums reichen.

Im Übrigen besteht der Eindruck, dass die klimakterischen Beschwerden im Laufe der vergangenen Jahrzehnte leichter Natur geworden sind. Das mag wohl auch mit der gehäuften Einnahme von hormonellen Antikonzeptiva zusammenhängen. Symptome wechselnder Ausprägung werden in Mitteleuropa von 50–80 % der Frauen registriert. Die

■ Checkliste Nr. 58

für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein klimakterisch bedingter Beschwerden ist für jene 10–25 % der Betroffenen gedacht, bei denen die klimakterischen Symptome Krankheitswert besitzen, so dass eine Behandlung gewünscht wird. Die **Symptome** betreffen vor allem Hitzewallungen („*ich krieg da einen puterroten Kopf*“), Schweißausbrüche („*klatschnass*“), Schlafstörungen, Launenhaftigkeit („*ich geh schon langsam meinem Partner auf den Geist*“) oder depressive Verstimmung („*bin jetzt so nah am Wasser gebaut*“).

Klimakterische Beschwerden (C) sind bekanntlich nichts Lebensbedrohliches, dennoch darf ein **abwendbar gefährlicher Verlauf** der zunächst den Anschein einer klimakterischen Symptomatik erweckt, nicht übersehen werden. Die Bestimmung der Sexualhormone („**Hormonstatus**“) sollte kritisch und erst nach der programmierten Beratung veranlasst werden. Die Referenzwerte sowie die ermittelten Werte können sich von Labor zu Labor stark unterscheiden. Weiterhin gibt es unter Umständen starke tages- und jahreszeitliche Schwankungen ohne Krankheitswert. Einzelne Laborwerte alleine sind zudem meistens nicht aussagekräftig. Oft müssen sie im Zusammenhang mit anderen Werten und im zeitlichen Verlauf beurteilt werden.

Das **Menopausenalter** liegt in unseren Breiten zwischen 47 und 55 Jahren (durchschnittlich 51,5 Jahre). Für die endgültige **Klassifizierung** des „Bildes klimakterischer Beschwerden“ reichen meist die Menstruationsanamnese, das Alter der Frau und die geschilderten Störungen aus. Der **Hormonstatus** kann sinnvoll sein, wenn wegen des fehlenden Uterus keine Menstruationsanamnese möglich und das Alter nicht charakteristisch ist.

Eine **Hormonersatztherapie** (HET) vermag die vasomotorischen Beschwerden erheblich zu lindern und ist nur bei dieser Indikation sinnvoll. Unter einer HET (auch: Menopausale Hormontherapie/MHT) versteht man eine Behandlung

der klimakterischen Beschwerden in den Wechseljahren oder in der Postmenopause durch ein Östrogenpräparat. Dieses wird bei vorhandenem Uterus mit einem Gestagen zur Protektion des Endometriums kombiniert.

Das Risiko für ein **Mammakarzinom** unter HET hängt im Wesentlichen von dem verordneten Gestagen ab. Eine reine Östrogentherapie erhöht das Risiko nicht. Bei Frauen nach **Hysterektomie** kann auf das Gestagen verzichtet werden. Nicht-hysterektomierte Frauen sollten eine Östrogen-/Gestagen-Kombination erhalten, um das Endometrium zu schützen. Es gibt Hinweise, dass reines Progesteron das Risiko für Mammakarzinom nicht erhöht und dass es möglicherweise protektiv wirkt.

Das **Thromboserisiko** durch Östrogene wird durch transdermale Applikation (z. B. Pflaster, Gel) deutlich reduziert.

Übersicht zu Programm Nr. 58 (Klimax). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- *Nervöse Erschöpfung*
- **Depression**
- *Schilddrüsenfunktionsstörung*
- **Malignom** (Mamma/Endometrium)
- *Hyperhidrose*

58 Checkliste Klimax-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein klimakterisch bedingter Beschwerden

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Janssen-Hinz Ch, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
„Wechsel“-Beschwerden seit	Blutdruck / Puls
Gleich / besser / schlechter	Herzauskultation
Letzte Periode wann	Haut schlaff / trocken
Periode vorher: Intervall Dauer / jetzt: Intervall / Dauer	Viriler Behaarungstyp
	Involution der Brüste
Beschwerdebeginn plötzlich / langsam	Abdomen
Im Vordergrund Hitzewallungen / Schwitzen / Flush / Schweiß tags / nachts / Brustspannen / Schwindel / Schlafstörungen	Beinödeme
	Vaginale Untersuchung
Nervös / deprimiert / reizbar / Stimmungsschwankung	Abstrich / Smear: Scheide / Zervix / Portio (Zytologie PAP)
Vergesslichkeit / Konzentrationsschwäche / Müdigkeit	Urin
	TSH
Schlafprobleme	FSH / Östradiol
Vita sexualis	Densitometrie (Osteoporose!)
Kohabitationsbeschwerden / trockene Scheide	Sonstiges Labor
Pruritus vulvae	
Kopfschmerzen (Migränetypus)	
Füße kalt / Hände taub	Beratungsergebnis
Muskel- / Gelenkbeschwerden	
Ohrensausen	Maßnahmen
Herzbeschwerden / -klopfen / -jagen	
Bluthochdruck bekannt / Ödeme	
Gewichtszunahme / -abnahme	
Stuhl / Urin (Inkontinenz / sonstige Harnwegsbeschwerden)	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.59 Skrotum – Uncharakteristischer Skrotalbefund

Frank H. Mader

Veränderungen am Hodensack (z. B. schmerzloses Schwellgefühl, Skrotumvergrößerung) werden meist von den Betroffenen selber entdeckt, es vergeht jedoch oft einige Zeit, bis sie sich einem Doktor anvertrauen, vielleicht nur nebenbei als vorgeschobene Beratungsursache: „*Frau Doktor, wir sollten mal eine Vorsorge machen, eine für Männer.*“ Dagegen suchen Patienten mit **akuten Schmerzen** im Hodenbereich eher rasch den Arzt auf, insbesondere besorgte Eltern mit ihrem Kind. Die

■ Checkliste Nr. 59

für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischer ein- oder beidseitiger Veränderung im Bereich des Hodensackes mit oder ohne Schmerzen eignet sich für den akuten wie für den schon länger bestehenden Beratungsfall zur systematischen Befragung, Untersuchung und Dokumentation, für Kinder ebenso wie für Jugendliche und ältere Männer.

■ Akuter Skrotalschmerz

Plötzliche Schmerzen, Schwellung und Rötung eines, selten beider Skrotalfächer sind Leitsymptome für das **akute Skrotum**. Das Ausmaß dieser Veränderungen kann variieren. Typische Auslöser lassen sich nicht finden (Lorenz et al. 2015; S2k-LL). In der Allgemeinpraxis handelt es sich um ein nicht mehr regelmäßig häufiges Vorkommen. Bei Kindern kommen ursächlich als **abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)** in nahezu der Hälfte eine Hydrididentorsion, in einem Drittel eine Epididymitis und in ca. einem Fünftel eine Hodentorsion in Frage (Lewis et al. 1995).

Beim älteren Mann liegt häufig eine (meist einseitige und sich über Tage entwickelnde) **Epididymitis** vor, besonders bei vorbestehenden Miktionsproblemen, nicht selten mit Restharnbildung. Die Palpation des Nebenhodens (oft auch des Hodens) ist schmerzhaft; die beiden Organe lassen sich aufgrund der Schwellung nicht immer abgrenzen.

Eine **Hodentorsion** kann in jedem Lebensalter vorkommen mit einem kleineren Häufigkeitsgipfel im 1. Lebensjahr und einem deutlichen mit ca. 65 % der Fälle zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr. In den Bauch ausstrahlende Schmerzen und Übelkeit/Erbrechen können bei einem Drittel der Patienten fehlen. Die unverzügliche stationäre Einweisung ist obligat, da der Hoden innerhalb von 6–8 h irreversibel geschädigt ist.

i Jedes „**akute Skrotum**“ im Säuglings- und Jugendalter muss sofort eingewiesen werden, um den Hoden zu erhalten.

Epididymitis und **Orchitis** (z. B. nach Mumps-Erkrankung) sind in der Regel mit Fieber verbunden. Das Prehn-Zeichen (Schmerzveränderung bei Hodensackanhebung) ist unzuver-

lässig. Laborchemische Parameter ergeben in der Differentialdiagnostik des akuten Skrotums im Notfall kaum Zusatzinformationen. Bei jedem schmerzhaften Skrotum, aber auch bei uncharakteristischem Bauchschmerz ist die Palpation beider Hoden obligat.

■ Schmerzlose Hodenschwellung

Wenn der Patient von einer schmerzlosen Vergrößerung des Skrotums berichtet, liegt meist eine **Hydrozele** vor, die in der Allgemeinpraxis im langjährigen Durchschnitt an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeit beobachtet wird. Die Schwellung ist in der Regel im Stehen ausgeprägter als im Liegen. Die **Varikozele** tritt gewöhnlich in der linken Skrotalhälfte auf („*Sackwürmer*“) und sollte sich im Liegen entleeren.

Als Rarität gilt ein Leistenbruch, der in den Hodensack hineinzieht (**Skrotalhernie**). Noch seltener wird dem Allgemeinarzt ein Patient mit einem **Hodentumor** begegnen, den der Betroffene oft in Verbindung mit einer Hodenvergrößerung/-schwellung oder einer knotigen Veränderung bemerkt hat. Doppelseitige **Gynäkomastie nach der Pubertät** kann ein möglicher Hinweis auf ein Hodenkarzinom sein. Die Hydrozele ist ebenso wie ein Keimzelltumor nicht druckschmerzhaft.

Den größten Stellenwert in der Differentialdiagnostik testikulärer Erkrankungen hat heute die Ultraschalluntersuchung durch einen erfahrenen Arzt. Bei jeder erstmals beobachteten Hoden- oder Nebenhodenvergrößerung ist die rechtzeitige Zusammenarbeit mit dem Spezialisten zu suchen.

Übersicht zu Programm Nr. 59 (Skrotum).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Hydrididentorsion
- Hodentorsion
- Epididymitis
- Hydrozele
- Hodentumor
- Orchitis
- Varikozele
- Skrotalhernie
- Hämatozele (nach Verletzung)

59 Checkliste Skrotum-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstuntersuchung bei uncharakteristischer ein- oder beidseitiger Veränderung im Bereich des Hodensackes mit oder ohne Schmerzen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Lokale Entzündungserscheinungen
Veränderung / Beschwerden aufgefallen (seit)	Schwellungen eiförmig
Gleich / besser / schlechter	Inspektion / Palpation von Hodensack / Hoden / Nebenhoden / Samenstrang / Vas deferens
Schon mal gehabt	
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Konsistenz prall / elastisch / derb
	Hoden tastbar bei Schwellung
Vorher Verletzung	Hoden schmerzhaft auf Druck
Ein- / beidseitige Schwellung / Schmerzen / Rötung	Tumor innerhalb der Geschwulst
	Leistenringe offen / geschlossen
Größenzunahme (langsam / rasch) / mit / ohne Beschwerden / im Liegen / im Stehen	Schwellung vom Leistenring abgrenzbar
Spannungsgefühl im Hoden	Vergrößerung beim Pressen
Schwellung morgens geringer	Diaphanoskopie (mit Taschenlampe) möglich
Vorherige Operationen	
Miktion / Stuhl	Lokale Lymphknoten
Ängste (Furcht vor)	Urin
Vermutete Ursache	BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / sonstiges Labor
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	Sonographie
Sonst noch	
	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.60 Depression – Depressive Episode

Sandra Blumenthal, Frank H. Mader

Während das **Bild einer Depression (C)** in den 1950er Jahren noch außerhalb der regelmäßigen Häufigkeit in der Allgemeinpraxis lag, stieg der Rang seit den 1970er Jahren von 49 bis zur Jahrtausendwende stetig weiter auf 31 an (Braun et al. 2007). Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Depressionen treten in jedem Lebensalter und familiär gehäuft auf (DGPPN et al. 2015 S3-NVL Unipolare Depression). Mit steigendem Lebensalter, insbesondere aber bei **Pflegeheimbewohnern**, nimmt der Anteil von Menschen mit depressiven Symptomen zu (Teresi et al. 2001). Ebenso leiden Menschen mit **chronischen körperlichen Erkrankungen** signifikant häufiger auch unter psychischen Beschwerden (Baumeister et al. 2004).

Der Begriff Depression umfasst kein homogenes Krankheitsbild. Der erfahrene Allgemeinarzt weiß, dass nicht selten verschiedenste Befindlichkeitsstörungen oder körperliche Beschwerden als **vorgeschobene Beratungsursachen** präsentiert werden, hinter denen sich eine Depression verbergen kann. Bis die exakte Diagnose Depression (D) vom Arzt gestellt und vom Patienten angenommen wird, kann es daher mitunter einige Zeit dauern. Währenddessen drängen die Patienten auf spezialistische Abklärung ihrer diversen Beschwerden, während der Hausarzt durch häufige, aber gefühlt erfolglose Konsultationen herausgefordert ist.

Oft sind es Klagen (auch der Angehörigen), dass man „*morgens nicht aus dem Bett komme*“, dass man „*sich schlecht konzentrieren kann*“, oder es steht die typische „*Losigkeit*“ im Vordergrund wie Freudlosigkeit, Appetitlosigkeit oder (sexuelle) Lustlosigkeit. Die Abgrenzung einer **depressiven Verstimmung** – gerade bei Menschen in einer schwierigen Lebenssituation (z. B. Jobverlust) – von einer behandlungsbedürftigen **depressiven Erkrankung** ist manchmal schwierig. Wenn keine wesentlichen körperlichen Störungen vorhanden sind, so kann der Arzt die

■ Checkliste Nr. 60

zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer depressiven Verstimmung zur Hand nehmen und damit seine Diagnostik in ein oder zwei Beratungen durchführen und vertiefen. Diese Checkliste kann somit die Phase des diagnostischen Prozesses verkürzen und dem Betroffenen signalisieren, wie ernst der Arzt seine Probleme nimmt. Denn die zeitnahe Krankheitserkennung kann nicht nur das Leid des Patienten lindern, mögliche **abwendbar gefährliche Verläufe** aufdecken, im besten Fall einen **Suizid** verhindern, sondern auch der Überdiagnostik und Übertherapie bei unspezifischen Beschwerden im Rahmen einer depressiven Episode vorbeugen.

i Depressive Patienten aktiv und empathisch auf mögliche **Suizidgedanken** ansprechen (► Abschn. 4.92 Suizid)!

Mit nur 2 **Kernfragen** (Sensitivität 96 %, Spezifität 57 %) lässt sich eine Depression eingrenzen (Whooley et al. 1997):

- „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
- „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Werden diese positiv beantwortet, stehen noch zwei **Selbstauskunfts-Fragebögen** zur Verfügung. Diese sind nicht nur gut untersucht und international etabliert, sie lassen sich auch durch den Betroffenen mit geringem Zeitaufwand ausfüllen:

- WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden¹⁰
- Patient Health Questionnaire-Depression (PHQ-D)¹¹

Der PHQ-D ermöglicht es, den **Schweregrad** einer Depression (leicht/mittelgradig/schwer) zu beurteilen; dieser ist für Umfang und Ausmaß der Therapie der Erkrankung wegweisend. Die ICD-10 unterscheidet zur **Klassifizierung** einer **depressiven Episode** 3 Hauptsymptome (**H**) und 7 Zusatz-(Neben-)symptome (**N**), die seit mind. 2 Wochen andauern. So müssen z. B. bei einer schweren Depression 3 Haupt- und ≤ 4 Zusatzsymptome vorhanden sein. In der Checkliste Nr. 60 (Depression) sind die betreffenden Items als „**H**“ und „**N**“ hervorgehoben; zusätzlich finden sich weitere Items, die den Allgemeinarzt in vielerlei Richtungen offen denken lassen. Für eine parallele oder vertiefte Diagnostik empfehlen sich auch:

- Checkliste Nr. 61 (Nervöse Erschöpfung)
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese)
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit)
- Checkliste Nr. 84 (Familiäre Problematik)
- Checkliste Nr. 87 (Sexualität)
- Checkliste Nr. 88 (Geriatric)
- Checkliste Nr. 92 (Suizidalität)

Bei einer **akuten Belastungsreaktion** bestehen die Symptome wie depressive Stimmung oder Konzentrationsstörung deutlich < 2 Wochen. Bei einer **Trauerreaktion** ist die Schwingungsfähigkeit häufig erhalten, Selbstzweifel und Morgentief treten deutlich seltener auf. Auch bei **Angst- und Zwangserkrankungen** bleiben meist Schwingungsfähigkeit, Antrieb oder die Fähigkeit zur Freude erhalten.

Insbesondere wenn eine **Depression im höheren Lebensalter** auftritt, kann es schwierig sein, zwischen einem beginnendem **demenziellen Syndrom** und einer Depression zu unterscheiden. Während depressive Patienten eher dazu neigen, Konzentrationsstörungen als Krankheit zu deuten oder an ihren kognitiven Fähigkeiten zu zweifeln, negieren Menschen mit einer Demenz solche Symptome eher. Für diese Fälle empfehlen sich als **Assessment-Instrumente** zur Differentialdiagnostik beispielsweise der Mini-Mental-Status, der Uhrentest und die Geriatriische Depressionsskala. All-

10 ► https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_German.pdf.

11 ► <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/11/PHQ-9-German.pdf>.

gemeinärzte müssen insbesondere bei alten und multimorbiden Patienten die Möglichkeit von arzneimittelinduzierten depressiven Symptomen stets in Betracht ziehen.

Die **Checkliste Depression** ist – im Gegensatz zu den Selbstauskunftsbögen für Patienten – ein spezifisch allgemein-ärztliches Instrument für das strukturierte ärztliche Gespräch einschließlich Dokumentation, das auch **die wichtigsten AGVs** im Blick hat. Zugleich sind die **Hauptsymptome** (H) und die **Nebensymptome** (N) entsprechend markiert.

Bestimmte körperliche Affektionen wie **Schlaganfall** oder ein akutes **kardiovaskuläres Ereignis** können außerdem eine depressive Episode auslösen. Auch für diese Fälle ist die Checkliste zu empfehlen. Selbstverständlich müssen beim Bild einer Depression zuvor (behandelbare) organische Ursachen angegangen bzw. berücksichtigt werden (z. B. Hypothyreose, Eisenmangelanämie oder Komorbiditäten wie Leber-, Nieren- oder Herzerkrankungen).

Aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungen kann es depressiven Patienten schwerfallen, sich um die eigene Gesundheit adäquat zu sorgen. Hieraus können Probleme bei der Adhärenz, der Einhaltung von Terminen, der gesunden Lebensführung usw. resultieren. Der Hausarzt sollte dies in seinem Behandlungskonzept berücksichtigen.

**Übersicht zu Programm Nr. 60 (Depression).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- **Suizidalität**
- **Bipolare affektive Störung**
- *Akute Belastungsreaktion*
- *Nervosität, nervöser Spannungszustand*
- **Hypo-/Hyperthyreose**
- *Klimakterische Beschwerden*
- **Psychosen**
- *Depressive Verstimmung (z. B. Trauerreaktion)*
- *Demenzielles Syndrom*
- *Angst- oder Zwangserkrankung*
- *Medikamentös bedingte Symptome (z. B. durch Ovulationshemmer)*
- *Substanzmissbrauch*
- **Vitamin-B-12-Mangel, Perniciosa**

60 Checkliste Depression-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein einer depressiven Verstimmung

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) Neubearb. Blumenthal S, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)

Urin / Stuhl / Menses / Klimakterium / Menopause

Jetziger Zustand (> 2 Wochen kontinuierlich)

Erstmals / schon gehabt / immer wieder

Ängste (Furcht vor)

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Ähnliche Kranke in der Familie

Lebt allein / Partner / Familie / geschieden / berufstätig / Rente / Sonst

Sonst noch

Tages- / jahreszeitliche Schwankungen

Objektiv

Stimmung gedrückt / depressiv (**H**)

Psychopathologischer Befund

Affektlabilität / -inkontinenz

2 Kernfragen / Selbstauskunftsfragebögen (PHQ-D / WHO-5)

Gereiztheit / Aggression (gegen sich / andere)

Interessen- / Freudlosigkeit (**H**) / Gefühllosigkeit

Die körperliche Untersuchung richtet sich nach der Art der Beschwerden / Komorbiditäten

Antriebsmangel / erhöhte Ermüdbarkeit (**H**) / Morgentief

Einschätzung (krankheitseinsichtig / einwilligungsfähig / Eigen- / Fremdgefährdung)

Konzentration / Aufmerksamkeit vermindert (**N**)

Denken / Handeln erschwert / allgemeine Schwerfälligkeit

Beratungsergebnis

Gefühl von Schuld / Wertlosigkeit (**N**)

Selbstwertgefühl / Selbstvertrauen vermindert (**N**)

Zukunftsperspektive negativ / pessimistisch (**N**)

Schlafstörungen (**N**) (Ein- / Durchschlafstörungen / Früherwachen)

Maßnahmen

Appetitminderung (**N**) / Übelkeit / Gewichtabnahme

Suizidgedanken / -handlungen (**N**) / Selbstverletzung / -schädigung

Schmerzen im Körper (diffus / unerklärlich)

Übergewicht / Magersucht / Frailty

Ausgelöst durch Krankheit / Verlust (Partner / Arbeit) / Geburt / Anderes

Sexualität

Medikamente / Alkohol / Rauchen / Internet / Spiele / Drogen

Anmerkung: Nach ICD-10 : **H** = Hauptsymptom; **N** = Nebensymptom

4.61 Nervöse Erschöpfung – Gereiztheit und akute persönliche Krise

Sandra Blumenthal, Frank H. Mader

„Ich kann einfach nicht mehr“ oder „Mich regt alles auf“: Nicht selten wird der Allgemeinarzt mit solchen oder ähnlichen appellativen Sätzen in der Akutprechstunde konfrontiert, ohne dass zunächst Anzeichen für einen Infekt oder andere schwerwiegendere Erkrankungen bei dem Patienten vorliegen.

Manchmal kann der eine Geplagte die Gründe für seine **Erschöpfung** (B) konkret benennen, einem anderen ist jedoch schlicht „alles zuviel“. Einige geben innere Unruhe und Anspannung an; andere sind anhaltend müde und unkonzentriert, ohne dass der Schlaf ihnen Erholung bietet; wieder andere Patienten werden durch ständiges Grübeln, Sorgen- oder Gedankenkreisen um ihre Nachtruhe gebracht. Einige fühlen sich „einfach nur leer“.

Es gibt (vereinzelt) Fälle, da kann der Hausarzt ein konkretes auslösendes Ereignis im Gespräch mit dem Patienten rekonstruieren (z. B. die kränkende Äußerung eines Vorgesetzten oder einen Beziehungskonflikt), manchmal erscheinen die Symptome als Folge einer längerdauernden Belastung, beispielsweise bei der alleinerziehenden berufstätigen Mutter oder dem Angestellten im Call-Center mit den unregelmäßigen Arbeitszeiten. Ein anderes Mal lassen sich wiederum nur schwer **Triggerfaktoren** finden, die letztlich als Auslöser in Frage kommen. Auch das Erscheinungsbild der Patienten differiert beträchtlich:

Die einen sind müde und abgespannt, andere nervös und unruhig und manche brechen bereits nach dem ersten Satz unkontrolliert in Tränen aus. Wiederum andere stellen sich nach einem auslösenden Akutereignis (z. B. Streit mit dem Partner oder Konflikt am Arbeitsplatz) in einer Art krisenhaften Zustand vor. Sie sind verzweifelt und in größter seelischer und körperlicher Erregung. Im vertrauensvollen Gespräch mit ihrem Arzt können sie sich jedoch beruhigen und stellen sich Tage später – auch ohne medikamentöse Therapie – meist weitgehend symptomfrei wieder vor – oder aber, sie erscheinen einfach nicht mehr in der Praxis.

Allen Erscheinungsbildern gemeinsam ist die fehlende Fähigkeit, für einen definierten Zeitraum den üblichen Alltag bewältigen zu können. An den Hausarzt wenden sich diese Patienten meist mit der Bitte um eine „Auszeit“. Diese Bitte darf nicht mit dem Wunsch nach ungerechtfertigtem oder außerplanmäßigem Urlaub verwechselt werden. Tatsächlich ist bei diesen Patienten das psychosoziale Funktionsniveau für einen kurzen Zeitraum derart gestört, dass sie ihre bisherige und bekannte Arbeit nicht mehr suffizient bewältigen können. Die

■ Checkliste Nr. 61

zur **allgemeinmedizinischen Ersterfassung von Symptomen und/oder Beschwerden, die auf eine nervöse Anspannung, Erschöpfung, eine Belastungsreaktion oder auf eine akute persönliche Krise des Patienten hinweisen** sollen dem Arzt helfen, diese Patienten strukturiert zu befragen und ihre Beschwerden praxisgerecht zu dokumen-

tieren. Wenn während der programmierten Beratung der Eindruck entsteht, dass konkrete Probleme (z. B. psychosozialer oder somatischer Art) ursächlich sein könnten, oder wenn die Beschwerden länger als 2–4 Wochen anhalten, empfiehlt sich der gleichzeitige oder nachgeordnete Einsatz folgender vertiefender Checklisten:

- Checkliste Nr. 60 (Depression)
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese)
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)
- Checkliste Nr. 84 (Familienproblematik)
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit)

Bei höhergradigen Schwierigkeiten in der **Lebensbewältigung**, z. B. infolge von neu aufgetretenen **kognitiven Defiziten** (über die vielfach Angehörige berichten), empfiehlt sich die

- Checkliste Nr. 74 (Demenz).

Bevor jedoch zur Checkliste Nr. 61 „Nervöse Erschöpfung“ gegriffen wird, sollten als **Vorschalt Diagnostik** stets zwei Fragen zum (manchmal auch nur vorübergehenden) Ausschluss einer **Depression** gestellt werden. Wurde eine der beiden Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist zur Checkliste Nr. 60 (Depression) bzw. zur Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit) zu wechseln (Baum et al. 2017; S3-DEGAM-LL):

- „Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?“
- „Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt?“

Auch bei erschöpften, nervösen, gereizten oder krisenhaft-erregten Patienten ist die sorgfältige Befragung und im Einzelfall auch die körperliche Untersuchung obligat, um einen möglichen **abwendbar gefährlichen Verlauf** nicht zu übersehen. Bedacht werden muss auch das sogenannte **Burnout-Syndrom** (ICD-10 Z73) als berufsbedingtes Erschöpfungssyndrom, das empirisch nur schwach belegt ist und für das bisher keine einheitliche Definition vorliegt. Der WHO-Fragebogen zum Wohlbefinden könnte helfen, den eigenen Stressstatus besser einzuschätzen.¹²

Bei der unkomplizierten, selbstlimitierenden Erschöpfung oder Belastung sollte der Patient nach einer kurzen Auszeit wieder komplikationslos in seinen Alltag zurückfinden. Bestehen die Symptome länger als 2–4 Wochen, empfiehlt sich eine erneute programmierte Untersuchung, die sich auch über mehrere Beratungen hinweg verteilen lässt; auch ist die ursprüngliche Klassifizierung zu überdenken, vor allem wenn die Symptome weiterhin an die Möglichkeit einer depressiven Episode denken lassen. Auch ist die Überweisung des Patienten zur spezialärztlichen Mitbehandlung ggf. angeraten.

i Die Checkliste Nr. 61 „Nervöse Erschöpfung“ soll vor allem dem Ratsuchenden zeigen, dass der Arzt seine Beschwerden ernst nimmt.

12 ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=360&anker_nr=290.

Allein durch die Konsultation des vertrauten Hausarztes kann es zur erwünschten Beruhigung kommen. Der Patient verhält sich dann den Belastungen gegenüber vielleicht gefasster (Braun und Mader 2005).

4

Übersicht zu Programm Nr. 61 (Nervöse Erschöpfung). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- **Depression**
- *Schilddrüsenerkrankungen (z. B. Hypo- und Hyperthyreose)*
- *Leber-, Herz- und Nierenerkrankungen, akute und chronische*
- *M. Parkinson*
- *Anpassungsstörung*
- *Posttraumatische Belastungsstörung*
- *Demenz*
- *Alkohol-/Drogenproblematik*
- *Nicht-stoffgebundene Süchte*
- **Malignome/Metastasen**
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- *Burnout-Syndrom*
- *Akute Belastungsreaktion*
- *Angststörungen*

61 Checkliste Ausgebranntsein- / Erschöpfung-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Ersterfassung von Symptomen und / oder Beschwerden, die auf eine nervöse Anspannung, Erschöpfung, eine Belastungsreaktion oder auf eine akute persönliche Krise des Patienten hinweisen können

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) neubearb. Blumenthal S, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
 Vermutete Ursache
 Auslösendes Ereignis
 Akut aufgetreten, dauert erst wenige Tage an
 Erstmals / dauerhaft / periodisch auftretend / selbstlimitierend
 Anhaltende Belastungen in Familie, Arbeitsplatz, Finanzen
 Belastung und Belastungserleben abhängig von externen Triggerfaktoren, wie z. B. Konflikte am Arbeitsplatz / in der Partnerschaft / Tod eines Angehörigen / eines Haustiers (bei älteren Patienten!)
 Gedrückte Stimmung
 Innere Erregung, Anspannung, Nervosität, Sorgen- und Gedankenkreisen

Reduzierte Belastbarkeit und Effektivität bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben

Gefühl, es nicht zu schaffen

Müdigkeit / Gefühl großer und nicht mehr zu bewältigender Erschöpfung

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, selbstlimitierend / auf einzelne Aufgabenkreise beschränkt

Affektlabilität oder -inkontinenz („den Tränen nahe“), im Gespräch zu beruhigen

Unspezifische körperliche Beschwerden (unerklärliche Schmerzen oder Verdauungsstörungen ohne organisches Korrelat)

Reduzierte körperliche Belastbarkeit (cave! AGV)

Vorerkrankungen und Schädigung / Beeinträchtigung von Herz, Niere, Leber, Schilddrüse

Lebenssituation (allein lebend, in Partnerschaft, berufstätig, berentet usw.)

Hinweise auf Eigen- oder Fremdgefährdung

Beurteilung der Fähigkeit im Alltag / berufliche Anforderungen zu bewältigen

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Psychopathologischer Befund
 Orientierende körperliche Untersuchung, wobei die Symptome des Patienten richtungsweisend sind
 Kernfragen Depression
 Die weitere körperliche und ggf. apparative Diagnostik richtet sich nach der Art der körperlichen Beschwerden oder den Hinweisen auf mögliche Komorbiditäten (z. B. subjektives Herzrasen bei älteren Patienten: RR und EKG obligat).
 Einschätzung (krankheitseinsichtig? einwilligungsfähig? Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegend?)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.62 Epilepsie – Bild eines epileptischen Anfalls

Frank H. Mader, Torben Brückner

Neu aufgetretene Bilder eines epileptischen Anfalls (C) oder bereits diagnostizierte Epilepsien (D) begegnen dem Hausarzt regelmäßig häufig. In jahrzehntelangen allgemeinärztlichen Fällestatistiken nehmen sie einen mittleren Rang ein. W. Fink hat in 10 Jahren 28 Fälle erfasst (Braun et al. 2007). Die Epilepsie tritt **altersabhängig** auf mit einem ersten Maximum in den ersten Lebensjahren. Sie fällt dann im Erwachsenenalter ab, steigt aber jenseits des 50. bis 60. Lebensjahres wieder stark an.

Derzeit gibt es im spezialistischen Bereich verschiedene Ansätze zur **Klassifikation** von Anfällen und Epilepsien, die nicht zuletzt aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse einer ständigen Dynamik unterliegen (Elger, Berkenfeld et al. 2017; S1-LL). Wenn ein Patient zum Allgemeinarzt wegen eines aktuellen Anfallsereignisses kommt, geht es zunächst um die Frage, ob es sich überhaupt um einen epileptischen Anfall gehandelt hat und, wenn ja, um welchen Anfallstyp.

Ein erstmalig auftretender Krampfanfall kann im Einzelfall sehr dramatisch wirken. Sofern Zeugen anwesend sind, wird zumeist der Rettungsdienst informiert. Im Praxisalltag kann es vorkommen, dass der Patient erst später seinen Doktor aufsucht, ohne dass Krankenhausbehandlung (oder Arztkontakt) vorausging: *„Ich muss da wohl richtig weg gewesen sein. Filmriss. Weiß nichts mehr. Die wollten mich in die Klinik bringen. Bin aber zu Ihnen. Hab Angst um meinen Führerschein.“*

Versteht man den Krampfanfall etwa als Synonym des epileptischen Anfalls, so muss es dabei jedoch nicht zwingend zu einer „**Verkrampfung**“ kommen, auch wenn der Name dies eigentlich vermuten lässt. Oftmals treten zum Beispiel nur Bewusstseins- oder Wahrnehmungsstörungen auf.

Als Faustregel gilt: **Epileptische Anfälle** sind kurz, selten länger als 2 min; die Nachphase kann mehrere Minuten betragen. Von der Epilepsie abzugrenzen ist der **zerebrale Gelegenheitsanfall** (Okkasionalanfall), der ausschließlich unter außergewöhnlich starken Belastungen im Gehirn entsteht. Schätzungsweise 5 % aller Menschen haben mindestens einmal im Leben einen zerebralen Gelegenheitsanfall – bei den meisten bleibt es bei dieser einmaligen Episode.

Wenn der Patient sich nach einem Anfall erst wieder im Krankenwagen erinnert, ist es eher ein epileptischer Anfall, kann er sich dagegen an den Ersthelfer vor Ort erinnern, spricht dies mehr für eine **Synkope** (Mayer 2018). Bei länger als 10 min anhaltenden Anfällen sollte auch an einen **psychogenen Anfall** gedacht werden. Beim epileptischen Anfall sind die **Augen** offen, starr, leer oder verdreht, beim psychogenen Anfall oft geschlossen („*wie schlafend*“, u. U. „*zugekniffen*“), bei einer (konvulsiven) Synkope offen, nach oben verdreht.

Die **Unterscheidung** einer **Synkope** von einem **Krampfanfall** ist im Nachhinein oftmals schwierig, vor allem wenn Anamnese und Fremdinformation lückenhaft sind. Die Patientenschilderung von Zeichen (z. B. „*Fingerkribbeln*“)

oder Gefühlen (Aura) (z. B. „*Geräusche*“, „*Gerüche*“), auch von schwer beschreibbaren Phänomenen, die dem Anfall vorausgingen, können dem Spezialisten später jedoch wertvolle Informationen geben. Die angeblich klassischen Zeichen wie Einnässen und lateraler Zungenbiss (sehr spezifisch für Epilepsie, aber wenig sensitiv) können bei beiden Ereignissen auftreten. Auch muss nicht immer eine ausgeprägte, eher epilepsietypische postiktale Müdigkeit vorhanden sein.

i Fremdbeschreibung oder eine **Smartphone-Videoaufnahme** können wegweisend sein für die Zuordnung. Die Klassifizierung selbst ist Aufgabe der Spezialisten im Rahmen der Diagnostik.

Akute symptomatische Anfälle (ASA) sind epileptische Ereignisse in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer ZNS-Infektion, einem Schlaganfall, einem Schädelhirntrauma, Hypoglykämie oder ähnlichem. Hier ist der Anfall vermutlich ein akutes Symptom einer „Reizung“ des Gehirns (Elger, Berkenfeld et al. 2017; S1-LL).

Bei allen beobachteten Phänomenen ist die **zeitliche Einordnung** in den Anfallsablauf bedeutungsvoll. Eine vor-schnelle Festlegung von Anfallsereignissen auf „Epilepsie“ hat erhebliche sozialmedizinische Konsequenzen (Kfz-Fahrverbot, Berufsunfähigkeit für eine Vielzahl von Berufen, dauerhafte Medikation). Daher sollte der Patient mit einem unklaren anfallsartigen Ereignis immer einer **Anfallsambulanz** und/oder einem Kardiologen vorgestellt werden (Mayer 2018). Die

■ Checkliste Nr. 62

zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein eines Krampfanfalls, auch unter Einbeziehung der Fremdanamnese wurde für jene wenigen neuen Fälle entwickelt, bei denen der Allgemeinarzt aufgrund der Patientenschilderung oder seines Umfeldes den Eindruck hat, es könnte sich erstmals um einen epileptischen Anfall gehandelt haben. Die strukturierten Items der Checkliste lassen nach vielen Richtungen hin offen denken, berücksichtigen die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe** und stellen mit ihrer Dokumentation eine wertvolle Hilfe für die vertiefte Diagnostik im Spezialbereich dar. Mit einer wirklich hochklassigen **Diagnostik der Erfahrung**, die der programmierten Diagnostik ebenbürtig ist, kann der Allgemeinarzt selbst bei häufigen Praxisvorkommnissen nicht rechnen (Braun und Mader 2005). Zur differenzierten Befragung können noch folgende Checklisten hinzugezogen werden:

- Checkliste Nr. 72 (Synkope)
- Checkliste Nr. 73 (Anfälle)

Auch wenn Laboruntersuchungen und ein EKG meist keine neuen Aufdeckungen bringen, sollten sie zur allgemeinärztlichen Grunddiagnostik gehören. Das EEG ist am Tag des epileptischen Anfalls in bis zur Hälfte der Fälle pathologisch, später oft nur im Langzeit- und Schlafmodus. Die Diagnostik mittels MRT oder Langzeit-EEG ohne gute Hypothese ist abzulehnen (und auch nicht Aufgabe des Allgemeinarztes). In

einigen Bundesländern gibt es spezielle **Epilepsie-Beratungsstellen**, die Beratung, Information und Begleitung in psychosozialen Fragen anbieten. Hinweise auf **Schwerpunktpraxen** über die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie finden sich über folgende Links:

- ► <http://www.epilepsie-online.de/?docid=1863>
- ► <http://www.dgfe.org/home/index,id,38.html>

Im **Alter** manifestieren sich epileptische Anfälle grundsätzlich verschieden von den typischerweise bei Jüngeren auftretenden Anfällen. Die Vorboten sind daher oft diffus, werden als unspezifisches vages Gefühl oder **Schwindel** beschrieben und sind differentialdiagnostisch wenig hilfreich. Der ganze Anfall kann durch **Verwirrtheit** gekennzeichnet sein, die auch noch lange postiktal anhalten kann (Hagemann und Witte 2006). Die **Depression** und die **generalisierte Angsterkrankung** sind häufige Komorbiditäten bei Epilepsiepatienten.

**Übersicht zu Programm Nr. 62 (Epilepsie).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung**

- **Synkope** (*Ohnmacht*)
- **Kollaps** (*Kreislaufschwäche*)
- **Anfälle** (*sonstige*)
- **Hirntumor/-metastasen**
- **Transitorische ischämische Attacke** (TIA)
- **Fieberkrampf** bei Kindern
- **Narkolepsie**
- **Mildes Schädel-Hirn-Trauma** (z. B. nach Sportunfall)
- **Hirnblutung**
- **Stoffwechselstörung** (z. B. *Hypoglykämie*)
- **Herzrhythmusstörungen**
- **Alkoholentzug**
- **Schwindel/Verwirrtheit** (*im Alter*)
- **Infektion** (z. B. *Enzephalitis*)
- **Migräneattacke**

62 Checkliste Epilepsie-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Diagnostik beim Anschein eines epileptischen Anfalls, auch unter Einbeziehung der Fremdanamnese

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH, Brückner T (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck
 Anfallsbeginn wann (plötzlich / allmählich / im Fieber)
 Früher schon mal gehabt (mit Fieber)
 Dauer der Anfälle (wenige Sekunden / < 10 min)
 Gleich / besser / schlechter
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Bei Anfall (Krämpfe / anfangs Schrei / Augen geöffnet)

Krämpfe beiderseitig / einseitig / tonisch klonisch
 Bewusstlos / nachher verwirrt
 Retrograde Amnesie / vorher Aura
 Schaum vorm Mund / Zyanose / Dyspnoe
 Seitlicher Zungenbiss / Urin- / Stuhlabgang
 Anfallskrankheiten in Familie
 Anfälle tags / im Schlaf
 Körperverletzungen durch Anfall
 Nachher tiefer / langer Schlaf
 Durch Horizontallage gebessert
 Absencen zwischen den Anfällen / mit Hinfallen / mit Krämpfen / Automatismen (z. B. Kauen)
 Dauer der Bewusstseinsbeeinträchtigung
 Muskelatonie lokal / allgemein
 Petit mal täglich / monatlich
 Einseitige Muskelkrämpfe / Parästhesien / Paresen
 Sprach- / Sprechstörungen
 Bewusstsein (sonst ungestört / Dämmerzustände)
 Ausgelöst durch (Geburts-)Trauma / Vergiftung (Blei) / Atemanhalten / Hyperventilation / Fieber / Kopf- / andere Erkrankung / Aufregung / Schlafentzug / langes Fernsehen / Bildschirmarbeit / Discobesuch / Alkohol / Nikotin / Sonstiges

Intervallsymptome (Schwindel u. a.)
 Miktion / Stuhl / Menses
 Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Reflexe: Kornea / Pupillen / Muskeleigenreflexe der Extremitäten / Babinski
 Störungen von Sensorik, Motorik, Kraft, Koordination

Sprach- / Sprechstörungen
 Nackensteife (wenn Patient wach)
 Fieber
 Blutdruck / Puls
 Auskultation Herz und Lunge
 Ophthalmoskopie
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / Natrium / Kalium / Kalzium
 Sonst. Labor (spezialistischer Bereich: Prolaktin im Akutfall)

EKG
 EEG
 Kraniales CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.63 Morbus Menière – Bild einer Menière-Krankheit

Fritz Meyer

Die Menière-Krankheit (Morbus Menière) (C) zählt zu den sog. seltenen Krankheiten. Sie betrifft das Innenohr und manifestiert sich klassischerweise (**Menière-Trias**) mit **gleichzeitig** auftretenden Attacken von

- vestibulären Symptomen (Drehschwindel) und
- auditiven Symptomen (Hörverlust, Tinnitus, Ohrdruck).

Meist ist nur ein Ohr alleine betroffen. Die Patienten (bevorzugt zwischen 40 und 60 Jahren) sind durch diese Anfälle in ihrem Wohlbefinden und in ihrer Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Die Symptome können von Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen und/oder Schweißausbrüchen begleitet sein oder erst nach dem Anfall auftreten. Die Intervalle zwischen den Anfällen sind unterschiedlich lang. Ursächlich für diese variablen Erscheinungsbilder ist ein endolymphatischer Hydrops, so dass korrekt von einem „Menièresyndrom“ (Gürkov 2016) gesprochen wird. Die

■ Checkliste Nr. 63

für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein, dass eine Menière-Symptomatik vorliegt, wird in der Allgemeinpraxis weniger als einmal jährlich benötigt, da dieses Syndrom weit außerhalb der regelmäßigen Häufigkeit beobachtet wird. Der Allgemeinarzt hat also keinerlei Erfahrung in Einschätzung und Umgang mit diesem Krankheitsbild. Durch die Anwendung der Checkliste lässt sich eingrenzen, wieweit die eindrucksvoll berichteten Symptome mit dem Vollbild eines Menièresyndroms auf einen Nenner zu bringen sind; zudem werden mögliche **abwendbar gefährliche Verläufe** berücksichtigt.

Übersicht zu Programm Nr. 63 (Menière).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung

- *Hörsturz*
- *Lagerungsschwindel (paroxysmal)/Vestibulärer Funktionsausfall (einseitig)*
- **Tumoren** (z. B. Kleinhirnbrückenwinkel, Akustikusneurinom)
- *Intoxikationen (z. B. Drogen)*

63 Checkliste Menière-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein, dass eine Menière-Symptomatik vorliegt
Braun RN (1976) mod. Braun (1989, 1995) mod. Meyer F (2003, 2005) mod. Meyer F (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer / besorgt)

Anfälle (seit / wie oft)

Letzte Attacke / Dauer

Gleich / besser / schlechter

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Längste beschwerdefreie Intervalle

Vorher / früher Hörsturz

Vorher Aura / plötzlicher Anfang und Ende / auch im Schlaf

Drehschwindel (Richtung) / Hypakusis / Ohrensausen / -geräusche /
Ohrdruck (ein- / beidseits) / Kopfschmerzen / Brechreiz / Liftgefühl

Sonstige Symptome (Schweißausbrüche / Blässe / Schwarzwerden
vor den Augen / Hyperakusis / Bewusstseinstrübung)

Schwerhörigkeit (erheblich / gering / ein- / beidseits)

Ohrenschmerzen / Ohrenfluss / Tinnitus

Nach Anfall (Unruhe / Erschöpfung / Bedürfnis zu liegen)

Ausgelöst durch (Kopfverletzung / Ohrenoperation /
Wetter / Allergien / Nikotin / Alkohol / Medikamente /
Stress / Lageveränderung Körper / Kopf)

Lärm- / Stressbelastung (Arbeit / Familie / Freizeit / sonst)

Symptome besser durch (Ruhe / körperliche Belastung /
Physiotherapie / weniger / andere Medikamente)

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Gehörgänge / Trommelfelle

Tubenmanöver (li / re) (Valsalva-Pressversuch (neg / pos)

Stimmgabelversuch n. Rinne li (neg / pos) / re (neg / pos) /
n. Weber median / lateralisiert (nach li / nach re)

Hörweitenprüfung orientierend in Metern (Umgangs- /
Flüstersprache re / li)

Gleichgewichtsprüfung (Gang / Stehversuch n. Romberg)

Koordinationsprüfung (Finger-Nase-Versuch /
Knie-Hacke-Versuch) / Nystagmusbrille (in Ruhe /
Kopfschütteltest / Lagerungsmanöver)

Auskultation (Herz / Karotiden) / Puls / Blutdruck
(Arme beidseits)

HWS-Bewegungseinschränkung / Nackenbeugung

Zähne / Nasennebenhöhlen

Audiometrie

EKG / Langzeit-EKG / -Blutdruckmessung

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Nieren- / Schilddrüsenwerte

Serologie (Herpes, Varizellen-Zoster, Borrelien, Masern,
Mumps) / sonstiges Labor

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.64 Multiple Sklerose – Bild einer Multiplen Sklerose

Frank H. Mader

Patienten mit einer bereits diagnostizierten **Multiplen Sklerose** (D) (und den entsprechenden Handicaps) betreut der Allgemeinarzt im langjährigen Durchschnitt an der Grenze des regelmäßig Häufigen. Umso schwieriger wird es sich für ihn gestalten, mögliche Frühsymptome zu erkennen, zu beobachten und sie in Zusammenarbeit mit dem Spezialisten zu einem Krankheitsbild zusammenzufügen. Es können in der Allgemeinpraxis also viele Jahre vergehen, bis der Hausarzt wieder einen neuen Fall sieht. Die

■ Checkliste Nr. 64

für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein, dass eine Multiple Sklerose vorliegt empfiehlt sich daher für den möglichst frühzeitigen Einsatz, insbesondere auch, wenn die Symptomatik dieser „Krankheit mit 1000 Gesichtern“ erneut („**schubförmiger Verlauf**“) auftritt. Die Multiple Sklerose (MS) beginnt häufig mit **nervalen Symptomen** wie vorübergehende Visusminderung, Doppelbilder, Sensibilitätsstörungen (meist Kribbeln, Dysästhesien, Taubheitsgefühl), Lähmungen mit Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörungen. Sie setzen innerhalb von Stunden bis Tagen ein. Dieses „**klinisch isolierte Syndrom**“ (KIS) ist zu 90 % Vorboten einer Multiplen Sklerose (S2e-LL Multiple Sklerose 2012). Solche **Frühsymptome**, die häufig nur einzeln auftreten, können auch mit anderen Erkrankungen des Nervensystems verwechselt werden.

i Es gibt keinen „Test“ auf MS, jedoch eher typische Frühsymptome.

Bei den meisten Patienten bilden sich die Symptome eines Schubes innerhalb von 6–8 Wochen zurück. Typisch im jungen Erwachsenenalter sind transiente (Tage bis Wochen andauernde) neurologische Symptome, die meist spontan verschwinden. Für die richtige Einordnung der Krankheitszeichen ist die **Definition eines Schubes** zu beachten:

Neue oder eine Reaktivierung bereits zuvor aufgetretener klinischer Ausfälle und Symptome, die subjektiv berichtet oder durch die Untersuchung objektiviert werden können und

- a. mindestens 24 Stunden anhalten,
- b. mit einem Zeitintervall von 30 Tagen zum Beginn vorausgegangener Schübe auftreten und
- c. nicht durch Änderungen der Körpertemperatur (Uhthoff-Phänomen) oder im Rahmen von Infektionen erklärbar sind.

Von der **primär progredienten Multiple Sklerose (PPMS)**, die von Anfang an nicht schubförmig, sondern progredient verläuft, sind etwa 10 % aller MS-Patienten betroffen.

Vor dem Hintergrund von heute teilweise eindrucksvollen Therapiemöglichkeiten (z. B. Immunmodulation) ist es

dem Hausarzt dringend angeraten, den Patienten bei jeder diagnostischen Unsicherheit unverzüglich an einen Neurologen zu überwiesen. In gleichem Maße gewinnt die sichere differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber ähnlichen Krankheitsbildern wie Neuromyelitis optica, Kollagenosen, Borreliose, Sarkoidose, zerebrovaskulären, metabolischen Erkrankungen und anderen **abwendbar gefährlichen Verläufen** zunehmend an Bedeutung.

Den einen, beweisenden Befund für eine MS gibt es nicht. Die exakte Diagnose ergibt sich vielmehr aus einer **Kombination verschiedener Parameter**. Manchmal findet sich auch überhaupt keine Ursache, und die Symptome verschwinden genauso mysteriös, wie sie gekommen sind. Lassen sich die körperlichen Beschwerden nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen, sollte auch eine **somatoforme Störung** als ähnliches Beschwerdebild bedacht werden. Im Einzelfall kann sich die programmierte Diagnostik mit anderen Checklisten anbieten:

- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit)

Übersicht zu Programm Nr. 64 (Multiple Sklerose). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Müdigkeit, Mattigkeit, allgemein
- Visusstörung
- Parästhesien (z. B. Neuropathie)
- Neubildungen
- Vaskuläre und andere entzündliche Erkrankungen
 - im Gehirn-/Rückenmarksbereich
 - im Bereich der Augen
- Brachialgia paraesthetica nocturna
- Vitamin-B-12-Mangel
- Fibromyalgie
- Sexuell übertragbare Krankheiten (z. B. HIV, Lues)
- Somatoforme Störung

64 Checkliste Multiple Sklerose-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein, dass eine Multiple Sklerose vorliegt
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
Krank seit
Hauptbeschwerden
Beginn mit welchem Symptom / wann erstmals

Wie oft schon Rückfälle

Länge der beschwerdefreien Perioden

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Kribbeln / Taubheit (Gesicht / Hände / einseitig / beidseitig / anderswo)

Verschwommenes Sehen / Augenschielen / -flimmern
(neu aufgetreten) / Doppelbilder

Beine steif / Gleichgewichtsstörungen / Gangunsicherheit

Arme / Hände ungeschickt

Zwangslachen / Zwangsweinen

Stärker ermüdbar / Schwindel

Sprech- / Sprachstörungen

Mattigkeit / Müdigkeit / Leistungsschwäche

Nervosität / Depression

Stimmungslabilität / Euphorie

Blasen- / Darmfunktionsprobleme

Schübe nach Traumen / Anstrengungen / Infekten / Erkältungen /
Impfungen / Schwangerschaft / ohne Ursache

Alkohol- / Nikotinkonsum

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Pupillenreflexe

Visusprüfung

Sensibilität / Extremitäten

Blindgang / Ataxie

Intentionstremor beim Finger-Nase-Versuch

Lhermitte-Zeichen

Muskeleigenreflexe gesteigert / erweiterte Reflexzonen /
Babinski

Bauchdecken- / Kremasterreflex

Rektal

BZ / Lues-Serologie / HIV-Test

Sonstiges Labor

MRT

Liquorpunktion (oligoklonale Banden)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.65 Tremor – Uncharakteristisches Zittern

Frank H. Mader

Jeder Mensch kennt das – das **Zittern der Hände**, ausgelöst z. B. durch Kaffee, Angst oder Aufregung. Tremor (Zittern) ist eine unwillkürliche, oszillatorische Bewegung eines Körperteils, wobei sich beschreibend ein **Ruhetremor** von einem **Aktionstremor** (Halte-, Bewegungs- und Intentionstremor) unterscheiden lässt. Manchmal fällt das Zittern nur den Angehörigen auf („Wenn Onkel Kaffee trinkt, ist das die reine Zitterpartie“). **Tremor (A)** als ausschließliches Beratungsergebnis rangiert in den langjährigen allgemeinmedizinischen Fällestatistiken im unteren Drittel der rund 300 regelmäßigen Häufigkeiten.

Weitere häufige **Ursachen** sind Erschöpfung, Stress, Kälte, Hyperthyreose, Hypoglykämie und andere Stoffwechselstörungen. Ferner tritt der **verstärkt physiologische Tremor** als Nebenwirkung oder bei Entzug von verschiedenen Medikamenten oder Drogen auf (**medikamenten-induzierter** und **toxischer Tremor**). Die häufigste Form ist jedoch der **essenzielle Tremor**, der in jedem Alter auftreten kann und familiär gehäuft ist. Er betrifft meist beide Hände (Alkohol wirkt vorübergehend etwas mildernd) und findet sich oft zusammen mit Wackeln des Kopfes oder gar Tremor der Stimme.

Ein Konsensuspapier (Deuschl et al. 1998) unterscheidet neben dem physiologischen und verstärkt physiologischen Tremor weitere Tremorformen, wie den **dystonen Tremor** (Kopf-, Stimm- und Schreibtremor bei Dystonie-Erkrankten), den **zerebellären Bewegungs- und Intentionstremor** (z. B. durch Tumore, Schlaganfall) oder den zentralbedingten **neuropathischen Tremor**. Die

■ Checkliste Nr. 65

für die **allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Zittern** ist also gedacht, die wesentlichen konkurrierenden Beratungsergebnisse und **abwendbar gefährlichen Verläufe** als Tremorursache zumindest zu bedenken und zu dokumentieren. Die verfeinerte Tremordiagnostik mit Quantifizierung der Tremorstärke und -frequenz sowie die Differenzierung von Tremorerkrankungen (Tremoranalyse) erfolgt im Spezialbereich. Hierdurch ist auch eine Unterscheidung zwischen einem zentralen oder einem peripheren Tremor möglich. Die **therapeutischen Möglichkeiten** sind heute allerdings noch begrenzt.

Nicht übersehen darf der Allgemeinarzt bei uncharakteristischem Zittern ein **alkoholisches Prädelir** (oder auch ein akutes **Drogenproblem**). Der **Parkinson-Tremor** ist nicht Gegenstand dieser Überlegungen, da er charakteristisch in Erscheinung tritt.

Weitere Informationen sind zu finden unter:

- ► <https://www.uniklinik-freiburg.de/neurologie/behandlung/bewegungsstoerungen/tremor.html>

Übersicht zu Programm Nr. 65 (Tremor). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Stress, Angst, Erschöpfung/Sonstiges
- Hypoglykämie
- Hyperthyreose
- Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung (UAW)
- Drogen/Medikamente
- Prädelir/Alkoholkrankheit
- Zustand nach Schlaganfall

65 Checkliste Tremor-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischem Zittern

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Franke N (1992) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)

Beschwerden seit

Wie oft früher aufgetreten

Vorkommen in der Familie

Gleich / besser / schlechter

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Jetzt seit

Befall Finger / Hände / Arme / Beine / Kopf

Einseitig / beidseits

Wann auftretend (Tag / Nacht)

Vorher Fieber / Kopfunfall / verschüttet / Alkohol- / Nikotinabusus

Schlechter durch Ruhe / Aufregung / Übermüdung / Überforderung /
Wärme / Kälte / Nikotin / Koffein / Alkohol / Stress / willkürliche
Bewegungen

Schwitzen lokal / allgemein

Wärme- / kälteempfindlich

Nervös / reizbar / unruhig

Depressive Verstimmung

Schrift verändert (Mikrographie)

Muskelschwäche / Beine steif / schwer

Appetit verändert

Schlaf gestört

Krämpfe / Bewusstseinsstörungen

Halluzinationen

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Exophthalmus

Pupillenreflexe

Tremor fein- / grobschlägig / schnell / langsam Kopf
nickend / schüttelnd / Finger pillendrehend

Stimme dünn / monoton

Rigor bei passiven Bewegungen

Intentionstremor / sonstige Ataxie

Warme / kalte Hände

Blutdruck / Puls

Systolikum über dem Herzen

Palpation Abdomen (Leber)

Urin

BZ / Leberwerte / Kreatinin / TSH

Sonstiges Labor

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.66 Psychosoziale Genese – Bild psychosozial bedingter Beschwerden

Frank H. Mader

Die Allgemeinmedizin ist die tragende Säule der Sozialversicherung im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung (FDA 1980). Eine der hausärztlichen Kernkompetenzen ist die **psychosomatische** und **psychosoziale Grundversorgung** (DEGAM 2014).

Für die Theorie des „**biopsychosozialen Krankheitsmodells**“ gibt es keinen Begründer, sie ist vielmehr das Ergebnis eines weltumspannenden Netzwerkes. Dieses Denken ermöglicht erstmals ein wissenschaftlich begründetes ganzheitliches Verständnis von Krankheit bzw. Gesundheit. **Krankheit** und **Gesundheit** erscheinen folgerichtig nicht als ein Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. In diesem Modell ist eine Ausschlussdiagnostik von entweder „organisch“ oder „psychisch“ konsequenterweise nicht möglich.

Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist (Egger 2008). Bereits Mitte der 1970er Jahre entwickelte R. N. Braun zusammen mit dem neuseeländischen Arzt S. R. West die

■ Checkliste Nr. 66

für die allgemeinmedizinische Orientierung bei höchstwahrscheinlich psychosozial bedingten (funktionellen) Beschwerden.

Heute gibt es im Spezialbereich zahlreiche Tests und Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeit und ihrer Situation im Hinblick auf ihr psychisches und soziales Verhalten (z. B. bei schwerer oder chronischer Krankheit, bei Problemen am Arbeitsplatz, in der Schule, in der Beziehung, durch Migration, durch Alkohol, Drogen oder nicht stoffgebundene Süchte). Speziell für die Allgemeinmedizin empfehlen sich zur Abgrenzung einer **Depression** sowie für einen wichtigen Teilaspekt mit **familiärem Hintergrund** folgende Checklisten:

- Checkliste Nr. 60 (Depression)
- Checkliste Nr. 84 (Familiäre Problematik)

Selbstverständlich kann die Gesellschaft nicht jedem Individuum unbegrenzte ärztliche Hilfe kostenlos bieten; insbesondere der Allgemeinarzt kann dem einzelnen Patienten nur für eine relativ bescheidene Zeitspanne zur Verfügung stehen. Es ist daher das wissenschaftliche, berufstheoretische und vor allem auch berufspraktische Problem, dafür zu sorgen, dass diese Beratungszeit optimal ausgenutzt wird. Diagnostische Programme sind eines der Mittel dafür.

Obwohl mit der Checkliste Nr. 66 nur ein recht bescheidenes Programm geboten wird, so stellt dieses **systematische Ausloten des psychosozialen Hintergrundes** immerhin etwas dar, das sich bei den wenigen dafür in Frage kommenden Personen im Rahmen der normalen allgemeinärztlichen Tä-

tigkeit verwirklichen lässt. Die Patienten sind dankbar für die problemorientierte Zuwendung des Hausarztes. Natürlich ist dies gleichzeitig auch ein Stück Psychotherapie.

Selbstverständlich muss bei aller Wahrscheinlichkeit für einen psychosozialen Hintergrund der Beschwerden stets auch ein möglicher **abwendbar gefährlicher Verlauf** (z. B. Anpassungsstörung, Depression, Suizid) im Auge behalten werden. Hier kann die laufende **Falsifizierung** des Arztes („*es sieht so aus wie ... – aber was ist es wirklich?*“) eine gewisse Hilfe darstellen, ebenso wie die Absicherung im somatischen Bereich durch Anwendung der

■ Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica).

i Es ist **falsch**, etwas vorschnell als „psychosomatisch“ oder „psychosozial“ zu klassifizieren, wenn nichts Organisches vorzuliegen scheint.

66 Checkliste Psychosozial-Programm

– für die allgemeinmedizinische Orientierung bei höchstwahrscheinlich psychosozial bedingten (funktionellen) Beschwerden
West SR, Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1992, 1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)	Übermaß an konkurrierenden Verpflichtungen
Hauptbeschwerde(n) seit	
Gleich / besser / schlechter	Nachlassen des Interesses an Sex
Schon mal gehabt	Verlust von Freundlichkeit gegenüber den anderen / der Sympathie für andere / des Gefühls für Realität / Initiative
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	
Art der früheren Beschäftigung(en)	Gründe zu klagen / „alle gegen mich“ / Verfolgungsgefühl
Psychische Erkrankungen in engster Familie	Aggressivität
	Abnorm ängstlich und in Spannung
Früher / jetzt schlechter Gesundheitszustand	Appetitverlust / Gewichtszunahme / -abnahme
Schule und andere Ausbildungen	Kopfschmerzen / Herzklopfen
Ausbildungsniveau unter Arbeitskollegen	Verdauungsbeschwerden / Flatulenz
Stress in Familie / am Arbeitsplatz / in sozial gleichgestellter Gruppe	Kreuz / -Rückenschmerzen
	Pollakisurie / Sonstiges
Wenige / oberflächliche Interessen	Abhängigkeit (Alkohol / Nikotin / Glücksspiel / Sonstiges)
Körperliche Verfassung genügt nicht den Anforderungen	Ängste (Furcht vor)
	Vermutete Ursache
Geistige Leistungen unter dem erwarteten Niveau	Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
Persönlichkeitsveränderung in jüngster Zeit	
	Sonst noch
Pläne größer als Erfolge	
Schwierigkeiten bei Entscheidungen	
Kann nicht mit üblichem Stress fertig werden	
Launisch / depressiv / traurig / mutlos	
Selbstmordgedanken	
Schwierigkeiten, geistig / körperlich zu entspannen	
Einschlafschwierigkeiten / frühes Erwachen	
Sehr müde wegen großer Anstrengungen / ohne solche Ursache	

Objektiv

Wenig Interesse am Interview
Nach Lage und Beschwerden weiter mit dem
entsprechenden Programm

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.67 Tabula diagnostica – Völlig unklare Symptomatik

Frank H. Mader

Welches diagnostische Programm soll der Allgemeinarzt einsetzen, wenn ihm ein Patient begegnet, bei dem nicht sofort das Leitsymptom (z. B. Husten, Pruritus, Muskelkrämpfe) einigermaßen klar auf der Hand liegt? Wenn es sich um einen multimorbiden älteren Menschen handelt mit Polypharmazie? Oder beispielsweise um einen jüngeren mit Übelkeit, Gewichtabnahme und Müdigkeit und gar noch Fieber? Die

■ Checkliste Nr. 67

für die **allgemeinmedizinische Diagnostik bei einer Vielzahl uncharakteristischer, allgemeiner und/oder lokaler Beschwerden und/oder Krankheitszeichen** kann in solchen Fällen einen strukturierten Einstieg in die Erfassung des komplexen Krankheitsgeschehens bieten. Solche „**Keine-Ahnung-Fälle**“ kommen sicherlich nicht jeden Tag vor.

■ Historie

Die Checkliste Nr. 67 „Tabula diagnostica“ ist **das erste wissenschaftlich erarbeitete, spezifisch allgemeinmedizinische Werkzeug**. Die Vorgeschichte reicht bis ins Jahr 1957 zurück (► Abschn. 2.1). Nach einer Reihe von Entwicklungsphasen wurde sie auf dem ersten wissenschaftlichen Praktikerkongress der Arbeitsgemeinschaft für praktisch angewandte Medizin in Wien am 27.09.1959 erstmals der medizinischen Öffentlichkeit vorgestellt. Zugleich wurde der Entwurf in verschiedenen medizinischen Fachblättern (Braun 1960, 1962) publiziert. Die von Braun ursprünglich entwickelte Tabula diagnostica war im zweiseitigen Querformat von vornherein für einen längeren Beobachtungszeitraum (Tage, Monate, Jahre) für das betreffende Beratungsproblem konzipiert. 43 Jahre später erfolgte die Neubearbeitung durch Mader in Form einer einheitlichen einseitigen Oberfläche im Hochformat mit den senkrechten Rubriken „Subjektiv“ und „Objektiv“ (Braun und Mader 2003).

■ Anwendung

Die einzelnen Items dieser Checkliste wurden aus der **jahrelangen Praxisbeobachtung** heraus bei ähnlich gelagerten und völlig unklaren und uncharakteristischen Fällen zusammengetragen. Sie wurden durch umfangreiche **Literaturrecherchen** ergänzt, evaluiert und fortlaufend aktualisiert; dabei wurde bevorzugt darauf geachtet, den Gesamtumfang der Checkliste überschaubar, also **praxisgerecht** zu halten.

Der Einstieg in diese Checkliste geht – wie bei den anderen Programmen auch – von der **Beratungsursache (BU)** und dem **ersten Eindruck** aus: Was klagt/berichtet der Patient? Was fällt dem Arzt spontan auf? Es folgt dann eine **Batterie von Items**, die dem Neuanwender zunächst vielleicht willkürlich und unsystematisch erscheinen mag. Anwendungsbeobachtungen in verschiedenen Allgemeinpraxen haben jedoch ergeben, dass sich dieser „bunte Strauß“ an Fragen und Beobachtungen durchaus bewährt; es ist ja das Charak-

teristikum des „Keine-Ahnung-Falles“ in der Praxis, dass der Arzt nicht einmal ansatzweise eine zielführende Richtung für seine Überlegungen erkennen kann.

■ Menü von gleichrangigen Überlegungen

Sämtliche Items verstehen sich als **Angebot** in einem „**Menü von prinzipiell gleichrangigen Überlegungen**“, dessen „Speisenfolge“ durchaus „nach gusto eingenommen“, in unserem Fall also abgearbeitet werden kann. Der Checkliste muss daher in der Rubrik „Subjektiv“ nicht zwanghaft gefolgt werden.

i Ein spontanes Weglassen oder Überspringen einzelner Items sollte letztlich begründbar sein.

Um **Entwicklung und Verlauf** der ursprünglichen BU zu verfolgen und zu dokumentieren, empfiehlt es sich, die Checkliste der Erstkonsultation zum Vergleich heranzuziehen. Die Stichwörter in der Rubrik „Objektiv“ fassen alle physikalischen, laborchemischen und technischen Untersuchungen zusammen, die der Allgemeinarzt in seiner Praxis selbst bzw. in gezielter Zusammenarbeit mit dem Spezialisten in solchen unklar gelagerten Fällen vornehmen kann.

■ Kombination mit anderen Programmen

Einen gewissen inneren Zusammenhang der einzelnen Stichwörter kann man vielleicht darin sehen, dass die meisten von ihnen auf **mögliche abwendbar gefährliche Verläufe** fokussieren (vorrangig **Malignome** und **Diabetes mellitus**). Lenkt sich im Verlauf der Beratung der Fokus auf ein eher spezielles (psychosoziales) Beratungsproblem, so empfiehlt sich die programmierte Vertiefung beispielsweise mit

- Checkliste Nr. 60 (Depression),
- Checkliste Nr. 61 (Nervöse Erschöpfung),
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese),
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit),
- Checkliste Nr. 84 (Familiäre Problematik).

■ Seltene Krankheiten

Neben den „klassischen“ AGVs muss der Allgemeinarzt von heute bei besonders unerklärbaren Fällen auch die Möglichkeit einer **Seltenen Krankheit (SK)**, auch **Orphan diseases**, in Erwägung ziehen. Bis zu 8000 solcher Entitäten sind derzeit bekannt. Jedem Allgemeinarzt als Primärversorger könnten rückblickend auf seine langjährige Praxistätigkeit mindestens 5 solcher Fälle (wahrscheinlich ohne Aufdeckung) begegnet sein, vielleicht waren es sogar mehr, wenn sich die Diagnostik im Spezialbereich weiter verfeinert. Jedenfalls immer noch eine extreme Rarität. Oft haben die Patienten eine wahre Ärzteodyssee hinter sich, die vielleicht einmal beim Allgemeinarzt mit dem Satz begonnen hatte: „*Ich beobachte mich schon lange. Mit mir stimmt irgendwas nicht.*“ Nicht selten wurde der Betroffene als „Simulant“, „Querulant“ oder „komisch“ abgetan.

i Oft können Patienten mit einer Seltenen Krankheit ihre Beschwerden nur schwer in Worte fassen.

Ein oder mehrere der folgenden **Alarmzeichen** sollten an eine SK denken lassen (Erasmus Gen-Equip):

- Der Patient ist ungewöhnlich jung für diesen Zustand.
- Der Zustand tritt gewöhnlich nicht bei Patienten dieses Geschlechts auf.
- Es fällt ein gehäufter Familienbezug auf.
- Die Erscheinungsform geht über das Übliche hinaus.
- Die paarigen Organe des Patienten sind beidseits betroffen.

Etwa 80 % der SK, die eine sehr heterogene Gruppe mit ihren komplexen Krankheitssymptomen bilden, sind **genetisch** bedingt oder mitbedingt. Die Symptome zeigen sich häufig bereits im **Kindesalter**. SK verlaufen in der Regel chronisch. Bei Kindern und Jugendlichen überwiegen **Leukämien** und **Lymphome**; **Hirntumore** bilden die größte Gruppe der soliden Tumore. Für Arzt wie Patient sind ethische, rechtliche und soziale Auswirkungen eine gewisse Barriere in der Aufdeckung, insbesondere für den Patienten sind es Angst und psychische Belastung (Mikat-Stevens et al. 2015).

Heute gibt es bereits erste umfangreiche Fragebögen, die mit sehr hoher Zuverlässigkeit eine SK eingrenzen können (Mücke et al. 2018). Für die Allgemeinmedizin empfehlen sich zumindest 8 „**sinnvolle Anamnese-Fragen bei unspezifischen Beschwerden und Verdacht auf eine SK**“:

1. Trifft es zu, dass es schwierig für Sie ist/war, Ihre Beschwerden/irritierenden Erscheinungen in Worte zu fassen?
2. Haben/Hatten Sie eine irritierende Besonderheit (z. B. Verfärbung der Haut, Größerwerden von Körperteilen, Zittern, Zuckungen usw.) an sich festgestellt?
3. Haben Ihre Beschwerden/irritierenden Erscheinungen im Laufe der Zeit immer wieder andere Namen (Diagnosen) erhalten?
4. Gingen oder gehen Sie immer wieder mit denselben Beschwerden (irritierenden Erscheinungen) zu Ärzten/Ihrem Arzt?
5. Vermeiden Sie bewusst Aktivitäten (Tätigkeiten), bei denen Ihre Beschwerden/irritierenden Erscheinungen sichtbar werden?
6. Greifen Sie auf Hilfsmittel zurück, um im Alltag besser zurecht zu kommen?
7. Gab es ein bestimmtes Erlebnis, das Ihnen die Zunahme (Verschlechterung) Ihrer Beschwerden vor Augen führte?
8. Trifft es zu, dass Sie von Menschen aus Ihrem Umfeld (Familie, Bekannte, Freunde, Kollegen usw.) auf körperliche Auffälligkeiten angesprochen werden?

67 Checkliste Tabula diagnostica-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei einer Vielzahl uncharakteristischer, allgemeiner und / oder lokaler Beschwerden und / oder Krankheitszeichen

Braun RN (1959) mehrfach mod. Braun RN (bis 1976) mod. Braun RN, Danninger H (1989) mod. Landolt-Theus P (1995) neubearb. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
Welche Beschwerde(n) / was steht im Vordergrund
Krank seit / gleich / besser / schlechter
Schon mal gehabt
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
Sonstige frühere / derzeitige Krankheiten / welche Medikamente

Fieber(Schüttelfrost) / Rhinitis (Epistaxis) / Husten (Hämoptye / Hämoptyse)

Kopfdruck / -schmerzen
Ausschlag
Auffälligkeiten in der Familie / Umgebung
Schmerzen / Parästhesien
Anfälle / Lähmungen / Krämpfe
Psychische Problematik / Traumen
Gedächtnisleistung
Partner- / familiäre / soziale Problematik
Pyogene Infektionen
Atemnot (Ruhe / Belastung)
Herzklopfen / -jagen / -stolpern
Beinschwellungen / -schmerzen
Durchfall / Obstipation
Völlegefühl / Aufstoßen / Übelkeit / Erbrechen / Schluckbeschwerden (nach dem Essen) Ikterus
Pollakisurie / Oligurie / Algurie
Mattigkeit / Leistungsabfall / Appetitlosigkeit / Gewichtsverlust

Durst / familiärer Diabetes mellitus bekannt
Frösteln / Schwitzen / Schweißausbrüche
Schwindel / Gedächtnis
Schlaflosigkeit / Schnarchen
Menses / vaginale Blutungen / Gravidität / Mammae
Vita sexualis
Beruf (Belastung / Noxe)
Alkohol- / Nikotin- / Drogenkonsum
Reisen (Tropen)
HIV-Möglichkeit
Arbeits- / Schulunfähigkeit
Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
Sonst noch

Objektiv

Psychische / geistige Beurteilung
Schwer krank / kachektisch
Konjunktiven / Pupillen / Skleren
Nasennebenhöhlen
Ohren / Mundhöhle / Rachen
Nackenbeugung
Schilddrüse
Herz
Lungen
Abdomen
Axillen / Mammae
Hoden / Penis / Prostata
Lymphnoten
Gelenke
Haut / Blässe
Ödeme
Muskeleigenreflexe der Extremitäten / Babinski
Blutdruck / Puls
Gewicht / Größe (BMI)
Rektal / vaginal
Schellong-Test
EKG / Langzeit-EKG
Urin / Stuhlgang (okkultes Blut)
BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / GPT / GGT / Natrium / Kalium / Calcium / TSH
Schwangerschaftstest
Borreliose- / Lues- / HIV-Serologie / sonstiges Labor
Sonographie
Röntgen-Thorax / CT / MRT (Kopf / Abdomen)
Endoskopie (Gastroskopie / Koloskopie)
Sonstige bildgebende Verfahren

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.68 Adipositas – Übergewicht

Torben Brückner, Frank H. Mader

Eher nur selten suchen die Patienten primär wegen ihres „Übergewichts“ oder gar wegen einer „Fettleibigkeit“ als Beratungsursache den Allgemeinarzt auf. Wenn, dann war vielleicht bereits der Partner der Beratungsanlass („Du musst mal was gegen Dein Gewicht machen!“); eher steht **Adipositas** (A) als Beratungsergebnis am Ende eines diagnostischen Prozesses im Zusammenhang mit einer vorgeschobenen Beratungsursache wie „Mir tun die Knie so weh“ oder „Ich kriege immer schlechter Luft beim Treppensteigen“.

Meist hat der Betreffende schon einige Diätversuche hinter sich, auch zeitweilig einige Kilogramm verloren und dann doch wieder zugenommen, oder die weitere Gewichtsabnahme stagniert nach anfänglichem Erfolg. Sätze wie „Ich habe schon alles versucht“ und „Ich esse eigentlich fast gar nichts mehr und nehme trotzdem nichts ab“ sind jedem Allgemeinarzt wohl bekannt. Der Patient hat die Hoffnung, durch weitere Diagnostik eventuell eine Ursache („Hormone?“ oder „Schilddrüse?“) zu finden, die sich gar mit einer „Pille“ beheben lasse.

Adipositas wird definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Beurteilungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation (■ Tab. 4.9) ist der Körpermassenindex [**Body-Mass-Index (BMI)**], berechnet als Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2). **Übergewicht** ist definiert als BMI 25–29,9 kg/m^2 , **Adipositas** als BMI $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Neben dem Ausmaß des Übergewichts (= BMI) bestimmt das **Fettverteilungsmuster** das metabolische sowie das kardiovaskuläre Risiko (= viszerale Fettmasse: Bestimmung durch Taillenumfang). Bei Personen mit einem BMI $\geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ sollte auch der **Taillenumfang** gemessen werden (Wirth et al. 2014; S3-LL) (■ Tab. 4.9).

Während verschiedene Fachgesellschaften die Adipositas selbst als **Krankheit** ansehen, bezeichnet sie ein kritisches Sondervotum der DEGAM lediglich als **Risikofaktor** im Kontext z. B. von Begleiterkrankungen (DEGAM Praxisempfehlung 2016) (■ Tab. 4.10). Primär geht es dabei stets darum, langfristig wirksame Behandlungsoptionen bzw. mögliche Folgeschäden (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zu verhüten.

❗ Der einfache Schluss „übergewichtiger Patient = kranker Patient“ ist nicht richtig (Mader und Riedl 2018).

Die **Ursache** der Adipositas ist meist multifaktoriell. Überernährung und Bewegungsmangel sind Schlagwörter, die in viele Arzt-Patienten-Gespräche einfließen, doch nur selten zielführend sind, häufig jedoch Unmut oder Frustration bewirken. Die

■ Checkliste Nr. 68

zur allgemeinmedizinischen Diagnostik bei uncharakteristischer Gewichtszunahme oder bei dauernd starkem Übergewicht bietet Arzt wie Patient gleichermaßen eine sachlich-strukturierte Plattform an. Dagegen steht das oftmals emotionsbeladene ungestützte Gespräch. Der Einstieg in die

Checkliste könnte vielleicht lauten: „Ich glaube, wir sind jetzt an einem Punkt, wo wir uns zusammen vielleicht etwas systematischer unterhalten sollten. Was meinen Sie?“ Hier bietet die Checkliste zahlreiche **konkrete Stichworte** („Items“) und damit **Anknüpfungspunkte** für Essvorlieben und -störungen, heimliche Süchte, Belastungen, Scheitern und Ziele an. Selbst zur patientenseits vermuteten Schilddrüsenunterfunktion ergeben sich allein anamnestisch Hinweise, bevor überhaupt die erste Blutentnahme erfolgt. Das Vollbild mit Myxödem begegnet dem Arzt im heutigen Alltag kaum noch. Zu Ernährungs-/Gewichtsproblemen bieten sich noch folgende Checklisten an:

- Checkliste Nr. 69 (Appetitlosigkeit)
- Checkliste Nr. 91 (Essstörung)

Angesprochen werden in der Checkliste Nr. 68 (Adipositas) beispielsweise **Unerwünschte Arzneimittelwirkungen** (UAW) wie „Wassereinlagerung“. Auch der mögliche Zusammenhang von Adipositas und **Depression** wird verbalisiert: Antidepressiva und körperliche Inaktivität, gepaart mit „Frustessen“ als Ersatzerlebnis, steigern das Gewicht. Die Dickleibigkeit wiederum steigert das Unwohlgefühl, was wiederum demoralisiert. Erkrankungen, die mit **Ödemen** oder **Aszites** einhergehen können, müssen als mögliche **abwendbar gefährliche Verläufe** den Allgemeinarzt alarmieren. Nicht nur unter diesen Vorzeichen ist die körperliche Untersuchung Grundlage jeder qualitätsorientierten Allgemeinmedizin. Schließlich führen **Malignome** nicht immer nur zum klassischen Gewichtsverlust. Bei plötzlich großem „Diäterfolg“ sollte durchaus auch eine bösartige Erkrankung nicht nur als AGV, sondern auch als **Fallstrick** bedacht werden.

❗ Sowohl bei Gewichtsabnahme als auch bei Gewichtszunahme sollte man an **Malignome** denken (Ödeme und Aszites)!

In der Regel wird es durch die programmierte Beratung zu keinen noch unbekannten Aufdeckungen kommen. Patient und Arzt können aber versichert sein, vielleicht wieder einmal mehr einen ernsthaften und dokumentierten Versuch jenseits der Tabuisierung, Bagatellisierung oder des Scheiterns gewagt zu haben.

Übersicht zu Programm Nr. 68 (Adipositas). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Hypothyreose
- Cushing-Syndrom (Hypophysentumor)
- Malignome
- Ödeme (neu aufgetreten)
- Aszites
- Essstörungen/Sucht
- Medikamente (z. B. Kortikoide, Insulin, Antidepressiva)
- Genetische Ursachen (selten Prader Willi-Syndrom)

■ Tab. 4.9 Quantifizierung der Adipositas durch unterschiedliche Kenngrößen. (Iwen et al. 2011)

Methode	Kenngröße	Referenzbereich
Body Mass Index (BMI)	Gewicht/Größe²	kg/m²
	Einteilung gemäß WHO:	
	Untergewicht	< 18,4
	Normalgewicht	18,5–24,9
	Übergewicht	25–29,9
	Adipositas Grad I	30–34,9
	Adipositas Grad II	35–39,9
	Adipositas Grad III	> 40
Bauchumfang	Größter Bauchumfang	cm
	Erhöhtes Risiko (DDG, DAG):	
	Männer	> 102
	Frauen	> 88
Bauch-zu-Hüft-Verhältnis	Bauchumfang/Hüftumfang	cm
	Erhöhtes Risiko (AHA):	
	Männer	> 0,95
	Frauen	> 0,88
Bauch-zu-Größen-Verhältnis	Bauchumfang/Körpergröße	
	Grenze:	
	Männer und Frauen	> 0,5

WHO World Health Organization, DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft, DAG Deutsche Adipositas Gesellschaft, AHA American Heart Association

■ Tab. 4.10 Zusammenhang zwischen BMI und Folgeerkrankungen

Kategorie	BMI (kg/m ²)	Risiko für Folgeerkrankungen
Untergewicht	< 18,5	Niedrig
Normalgewicht	18,5–24,9	Durchschnittlich
Übergewicht	25–29,9	Gering erhöht
Adipositas Grad I	30–34,9	Erhöht
Adipositas Grad II	35–39,9	Hoch
Adipositas Grad III	> 40	Sehr hoch

68 Checkliste Adipositas-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Diagnostik bei uncharakteristischer Gewichtszunahme oder bei dauerndem starkem Übergewicht

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) neubearb. Mader FH (2003, 2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck
 Familiär Adipositas / Diabetes mellitus / Hypertonie / Schlaganfall / KHK

 Seit Kindheit / Jugendzeit schon übergewichtig
 Seit wann derzeitiges Übergewicht
 Wieviel im letzten Jahr zugenommen
 Frühere Therapieversuche (Medikamente / Diäten / Ernährungsschulung / -programme / Verhaltensänderung / Sonstiges) / Gründe für Abbruch / Nichtgelingen / Rückschlag
 Erhebliche Gewichtsschwankungen (Binge Eating Disorder)
 Beginn durch seelisches Trauma (z. B. Partner / Familie / Beruf) / Nikotinabstinenz / nach Menarche / Partus / Menopause / Operationen / Arthrose / Medikamente / Pille / Sonstiges
 Müde / dösig / schläfrig / nächtliches Schnarchen
 Dyspnoe (Ruhe / Belastung) / Zyanose
 Rasche Ermüdbarkeit / starkes Schwitzen / Gelenkbeschwerden

 Präkordiale Schmerzen (Ruhe / Belastung)
 Durst / Polyurie
 Bevorzugte Nahrung (Fastfood / Fett / Süßes)
 Alkohol- / Nikotinkonsum
 Medikamente / Hormontherapie
 Vita sexualis
 Bewusstsein über die Rolle von Speisenmenge / Nahrungszusammensetzung / nächtlichen Essanfällen / häuslichen Essgewohnheiten / Lebenserwartung / Bewegung / Stresssituationen / Ästhetik / Komorbidität
 Motivation zur Gewichtsreduktion
 Berufliche Situation
 Miktion / Stuhl / Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Gewicht / Körpergröße / Body Mass Index (BMI)
 Fettverteilungstyp / Striae
 Taillen- / Hüftumfang / waist-to-hip ratio (WHR)
 Vollmondgesicht / Myxödemtyp
 Virilismus bei Frauen
 Auskultation Herz / Lungen / Karotiden
 Palpation Abdomen (Leber / Milz)
 Genitale Hypoplasie
 Fußübel (Senk- / Platt- / Knickfüße) / Varizen
 Blutdruck / Puls
 Rektal / vaginal
 Urin
 BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / GPT / GGT / Harnsäure / TSH / Gesamt-Cholesterin / Triglyzeride / LDL- / HDL-Cholesterin / sonstiges Labor
 EKG
 Sonographie Abdomen
 Bioimpedanzanalyse

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.69 Appetitlosigkeit – Gestörtes Hungergefühl

Frank H. Mader

Bei diesem Programm geht es nicht um Appetitlosigkeit im Zusammenhang mit weiteren Allgemeinsymptomen wie Fieber, Frösteln, Mattigkeit z. B. im Rahmen einer Afebrilen Allgemeinreaktion (AFAR) (B) (► Abschn. 4.1), wenn also der Betreffende „etwas ausbrütet“. Eine kurze Phase einer Anorexie begleitet normalerweise nahezu alle plötzlichen (akuten) Krankheiten. Sie kann von schneller Sättigung, Geruchs- und Geschmacksveränderungen, Aversion, Übelkeit und Erbrechen begleitet sein. Die

■ Checkliste Nr. 69

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei Appetitmangel und/oder Appetitlosigkeit von über 2 Wochen bei körperlich gesund erscheinenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gilt jenen Patienten, bei denen die **Appetitlosigkeit** (A) zunächst einmal als Einzelsymptom geschildert wird. Bei Appetitlosigkeit oder Appetitverlust besteht nur wenig oder gar kein Verlangen nach Essen. Gleichzeitig nimmt auch das Hungergefühl ab. In manchen Fällen wird beim Anblick von Speisen sogar Ekel statt Appetit empfunden. 1976 wurde von Braun ein „Appetitlose-Kinder-Programm“ publiziert und in den Folgejahren weiterentwickelt. Heute, in Zeiten des Wohlstandes, ja des Überflusses, zumindest in manchen gesellschaftlichen Schichten, wird der Allgemeinarzt wohl kaum noch mit dem mütterlichen Wunsch nach „*appetitanregenden Tropfen für mein Kind*“ oder Ähnlichem aufgesucht.

Eher geht es darum, durch die programmierte Beratung herauszufinden, ob möglicherweise etwas Seelisches oder ein sozialer Konflikt das Kind (z. B. Schule), den Jugendlichen (z. B. kein Anschluss in der Gruppe) oder den Erwachsenen (z. B. familiäre/berufliche Probleme) belasten, so dass ihnen mehr oder minder stark „*der Appetit vergangen*“ ist. Natürlich müssen stets auch die **abwendbar gefährlichen Verläufe**, insbesondere die „Hauptverdächtigen“ wie **Malignome** oder **Depression**, bedacht werden. Ähnliche Beschwerdebilder, die mit mangelndem Appetit einhergehen können, gibt es viele.

Dieses Programm wird erfahrungsgemäß eher selten eingesetzt werden. Es bietet jedoch einen guten Einstieg oder Umstieg auf weitere Programme wie

- Checkliste Nr. 60 (Depression),
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese),
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica) und
- Checkliste Nr. 91 (Essstörung).

Weil sich **Riechverlust im Alter** schleichend entwickelt, kommen Patienten erst zum Arzt, wenn sie sich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlen; dies kann sich auch in Appetitlosigkeit, verändertem Essverhalten oder gar Gewichtsverlust bemerkbar machen. Ebenso können neben **Schluckstörungen** eine **gestörte Mundgesundheit** (z. B. durch Mundhöhlen-, Zungen-, Magen-Darm-Krankheiten)

über eine Beeinträchtigung der **Geschmacksempfindung** („*schmeckt alles gleich*“) zu Appetitmangel und Änderung des Essverhaltens führen (Meyer und Knorr 2012). Menschen mit **Demenz** können vergessen zu essen und zu trinken (wann? was? wieviel?) und dadurch auffallen, ständig Hunger zu haben oder das Essen mit der Begründung ablehnen: „*Ich hab schon gegessen.*“

Eine sinnvolle Einteilung der Fütter- und Essstörungen bei **Kindern bis zum Vorschulalter** nach 6 Gruppen bietet die Klassifizierung nach DC:0-3R (► <https://www.zerotothree.org/>). Eine der Gruppen betrifft die **kindliche Anorexie**: Das Kind hat keinen Appetit und ist an Essen nicht interessiert (aber an allem anderen wie Spielen, Herumlaufen).

Erstaunlich viele **Medikamente** können, wie im Beipackzettel ausgewiesen, ebenfalls das Geschmacksempfinden beeinträchtigen („*wie Metall im Mund*“) und dadurch zu Appetitlosigkeit führen. Mütter berichten insbesondere in Chats, dass ihre Kinder mit **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)** „*unter medis*“ wie Methylphenidat auffallend von Appetitlosigkeit betroffen seien.

Übersicht zu Programm Nr. 69 (Appetitlosigkeit). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Funktionelle Dyspepsie (Reizmagen)
- Malignome
- Zahn-, Zungen-, Mundhöhlenprobleme
- Depression
- Anorexia nervosa
- Frühschwangerschaft
- Arzneimittel (z. B. Methylphenidat, Antibiotika, Chemotherapeutika)
- Nicht-stoffgebundene Sucht
- Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum
- Hepatitis
- Demenz
- Kindliche Anorexie

69 Checkliste Appetitlosigkeit-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei Appetitmangel und / oder Appetitlosigkeit über 2 Wochen bei körperlich gesund erscheinenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2005) neubearb. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (Betroffener / Angehörige)	Psychische Beurteilung
Wie lange appetitlos	Bewegungsmuster Säugling / Kleinkind / Jugendlicher (lebendig / desinteressiert / apathisch / zappelig)
Krankheit derzeit / kürzlich durchgemacht	
Mund- / Zahn- / Magenprobleme / Schluckstörungen	Mimik (zugewandt / abwesend / starr)
Gewicht (konstant / Zu- / Abnahme innerhalb von)	Inspektion Jugendliche (Habitus) / Wirbelsäule (seitlich mit rechtwinklig erhobenen Armen / nach vorne gebeugt)
Schon mal gehabt	
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie / Maßnahme	Haut (Turgor / trocken / schlaff)
Besonderes Ereignis zu Beginn	Kopf (Lippen / Mund / Zähne / Zunge / Rachen)
Eltern / Angehörige / Pflege (gelassen / beunruhigt)	Herz- / Lungenauskultation
Fieber / Schweiß / Mattigkeit	Lymphknoten (Kopf / Hals / axillar / inguinal)
Spielt normal / in Gruppe integriert / Rückzug	Palpation Abdomen
Essvorlieben (keine / wählerisch / alles)	Blutdruck / Puls
Nahrungsverweigerung nur am Tisch	Körpergewicht (Perzentile / BMI)
Mahlzeiten regelmäßig / unregelmäßig / abgelenkt (Spiele / TV) / hektisch	Urin / BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / Ferritin / Transferrin / TSH
Nahrung / Getränke (selbstbereitet / Fast-Food / Kantine) / bevorzugt / abgelehnt	Sonstiges Labor
Gestörtes Riechen / Schmecken / Kauen / Schlucken	Beratungsergebnis
Nach dem Essen (satt / übel / Erbrechen)	
Alkohol- / Drogenkonsum	Maßnahmen
Probleme (Geschwister / Familie / Schule / Freunde / Partner / Arbeit / sonst)	
Stimmung (gelassen / traurig / euphorisch)	
Obstipiert / durchfällig / Würmer im Stuhl / Menses	
Arzneimittel	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstmaßnahmen	
Sonst noch	

4.70 Kopfschmerzen – Uncharakteristische Kopfschmerzen

Frank H. Mader, Charly Gaul

Jeder Hausarzt kennt diese Klage der Patienten: „*Ich bin so benommen im Kopf*“ oder „*Ich habe wieder mal meine Kopfschmerzen*“. Meistens klingt es nach einer harmlosen Befindensstörung, und der Arzt möchte den Zustand – im Einvernehmen mit dem Betroffenen – gerne auf „*das Wetter*“, „*den Kreislauf*“, „*den Stress*“ oder Ähnliches schieben. Die

■ Checkliste Nr. 70

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Kopfschmerzen als alleinige Beratungsursache sollte jedoch zumindest bei jedem neuen Fall von uncharakteristischem Kopfschmerz angewendet werden. Kopfschmerz als alleiniges Problem nahm in den Fällestatistiken über 45 Jahre hinweg stets vordere Ränge zwischen 11 und 27 ein. Betroffen sind alle Altersgruppen, Frauen doppelt so häufig wie Männer (Braun et al. 2007).

■ Vielfältige Ursachen

Neben der Checkliste Nr. 70 ist in weiteren 6 Programmen die Frage nach Kopfschmerzen bzw. nach Kopfdruck enthalten:

- Checkliste Nr. 24 (Schwindel)
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)
- Checkliste Nr. 90 (Kopfprellung)

Deuten die Leitsymptome eher auf einen psychischen oder psychosozialen Hintergrund, so empfehlen sich

- Checkliste Nr. 60 (Depression)
- Checkliste Nr. 61 (Nervöse Erschöpfung)
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese)

In der Allgemeinmedizin kommen auf jeden Dauerpatienten mit Kopfweh jährlich nicht weniger als 2 neue Kopfschmerzfälle dieser Art.

■ Internationales Klassifikationssystem

Die International Headache Society (IHS) hat 2018 (3. überarb. Aufl.) ein neues Klassifikationssystem vorgestellt, das sich an der Phänomenologie der Kopfschmerzformen orientiert; zu den 13 Typen gehören im Einzelnen u. a.: Migräne, Spannungskopfschmerz, Clusterkopfschmerz, Kopfschmerz durch Kopf- und/oder HWS-Trauma, gefäßbedingter Kopfschmerz, substanz- oder entzugsbedingter Kopfschmerz, Kopfschmerz durch Störungen der Homöostase (z. B. Taucher- oder Höhenkopfschmerz, hypertensive Krise). Dieses Prinzip ermöglicht, dass ein Patient zur gleichen Zeit, aber auch zu unterschiedlichen Zeitabschnitten, verschiedene Kopfschmerzbezeichnungen haben kann. Zwischen den verschiedenen Kopfschmerzentitäten gibt es sehr viele Übergangsformen (Gaul und Diener 2016).

■ Spannungskopfschmerzen

Spannungskopfschmerzen (ca. 90 % aller Kopfschmerzfälle) werden durch ihren Schmerzcharakter beschrieben als ein

beidseitig auftretender, milder bis mittlerer Schmerz, der „*wie eine Schraubzwinge um den Kopf*“ empfunden wird, aber nicht mit migränetypischen Symptomen (s. u.) einhergeht. Meistens dauern die Kopfschmerzen eine halbe Stunde, selten jedoch bis zu 1 Woche. Zum Teil gehen sie mit einer erhöhten Druck- und Schmerzempfindlichkeit der perikranialen Muskulatur einher. Kriterien für Spannungskopfschmerzen nach IHS (2018; ► <https://www.ichd-3.org>) sind:

1. Kopfschmerzen mit mindestens 2 der folgenden Charakteristika:
 - Beidseitiger Schmerz
 - Drückend (nicht pulsierend)
 - Milder bis mäßiger Druck
 - Keine Schmerzzunahme unter körperlicher Anstrengung.
2. Und nicht mehr als einem der folgenden Charakteristika:
 - Lichtempfindlichkeit
 - Geräuschempfindlichkeit
3. Und keinem der folgenden Charakteristika:
 - Übelkeit
 - Erbrechen
4. Und einer Dauer von 30 min bis zu 7 Tagen

■ Weitere diagnostische Unterteilung

Nach der Zeitdauer der Schmerzen lassen sich unterscheiden:

1. **Episodische Kopfschmerzen** (< 15 Tage/Monat) oder
2. **Chronische Kopfschmerzen** (15 oder mehr Kopfschmerztage über mind. 3 Monate)

■ Alarmsymptome und Notfall

Als **Alarmsymptome** für sog. **Sekundäre Kopfschmerzen** gelten allgemein: erstmals im Leben auftretend – hohe Intensität – und/oder mit Fieber – Zunahme der Intensität – kein Ansprechen auf Analgetika – erstmals jenseits des 55. Lebensjahres. Oder bei **Meningitis-Bild**: gleichzeitig mit Nackensteifigkeit, Nacken- und Rückenschmerzen. Oder mit Fieber, Müdigkeit, Sehstörungen bei **Ateriitis temporalis** als weiterem **abwendbar gefährlichem Verlauf**.

i Jeder akut aufgetretene Kopfschmerz mit **Alarmsymptomen** ist unverzüglich abklärungsbedürftig, insbesondere bei donnerschlagartigem Einsetzen und Fokalneurologie (**Notfall!**)

Beim **Kopfschmerznotfall** kommt das kraniale CT zum Einsatz. Bei ambulanter Überweisung zügige Diagnostik mit zunächst kranialem MRT.

■ Frühzeichen des Hirntumors

Die Frühzeichen eines Hirntumors sind häufig **unspezifisch**: Wesensveränderung, fokale neurologische Defizite sowie Kopfschmerzen, die häufig den Charakter einer beim Patienten bereits vorhandenen Kopfschmerz Erkrankung annehmen können (z. B. Bild einer chronischen Migräne oder eines chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp); sie sind dann vom Eindruck her nicht sicher von einem AGV abzugrenzen.

■ Kopfschmerz bei intrakranieller Druckerhöhung

Das klassische Bild aus **starkem Kopfschmerz** mit morgendlicher **Übelkeit** entsteht, wenn es zur intrakraniellen Druckerhöhung kommt, der Tumor rasch raumfordernd wächst oder die Liquorabflüsse verlegt. Für die meisten Patienten sind die Beschwerden „neu“ oder „anders“ als die bisher erlebten Kopfschmerzen. Dennoch wird mancher Betroffene versucht sein, eine für ihn nachvollziehbare Erklärung dafür zu finden (z. B. „*Sonnenstich*“, „*zu viel Alkohol am Vorabend*“).

■ Migräne

Selbst erfahrene Ärzte verwechseln eine Migräne manchmal mit einem „**Nebenhöhlenkopfschmerz**“. Dabei scheinen schon 3 Fragen mittels eines **Kurzfragebogens** auszureichen, um relativ treffsicher eine Migräne zu identifizieren (Cady et al. 2004). Auf diese Weise konnte bei 3014 Migräne-Kranken in 77 % korrekt eine Migräne diagnostiziert werden. Sofern die Patienten die beiden ersten Fragen mit „Ja“ und die letzte mit „Nein“ beantworten, gilt dies als Hinweis auf eine Migräne:

1. Leiden Sie unter wiederkehrenden Kopfschmerzen, die Ihre Arbeit, Ihr Familienleben oder Ihre sozialen Aufgaben beeinträchtigen?
2. Halten Ihre Kopfschmerzen mindestens 4 Stunden an?
3. Hatten Sie während der letzten 6 Monate neue oder verschiedene Formen des Kopfschmerzes?

Unterschieden werden Migräne ohne und mit Aura (Aura ca. 5–60 min). Diagnostische Kriterien einer **Migräne ohne Aura**:

- A. Mindestens 5 Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen.
- B. Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4 bis 72 h anhalten und an < 15 Tagen/Monat auftreten.
- C. Der Kopfschmerz weist mindestens 2 der folgenden Charakteristika auf:
 1. einseitige Lokalisation
 2. pulsierender Charakter
 3. mittlere oder starke Schmerzintensität
 4. durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen) verstärkt oder führt zu deren Vermeidung.
- D. Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines:
 5. Übelkeit und/oder Erbrechen
 6. Photophobie und Phonophobie.
- E. Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.

■ Zusammenarbeit mit dem Spezialbereich

Je heftiger die Schmerzen sind und je rascher sie sich verschlimmern, umso eher wird der Hausarzt die Überweisung in den spezialistischen Bereich vornehmen. Umgekehrt: Je länger offensichtlich harmlose Kopfschmerzen bestehen und umso weniger sich in dieser Zeit der Zustand geändert hat, umso mehr kann sich der Arzt mit einer Überweisung Zeit lassen. Um **chronische Kopfschmerzen**, die sich verschlimmern, abzuklären, wird das MRT wegen seiner großen

Sensitivität in der Diagnostik von Tumoren, Aneurysmen und von Läsionen der hinteren Schädelgrube dem CT vorgezogen.

■ Keine verschleiernde Therapie

Abwendbar gefährliche Verläufe wie beispielsweise ein **Gehirntumor**, ein **Glaukom** oder ein spontan rupturiertes **Hirngefäßaneurysma** sind an sich schon Raritäten. Noch seltener treten sie primär wie uncharakteristische Kopfschmerzen in Erscheinung.

Übersicht zu Programm Nr. 70 (Kopfschmerzen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Plausible Ursachen* (z. B. Bildschirm, Raumklima)
- **Hypertensive Krise**
- *Depression*
- *Myalgien* (zervikal)
- *Cluster-Kopfschmerz*
- *Migräne*
- *Trigeminusneuralgie*
- **Meningitis**
- **Arteriitis temporalis**
- **Neubildungen, Raumforderung**
- **Intrakranielle Blutung** (subarachnoidal)
- **Glaukom**
- **Sinusthrombose**

70 Checkliste Kopfschmerzen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Kopfschmerzen als alleinige Beratungsursache
 Braun RN, West SR (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 1998) mod. Mader FH (2003, 2005) neu bearb. Mader FH, Gaul C (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)
 Kopfschmerz seit / an wieviel Tagen / Monaten
 Attackendauer / -häufigkeit
 Schon mal gehabt / gleich / besser / stärker / häufiger
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Erstmals / außergewöhnlich
 Im Intervall / dauernd / schlagartig
 Lokalisation streng begrenzt / einseitig / beide Schläfen / Hinterkopf / Schädeldach / ausstrahlend
 Beginn durch Aufregung / Unfall (Sturz) / Erkältung
 Bei Tage / nachts (Clusterkopfschmerz!) / Tiefschlaf (Migräne!) / jahreszeitlich / mit Aura
 Zunahme bei körperlicher Aktivität und Ruhe- / Rückzugsbedürfnis (Migräne!)
 Behinderung der üblichen Aktivitäten / Arbeitsfähigkeit
 Übelkeit / Erbrechen / Polyurie / Polydipsie
 Photo- / Phonophobie
 Fieber / Schüttelfrost / Nacken- / Rückenschmerzen
 Dumpf / drückend / pochend / hämmernd / ziehend / Sonstiges

 Intensität leicht / noch zu ertragen / heftigst
 Glaukomzeichen / migräneartig
 Schlafstörungen / Alpträume / Appetit
 Familiäre / berufliche Belastung / Allergien / Behinderung der Aktivitäten

 Konzentrationsverlust / Müdigkeit / Schwindel
 Schlechter / ausgelöst durch Witterungsänderung / Wärme / Kälte / Fernsehen / Bildschirm / Lesen / Brille / Beruf / Partnerschaft / Körperhaltung / Licht / Lärm / Anstrengung / Aufregung / körperliche Aktivität / Stress / Sex / Schule / Medikamente (z. B. Nitrate) / Pille / Gifte / Menses / Schnarchen (Schlafapnoe!) / nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus) / Rauchen / Alkoholika / Kaffee / Sonstiges
 Besser durch Kaffee / Tee / Medikamente / Ruhe / Frischluft / Bewegung / Sonstiges
 Chronische Krankheiten bekannt
 Miktion / Stuhl / Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Hinweis für Organerkrankung
 Trigeminoautonome Zeichen (Augenrötung / Naselaufen / Unruhe)
 Halswirbelsäule (Rotation / Drehung / Kippen)
 Palpation am Schädel (Schläfengegend / Trigeminus / Kiefergelenke) / Druckempfindlichkeit
 Druck auf die Augenbulbi
 Muskulatur (Hals- / Rücken- / Brust- / Kaumuskulatur) / Levator scapulae / Sternocleidomastoideus)
 Blindgang / Intentionstremor / Finger-Nase-Versuch

 Nasen- / Rachenraum / Klopfempfindlichkeit Kiefer- / Stirnhöhlen / Luftdurchgängigkeit der Nase li / re

 Otoskopie
 Sehvermögen / Pupillenreaktion / Augenmuskulaturbewegung

 Inspektion Augenhintergrund
 Augenfundus / -druck (Vorderkammern)
 Blutdruck / Puls
 Urin
 BKS / CRP (M. Horton!) / Blutbild / BZ / Natrium / Kreatinin
 EKG
 Echokardiographie
 EEG
 Röntgen (HWS / Gebiss)
 Kraniale CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.71 Schlaflosigkeit – Uncharakteristische Schlaflosigkeit

Torben Brückner, Frank H. Mader

Kommt das Thema Schlafstörung (**Insomnie**) im Behandlungszimmer zur Sprache, wird vom Patienten damit zumeist der Wunsch nach einer Schlaftablette verbunden. Dies eröffnet dem Allgemeinarzt ein weites Feld für ein vertiefendes Gespräch (z. B. Abhängigkeitspotenzial, Schlafhygiene). Damit sollte dem Patienten bewusst werden, sein Problem nicht einfach an eine Tablette zu delegieren. Die

■ Checkliste Nr. 71

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Schlaflosigkeit kann für einen strukturierten Gesprächseinstieg ein Hilfsmittel sein, bei dem sich auch die Erwartungen des Patienten einbinden lassen. Manchmal ist das Thema Schlafstörung auch nur die **vorgeschobene Beratungsursache** für tiefer liegende Probleme, die der Patient initial nicht gleich ansprechen möchte. Gelegentlich wird geradezu dramatisch berichtet: „*Ich wälze mich die ganze Nacht im Bett herum und höre jeden Glockenschlag.*“ Der Ausdruck „**Schlaflosigkeit**“ wird vom Laien im Allgemeinen für jede Beeinträchtigung bezüglich Dauer, Tiefe und Erholungseigenschaften des Schlafes gebraucht. Daher stellt sich die Frage, ob die vorgebrachten Beschwerden Ausdruck eines längerfristig nicht erholsamen Schlafes (**Krankheit**) oder lediglich eine vorübergehende **Befindlichkeitsstörung** sind.

Ein- und Durchschlafstörungen (A) nehmen in jahrzehntelangen allgemeinmedizinischen Fällestatistiken einen Rang im ersten Drittel der regelmäßigen Häufigkeiten ein. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Der Altersgipfel in der Allgemeinpraxis liegt deutlich bei den über 65-Jährigen (Fink und Haidinger 2007). Die wohl meisten Fälle erreichen nicht den Arztbereich. Die überwiegenden Störungen spielen sich im Bereich des Normalen ab, allerdings gibt es auch **abwendbar gefährliche Verläufe** (z. B. **Depression**) zu bedenken. Daneben finden sich Erkrankungen/Belastungen, die mit Schlafstörungen einhergehen können (z. B. Schichtarbeit). Betablocker oder Antidepressiva können ebenfalls schlafstörend wirken (Riemann und Nissen 2012).

Die nichtorganischen Insomnien unterscheiden sich in der Zeitdauer:

- **akute Insomnie** (Kurzzeit-Insomnie): Ungenügende Dauer und/oder Qualität des Schlafs für mind. 4 Wochen,
- **chronische Insomnie**: > 3 Monate (S1-LL; Prehn-Kristensen 2018).

Besondere Bedeutung – da therapeutisch sehr relevant – haben die **atembezogenen Schlafstörungen** (z. B. obstruktive **Schlafapnoe**) mit dem Leitsymptom **Tagesschläfrigkeit**, obwohl der Patient meist tief und fest durchschläft (S3-LL; Arzt et al. 2017). Für diese Fälle empfiehlt sich die

- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit).

Liegen komplexe Schlafstörungen vor (z. B. **Narkolepsie**), sollte der Patient an ein schlafmedizinisches Zentrum verwiesen werden. Belastende **Alpträume** werden von ca. 5 % der Erwachsenen und Kinder berichtet; sie sind abzugrenzen vom **Pavor nocturnus** („Nachtangst“) der **Kinder** (3 bis 7 Jahren), die sich – im Gegensatz zum Albtraum – am Morgen nicht mehr an den Vorfall erinnern können. Das Schlafbedürfnis von Kindern wird häufig überschätzt, indem der Tagesschlaf unberücksichtigt bleibt. Mindestens 20 % der Kinder haben Schlafprobleme; anstatt Tagesmüdigkeit zeigen sie Symptome wie Verhaltensauffälligkeiten, Schulprobleme, Hyperaktivität (Mellies 2017).

So groß die Zahl der Schlafstörungen – so vielfältig ist auch die Therapie mit ihren verhaltenstherapeutischen Methoden (Mader: Fakten-Fälle-Fotos^{®13}).

Übersicht zu Programm Nr. 71 (Schlaflosigkeit). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- **Depression**
- **Schlafbezogene Atemstörungen (Schlafapnoe)**
- **Herzinsuffizienz**
- **Arterielle Hypertonie**
- **Hyperthyreose**
- **Drogen-/Medikamentenmissbrauch**
- **Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)**
- **Restless-Legs-Syndrom**
- **Schichtarbeitersyndrom**

13 ► http://www.fakten-faelle-fotos.de/index.php?content=2&ivz_id=420&anker_nr=342.

71 Checkliste Schlaflosigkeit-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Schlaflosigkeit

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck	Ängste (Furcht vor)
Beschwerden seit	Vermutete Ursache
Gleich / besser / schlechter	Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
Schon mal gehabt	Sonst noch
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	

Chronische Erkrankung

Bestimmte Medikamente / Dauereinnahme

Geschätzte Schlafdauer (Stunden) derzeit / früher

Ein- / Durchschlafen gestört

Tagesschlaf (wie lange) / am Tage Einschlafneigung /
Tagesschläfrigkeit / schon mal eingeschlafen beim Autofahren /
Einschlafen vor dem Fernseher

Ausgelöst durch Aufregungen / Grübeln / Fernsehen / Computer /
Smartphone / Radio / Bücher / familiäre / Umweltprobleme /
Berufsprobleme / Nachtarbeit / finanzielle Sorgen / Lärm / Reisen /
abends geistige Arbeit / Schach-, Kartenspielen etc. / Abusus
Alkohol / Nikotin / Bohnenkaffee / Tee / Medikamente (ASS,
Indometacin / Lithium / Antidepressiva / Betarezeptorenblocker /
Kortikosteroide) / späte / üppige Mahlzeiten / Aufhören mit
Schlafmitteln / Schnarchen des Partners / Linkslage / Nykturie /
Dyspnoe / Herzklopfen / Husten / Fieber / Schmerzen / zu warm
bekleidet / zugedeckt / ungewohnte / schlechte Betten / Schlafraum
(überhitzt / Klimaanlage) / zu wenig Bewegung tagsüber

Schlafstörungen durch nächtliche (Cluster-)Kopfschmerzen

Depressionen / morgendlicher Hangover

Laut Schlafpartner: Nächtliches Herumwälzen / Beinezucken /
Zähneknirschen / Atemaussetzer / Schnarchen

Miktion / Stuhl / Menses

Objektiv

Psychische Beurteilung

Inspektion Nase / Mund / Rachen

Auskultation Herz / Lunge

Beinödeme

Blutdruck / Puls

Urin

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / TSH

EKG

Kraniale MRT

Polysomnographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.72 Synkope – Uncharakteristische Ohnmacht

Frank H. Mader

Bei diesem Programm geht es in der Regel nicht um den notfallmäßigen Einsatz, wenn Laien sofortige Hilfe bei einem „Ohnmachtsanfall“, einem akuten „Kreislaufkollaps“ oder einem „Kreislaufzusammenbruch“ anfordern, wenn der Betroffene „weggesackt“ ist oder gar plötzlich „umkippt“. Meist sind Ohnmacht und Bewusstlosigkeit ohnedies schon vorüber, wenn die Helfer vor Ort eintreffen.

In der 10-Einjahresstatistik von Fink betrifft das Beratungsergebnis **Synkope** (A) alle Lebensabschnitte (2 bis > 90 Jahre). Der Rang liegt in jahrzehntelangen Fällestatistiken anderer allgemeinärztlicher Autoren im unteren Drittel der regelmäßig häufigen Fälle (Fink und Haidinger 2007). Die ESC-LL Diagnostik und Management der Synkope (Brignole et al. 2018) verwendet den Begriff **T-LOC** („transient loss of consciousness“) und definiert ihn als „Zustand echter oder augenscheinlicher Bewusstlosigkeit mit fehlender Wahrnehmung, charakterisiert durch Amnesie, eine abnorme motorische Kontrolle, fehlende Reaktionsfähigkeit und kurzer Dauer“.

Das **Management** solcher Fälle in der hausärztlichen Praxis beginnt meist beim nachträglichen (glaubhaften) **Bericht des Betroffenen**: „Irgendwie wurde mir im Geschäft schwarz vor den Augen, dann fiel ich um. Aber nur kurz, dann war's wieder besser“ oder „Komisch, neulich, aus heiterem Himmel beim Essen, war ich weg, sagt zumindest mein Mann. Das war schon das dritte Mal, ich weiß keinen Grund“.

Manchmal gehen zwanghaftes Gähnen, Müdigkeit, aufsteigende Übelkeit, Schwindel, Kopfdruck, Schweißausbruch, Kältegefühl, Blässe, Zittern, Herzklopfen voraus. Bei **älteren Menschen** weist die Synkope weniger **Vorwarnsymptome** auf. Ursächlich ist die transiente, globale Minderperfusion des Gehirns. Alleine durch gezielte Befragung kann bei rund der Hälfte der Patienten die Ursache geklärt werden (Mader und Riedl 2018). Die

■ Checkliste Nr. 72

zur allgemeinmedizinischen Diagnostik bei uncharakteristischer, kurz dauernder Ohnmacht (Synkope), über die der Patient im Nachhinein berichtet wurde bereits 1976 publiziert und fortlaufend aktualisiert; sie dient dem Allgemeinarzt zur strukturierten Befragung des Patienten und/oder seiner Angehörigen, um mögliche Ursachen/Auslöser zu erfassen oder zumindest ein- oder auszugrenzen, stets die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe** vor Augen. Dabei orientieren sich die stichpunktartigen Fragen („Items“) an der Grobeinteilung der Synkopen anhand der anamnestischen Angaben (vasovagal – orthostatisch – kardiogen) (■ Tab. 4.11).

Einen Eckpfeiler für die Unterscheidung einer T-LOC von anderen Formen der Bewusstlosigkeit stellt neben der programmierten Befragung („Subjektiv“) die **allgemeinärztliche**

Basisdiagnostik („Objektiv“) dar (körperliche Untersuchung, 12-Kanal-EKG und Schellong-Test als aktiver Stehtest über mindestens 3 min).

Bei Vermutung einer rhythmogen verursachten Synkope ist frühzeitig ein prolongiertes **Rhythmusmonitoring** ggf. mit implantierbarem Loop-Recorder (ILR) angezeigt, insbesondere wenn die Synkopen rezidivieren, der Patient keiner Hochrisikogruppe angehört oder über 40 Jahre alt ist und rezidivierende Reflexsynkopen zeigt (Saurer und Scherr 2018).

Neu in der ESC-LL ist die Empfehlung der **Videoaufzeichnung** von T-LOCs mittels Smartphone durch Zeugen; dadurch lassen sich bestimmte Formen der Bewusstlosigkeit wie psychogene Pseudosynkopen von echten Synkopen unterscheiden oder lassen sich von konvulsiven Synkopen und Epilepsie abgrenzen. Für die Belange der Allgemeinmedizin empfiehlt sich zur problemorientierten Diagnostik beim Bild einer Epilepsie, eines Anfalls oder eines Schlaganfalls die Anwendung der

- Checkliste Nr. 62 (Epilepsie),
- Checkliste Nr. 73 (Anfälle) oder
- Checkliste Nr. 85 (Schlaganfall).

Synkope ist ein **Symptom** (A), das nicht selten auch nach spezialistischer Feindiagnostik (z. B. Rhythmologie, Epileptologie) weiterhin als Symptom durch den Allgemeinarzt geführt werden muss, wobei auch in der Folgezeit in geteilter Verantwortung mit dem Patienten ein möglicher AGV bedacht werden muss. Für diese Fälle sehen die ESC-LL eine **Risikostatifizierung** vor. Der Allgemeinarzt kann jedenfalls sicher sein, dass er nichts Wesentliches vergessen hat zu fragen, zu untersuchen, zu veranlassen und zu dokumentieren.

Immerhin lassen sich gewisse Häufigkeiten für bestimmte Kategorien erheben: So handelt es sich in über 60 % der Fälle von plötzlicher Bewusstlosigkeit um eine neurogene Synkope (vasovagal, neurokardiogen, orthostatisch), gefolgt von kreislaufbedingten (10 %) und durch Herzrhythmusstörungen (11 %) verursachte Synkopen.

Nicht-synkopale anfallsartige Bewusstseinsstörungen (z. B. epileptische oder dissoziative Anfälle) sind mit 6 % verhältnismäßig selten. Die **Reorientierungsphase** ist ein wichtiges Merkmal, um eine synkopales von einem epileptischen Ereignis abzugrenzen.

i Die wichtigste Differentialdiagnostik der **Synkope** ist der **epileptische Anfall**.

Bei einer Synkope erholt sich der Patient nach dem Kollaps innerhalb von wenigen Sekunden, während er nach einem epileptischen Anfall durchschnittlich 18 min dazu benötigt. Bei einem Ohnmachtsanfall kann es auch zu einem **Zungenbiss** kommen, in der Regel an der **Spitze**. Ein **lateral**er Zungenbiss deutet eher auf ein Krampfgeschehen hin (► Abschn. 4.62).

**Übersicht zu Programm Nr. 72 (Synkope).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung**

- *Kollaps, Kreislaufschwäche, akut*
- **Epilepsie**
- *Alkoholkrankheit*
- **Hypoglykämie**
- **Adams-Stokes-Anfall und andere
Herzrhythmusstörungen**
- *Schwindel*
- **Transitorische ischämische Attacke (TIA)**
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)*
- *Traumafolge*
- *Psychogene Anfälle*
- *Migräne mit Aura, Basilarismigräne*
- **Lungenembolie**

■ Tab. 4.11 Zuordnung einer Synkope durch anamnestische Angaben. (Zeigler 2010)

Vasovagale Synkope	– Keine organische Herzerkrankung bekannt – Unangenehmer Reiz oder Schmerz prodromal – Synkopen in der Vergangenheit – Längeres Stehen, vor allem an warmen Orten – Synkope während oder nach dem Essen – Mit Übelkeit, Erbrechen, Schwitzen einhergehend – Kopfdrehung mit Druck auf den Karotissinus
Orthostatische Synkope	– Rasches Aufstehen, v. a. nachts – Synkopen in der Vergangenheit
Kardiale Synkope	– Plötzlicher Herztod in der Familie – Organische Herzerkrankungen bekannt – Synkope im Liegen oder unter körperlicher Anstrengung

72 Checkliste Synkope-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Diagnostik bei uncharakteristischer, kurz dauernder Ohnmacht (Synkope), über die der Patient im Nachhinein berichtet
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (eher leicht / schwer)
 Ohnmächtig wann (tags / nachts) / zuletzt / wie lange (Min!)
 Schon mal gehabt / wie oft
 Gleich / besser / schlechter
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Vorausgehend Kopf- / Brustschmerzen / Atemnot / Schwindel / Aura / Schläfrigkeit / Müdigkeit / Ohrenrauschen / Pelzigkeit (Mund und Hände)
 Im Anfall Übelkeit / Erbrechen / Zittern / Krämpfe / Glieder schlaff / Atmung (schnell / kaum) / bewusstlos / ansprech- / erweckbar / Schwitzen / Zungenbiss (wo) / Urinabgang / Sonstiges
 Ausgelöst durch rasches Aufstehen (nachts!) / langes Stehen / Hitze / Aufregung / Anstrengung / Alkohol / Rauchen / Drogen / Kopf- / anderer Unfall / Fieber / Medikamente / Injektionen / Schmerzen / Schreien / Nach-oben-Blicken / Hungerkur / viel gegessen / Hitze / Sport / Sonstiges
 Erinnerung fehlt („Filmriss“) / ungestört
 Nachher müde / schläfrig
 Besser durch Flachlagern / frische Luft / Bohnenkaffee / Sonstiges
 Plötzlicher Herztod familiär bekannt
 Diabetes / Hyper- / Hypotonie / KHK / Gedächtnisstörung / sonst noch bekannt (Therapie)
 Stuhl / Urin Menses
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychisch / vegetativ / geistig auffällig
 Konjunktivaldurchblutung
 Pupillen
 Puls (regelmäßig / unregelmäßig / bradykard)
 Blutdruck im Liegen und Stehen / Stehversuch
 Pyramidenbahnzeichen
 Koordination (Finger-Nase-Versuch / Seiltänzerengang)
 Herzauskultation
 Palpation Abdomen
 Urin
 Blutbild / BZ / Natrium / Kalium / TSH / sonstiges Labor
 Schellong- / Kipptisch-Test
 EKG (langer Streifen) / Steh-EKG / Langzeit-EKG
 Valsalva-Versuch
 EEG
 Tragbarer / implantierbarer Event-Rekorder
 Kraniale CT / MRT
 Video-Ereignisaufzeichnung

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.73 Anfälle – Uncharakteristische Anfälle

Frank H. Mader

Ein Anfall als unmittelbares Akutereignis, bei dem der Allgemeinarzt zufällig daneben steht, tritt wohl extrem selten auf. Dagegen werden später meist die Angehörigen (weniger die Betroffenen selber) von Ereignissen berichten, die mit akut einsetzenden körperlichen Zuständen, jedoch ohne Bewusstseinsverlust, verbunden waren.

Hinter solchen „Anfällen“ fasst der Laienbereich bereits sprachlich ein Bündel von möglichen Ursachen zusammen wie „Wutanfall“, „Krampfanfall“, „Herzanfall“, „Asthmaanfall“ oder „Schlaganfall“. In jahrzehntelangen Fällestatistiken nehmen solche – für den Allgemeinarzt aufgrund der Schilderung zunächst – **uncharakteristischen Anfälle** (B) einen mittleren Häufigkeitsrang ein. Die

■ Checkliste Nr. 73

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Anfallsleiden aller Art, über die der Patient oder das Umfeld im Nachhinein berichten ist für jene Fälle gedacht, in denen der Patient oder seine Angehörigen **unpräzise** Angaben zu „Anfällen“ machen, ohne dass sich zunächst aus den Schilderungen der geringste Anhalt für ein spezielles Krankheitsbild ergeben hätte. Sollte dies jedoch der Fall sein, stehen dem Arzt neben der probaten

■ Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)

weitere Checklisten zur problemorientierten Diagnostik im kardiopulmonalen, zerebralen oder psychischen Bereich zur Verfügung:

- Checkliste Nr. 26 (Herzschmerzen)
- Checkliste Nr. 28 (Tachykardien)
- Checkliste Nr. 31 (Asthma-COPD-Emphysem)
- Checkliste Nr. 61 (Nervöse Anspannung)
- Checkliste Nr. 62 (Epilepsie)
- Checkliste Nr. 72 (Ohnmacht)
- Checkliste Nr. 85 (Schlaganfall)
- Checkliste Nr. 91 (Kopffrellung)

Bei der Masse der einschlägigen Fälle geht es wohl um **psychogene Reaktionen** als unwillkürlicher Ausdruck einer seelischen Störung (z. B. Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung, soziale oder intrafamiliäre Konfliktsituation). Meist betrifft es die Gruppe der 20- bis 30-Jährigen. Die Anfälle sind **charakterisiert** durch z. B. geschlossene Augen, Dauer von > 10 min Länge, Veränderbarkeit durch Ansprache, Kopfschütteln oder asynchrone Arm- und Beinbewegungen. Das darf jedoch den Allgemeinarzt nicht davon abhalten, die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe** zu bedenken, z. B. ein **epileptisches Anfallsleiden**.

Die Begriff „**Hysterie**“ ist stigmatisierend und veraltet. Heute wird von **dissoziativen Zuständen** gesprochen, die von harmlosen Alltagserscheinungen („Weggetretensein“, „neben sich selbst stehen“) bis hin zu sehr unterschiedlichen krankhaften Formen (dissoziative Störungen) reichen, die isoliert

oder kombiniert (z. B. mit Depression, Phobie, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung) auftreten können.

Eltern und Kindergärtnerinnen sind oftmals ratlos durch die dramatisch wirkenden **respiratorischen Affektanfälle** („Blauwerden“, „Affektkrämpfe“, „Jähzorn“) ihrer **Kinder/Schützlinge**, wenn diese ihren Willen nicht durchsetzen können. In der Regel hören die Anfälle spätestens im 5. Lebensjahr auf.

Die **Videoaufzeichnung** von anfallsartigen Störungen durch Angehörige, Freunde oder Helfer kann von großer Wichtigkeit sein. Eine Anfallserkrankung ohne genauere diagnostische Einschätzung einfach medikamentös einzustellen, um den Erfolg der Behandlung als diagnostischen Beleg für eine „Diagnose“ zu nutzen, ist strikt abzulehnen (Mayer 2012).

Übersicht zu Programm Nr. 73 (Anfälle). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Epilepsie**
- **Hypoglykämie**
- *Psychogene Anfälle*
- **Synkope (Ohnmacht)**
- *Kollaps, Kreislaufschwäche, akute*
- **Transitorische ischämische Attacke (TIA), zerebrale**
- **Herzrhythmusstörungen (Adams-Stokes-Anfall)**
- **Narkolepsie**
- *Dissoziative Störungen*

73 Checkliste Anfälle-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Anfallsleiden aller Art, über die der Patient im Nachhinein berichtet

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
Schon mal gehabt / zuletzt / wann	Blutdruck / Puls
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Herzauskultation
	Urin
Anfall Sekunden / unter / über 10 Minuten	BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / Kalzium / sonstiges Labor
Leitsymptome	
Im Anfall Bewusstsein gestört / Augen verdreht / geschlossen	EKG
	EEG
Dabei Zyanose / Zungen- / andere Verletzungen / Tachykardie / Dyspnoe / Wallungen / Schwindel / Kopf- / andere Schmerzen / Ohrensausen / Parästhesien / Enuresis / Krämpfe / Pfötchenstellung / Schlafattacken	Kraniale CT / MRT
	Video-Ereignisaufnahme
Vorher Aura / Weggetreten sein / Panik	
Ausgelöst durch Aufregung / Dauerstress / Streit / Anstrengung / Schlafdefizit / Fieber / Schmerzen / Ekel / Medikamente / Gifte	Beratungsergebnis
Gebessert durch Horizontallage / Sonstiges	
Halluzinationen	Maßnahmen
Miktion / Stuhl / Menses	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.74 Demenz – Bild eines demenziellen Syndroms

Frank H. Mader

Wenn Laien vor Jahrzehnten davon sprachen: „Oma wird jetzt immer verkalkter“, so meinten sie damit einen fortschreitenden Prozess von Kräfteabbau und Vergesslichkeit im Alter, der heute mit dem Sammelbegriff „Demenz“ belegt wird. Bei den zumeist progressiven Verläufen kommt es u. a. zu Beeinträchtigungen der zeitlich-örtlichen Orientierung, der Kommunikationsfähigkeit, der autobiographischen Identität und von Persönlichkeitsmerkmalen (Deuschl et al. 2016; S3-LL).

In unterschiedlichen Diagnosesystemen wird das **Demenzsyndrom** (C) durch folgende gemeinsame Merkmale beschrieben: Eine schwerwiegende Hirnveränderung führt zu einem deutlichen Verlust geistiger Fähigkeiten und damit zu einer nachhaltigen **Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung**. Die ICD-10 fordert als Klassifizierungsvoraussetzung zusätzlich noch:

- Bewusstseinsklarheit;
- Ausschluss einer Depression;
- Dauer von mind. 6 Monaten (auch rückwirkend).

Der **Oberbegriff Demenz** umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache. Für die Erfordernisse des Hausarztes sind folgende ICD-Nummern von Bedeutung:

- G30 – Alzheimer Demenz (senil und präsenil; gemischt mit vaskulären Demenzen, „Alzheimer plus“);
- F01 – vaskuläre Demenzen (makro- und mikroangiopathisch);
- F03 – nicht näher bezeichnete Demenz.

Die **Alzheimer-Demenz** ist die häufigste Demenzform. Frauen, insbesondere die Gruppe der Hochbetagten, sind häufiger betroffen als Männer. Mehr als 50 Erkrankungen sind bekannt, die sich ähnlich äußern wie eine Alzheimer-Erkrankung. Neben der Alzheimer-Demenz und den **vaskulären Demenzen** (etwa 15–20 % der Demenzen) wird der Allgemeinarzt gelegentlich auch mit nutritiv-toxischen oder metabolischen Demenzen (z. B. Alkohol-Demenz) konfrontiert.

Wichtig für den Allgemeinarzt ist in Hinblick auf Langzeitbetreuung und Case-Management des Patienten sowie Koordination der pflegenden Angehörigen und des multi-professionellen Teams die Einteilung der **Schweregrade der Demenz** hinsichtlich Kognition und Lebensführung. Die Abgrenzung der einzelnen Demenzformen ist – zumindest im Frühstadium – auch für den Spezialisten nicht immer einfach bzw. möglich.

i Nicht jede Gedächtnisstörung ist identisch mit einem „Morbus Alzheimer“.

In allgemeinmedizinischen Fällestatistiken nahm das BE „Arteriosklerose/Marasmus senilis“ in den Jahren 1977–1980 bzw. 1983–1988 die vorderen Ränge 46 bzw. 43 ein, bei den

über 65-Jährigen sogar Rang 9. Diese Zahlen entsprechen weitgehend Abrechnungsstatistiken von 2000–2005, wonach Hausärzte durchschnittlich 17 Patienten/Quartal mit den ICD-Notationen F03, G30 und F01 betreut hatten (Mader et al. 2009). Die

■ Checkliste Nr. 74

für die allgemeinmedizinische Ersteinschätzung und Verlaufsbeobachtung bei zerebralem Abbau (demenzielles Syndrom) versteht sich als strukturiertes Instrument, ähnliche Beschwerdebilder ebenso zu bedenken oder auszuschließen wie die seltenen **abwendbar gefährlichen Verläufe**. Die Dokumentation mittels Checkliste dient auch der qualifizierten Kommunikation z. B. mit dem Ärztlichen Dienst, der Heim- und Stationsleitung oder den konsultierten Spezialisten. Auch wenn sich durch die Erhebungen nur selten neue Aufdeckungen ergeben, ist gerade die Verlaufsbeobachtung und -dokumentation von Bedeutung.

■ Frühdiagnostik

Da hinter jeder **Gedächtnisstörung** ursächlich eine Demenz stehen kann, ist die Frühdiagnostik des Hausarztes zur Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbuße zu empfehlen (Deuschl et al. 2016; S3-LL). Diese lässt sich mit zeitökonomischen **einfachen Testverfahren** (auch durch Fachpersonal) durchführen wie MMST, DemTect oder TFDD. Die Sensitivität dieser Verfahren bei leichtgradiger und fraglicher Demenz ist jedoch begrenzt; die Tests sind zur Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzen nicht geeignet.

i Bei Demenz-Verdacht ist – wie beim Thoraxschmerz ein EKG – ein **kognitiver Test** zwingend **erforderlich** (Landendörfer 2010).

Die programmierte Diagnostik mittels Checkliste Nr. 74 (Demenz) ersetzt nicht die validierten psychometrischen Tests; sie versteht sich als ergänzendes allgemeinärztliches Instrument in der raschen Erfassung und Dokumentation wesentlicher körperlicher, geistiger und seelischer Störungen im Rahmen der täglichen Praxisroutine, die in verschiedene Richtungen denken lassen (z. B. Malignom, M. Parkinson). Der Umgang mit dieser Checkliste sollte in der Hand des Arztes bleiben.

■ Vertiefte Diagnostik

Verdichtet sich der Verdacht auf eine Demenz, ist die Schnittstelle zum Spezialisten oder zur **Gedächtnisambulanz (Memory-Ambulanz)** erreicht. Bei bestimmten Indikationen ist dringend ein **kraniales CT** oder **MRT** durchzuführen (Mader et al. 2009):

- Demenz schreitet rasch voran.
- Kopfverletzung in der Kurzzeitanamnese.
- Ungeklärte neurologische Symptomatik (z. B. Krampfanfälle).
- Neu aufgetretene fokale Symptome (z. B. Babinski-Reflex, Hemiparese).
- Krebsleiden in der Vorgeschichte (insbesondere metastasierende Karzinome).

- Antikoagulanzienaufnahme.
- Atypischer Verlauf, atypische kognitive Symptomatik (z. B. rasch zunehmende Aphasie).

■ Einwilligungsfähigkeit

Die DEGAM-S3-LL äußert sich eher restriktiv zur **rou-tinemäßigen „Demenzdiagnostik“** im Sinne eines „**case-findings**“; sie „soll nur im Einverständnis mit und nach Information der Betroffenen durchgeführt werden. Dabei sind mögliche Vor- und Nachteile einer Diagnosestellung sowie der Grundsatz zu berücksichtigen, dass es ein Recht auf Nicht-Wissen gibt. Der Einsatz neuropsychologischer Tests soll nur im Einklang mit dem Willen und Bedürfnissen der Betroffenen erfolgen“ (DEGAM 2008; S3-LL). Liegt keine Einwilligungsfähigkeit vor, muss die gesetzliche Vertretungssituation geprüft werden.

■ Altersschwäche

Je mehr bei einem im Alter auftretenden **Abbauprozess** die Demenz im Vordergrund steht, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich hier ein **unabwendbar gefährlicher Verlauf** anbahnt. Wiederum gibt es Abbauvorgänge, die völlig uncharakteristisch und nicht minder schicksalhaft ablaufen. Hier sind die Menschen einfach am Ende ihrer Tage angelangt und nach und nach versagen die verschiedenen Körperfunktionen. Altersschwäche (**Marasmus senilis**) ist eine bei Mortalitätsstatistikern verpönte, praktisch aber doch nützliche Bezeichnung dafür. Dabei können der Verlust des Neugedächtnisses, Verwirrheitszustände und geistige Abstumpfung neben allgemeiner Gebrechlichkeit (**Frailty**) dominieren (Braun und Mader 2005).

Soll eine **Depression** eingegrenzt/ausgeschlossen werden, steht eine unklare körperbezogene Fragestellung im Vordergrund oder geht es um einen multimorbiden geriatrischen Patienten, empfehlen sich die

- Checkliste Nr. 60 (Depression),
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica) und
- Checkliste Nr. 88 (Geriatric).

Übersicht zu Programm Nr. 74 (Demenz).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Normaldruckhydrozephalus
- Hirntumore
- Delir
- Alkoholkrankheit
- Dialyseenzephalopathie
- Vitaminmangelkrankheiten
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Lebererkrankungen, chronische
- Elektrolytstörungen
- Morbus Parkinson
- Pseudodemenz bei Depression

74 Checkliste Demenz-Programm

– für die allgemeinmedizinische Ersteinschätzung und Verlaufsbeobachtung bei zerebralem Abbau (demenzielles Syndrom)

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Landendörfer P, Mader FH (2005) neu bearb. Mader FH (2019)

Subjektiv

Gespräch / Untersuchung (nur mit Patient / im Beisein von Angehörigen / Betreuer / Sonstigen)

Erster Eindruck / gepflegt / ungepflegt

Bewusstseinsklarheit verändert seit / Monate (langsam / stufenweise / rapid / verleugnet)

Alltagsbewältigung (eingeschränkt / mit Hilfe)

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Familiär ähnliches bekannt

Bekannt (Hypertonie / Diabetes / Herz / Lunge / Malignom / Apoplex / Sonstiges)

Zunehmend geschwätzig / läppisch / egoistisch / reizbar / misstrauisch / pessimistisch / Wahnideen

Verschlechtert (Konzentrations- / Orientierungs- / Merk- / Kontaktfähigkeit / Körperpflege)

Vergesslich / verwirrt

Freud- / interessenlos / depressiv / Stimmungsschwankungen

Müdigkeit / antriebslos

Gereizt / aggressiv / ausgeglichen / ängstlich

Umtriebig / zurückgezogen / wesensverändert

Geruchssinn verändert (M. Parkinson!)

Desorientiert Zeit / Raum

Schlafstörungen (Tag-Nacht-Rhythmus!)

Kopfschmerzen / Schwindel / häufig Stürze

Hören / Sehen / Sprechen

Appetit / Gewicht (konstant / Ab- / Zunahme)

Ausreichend Flüssigkeits- / Nahrungszufuhr

Mund trocken / Speichelfluss

Kontinenz (Urin / Stuhl)

Dauermedikation (auch: Benzodiazepine! Anticholinergika! Neuroleptika!)

Alkohol- / Nikotin- / Drogenkonsum

Ängste / Furcht vor

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Mobil / eingeschränkt / bettlägerig

Eindruck einer Demenz

Orientierung (örtlich / zeitlich / zur Person)

Feine Lippenbewegungen beim Zuhören

Stimme monoton / Sprache verstört (verwaschen)

Pupillen eng / -reflexe

Extrapyramidale Symptome (Tremor / Hypokinese / Rigor)

Finger-Nase-Versuch

Gang- / Schrittmuster (steif / flüchtig / kleinschrittig / schwankend)

Blutdruck / Puls

Auskultation Herz / Karotiden

EKG

Urin

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Nieren- / Leberwerte / TSH

Vit. B12 / Folsäure / Sonstiges Labor

Psychometrische Testverfahren

Doppler- / Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien

EEG

Kraniale CT / MRT / Angiographie / PET

Liquorpunktion

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.75 Claudicatio intermittens – Bild einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Uwe Müller-Bühl

Wenn Patienten ihrem Arzt berichten, sie müssten beim Gehen wegen der plötzlich auftretenden Schmerzen *„immer wieder mal kurz stehen bleiben“* oder *„um die Wade legt sich ein eiserner Ring“*, dann vermutet bereits der Laie eine *„Schau-fensterkrankheit“*. Abgesehen von seltenen entzündlichen Gefäßprozessen (M. Winiwarter-Buerger) oder thromboembolischen Verschlüssen ist die chronische periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bei etwa 95 % der Patienten durch eine **Atherosklerose** bedingt (Lawall et al. 2015; S3-LL). Wichtigster **Risikofaktor** ist das Rauchen. Erhöht wird das Risiko der Erkrankung durch Alter, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Hypertonie. Männer sind dreimal häufiger als Frauen betroffen. Die

■ Checkliste Nr. 75

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim Anschein einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) der Beine erfasst in strukturierter Weise wichtige subjektive und objektive Symptome und Befunde des Patienten, die in der Praxis wegweisend in der Diagnostik einer PAVK sind; dabei werden auch die wichtigsten **abwendbar gefährlichen Verläufe** bedacht oder ausgeschlossen. Differentialdiagnostisch sind **vertebragene Beinschmerzen** abzugrenzen, welche die Symptome einer PAVK imitieren können (Claudicatio spinalis).

i Patientenklagen über belastungsabhängige Schmerzen der Waden- und Beinmuskulatur sind unspezifisch.

■ Körperliche Untersuchung

Am Beginn der Untersuchung stehen Inspektion, seitenvergleichende Palpation, Auskultation der Extremitätenarterien an den entsprechenden anatomischen Stellen (■ Tab. 4.12) sowie der Ratschow-Test. Die Beurteilung der **Haut** bezüglich Integrität, Turgor, Schweißbildung, Farbe, Muskelatrophie, Deformität und Temperatur ist besonders bei Diabetikern von Bedeutung (Lawall et al. 2015; S3-LL). Zahlreiche extravasculäre Faktoren wie Adipositas, Beinödeme, arrhythmische Herzaktionen oder Hypotonie können den Tastbefund von Beinpulsen beeinflussen.

i Alleiniges Tasten der Pulse ist zu Sicherung oder Ausschluss einer PAVK unzureichend.

Seitenvergleichendes Tasten der Pulse und deren Auskultation erfassen zusammen mit einer typischen Anamnese 84 % der klinisch relevanten Stenosen. Trotz fehlender Evidenz in großen Studien zeigt die klinische Erfahrung die Nützlichkeit der **Ratschow-Lagerungsprobe** (Lawall et al. 2015; S3-LL). Bei diesem in der Praxis einfach durchzuführenden Test liegt der Patient für 2–3 min auf dem Rücken mit den Beinen ge-

streckt nach oben und bewegt die Füße, danach Aufsetzen und Herabhängen der Beine. Beobachtet werden im Seitenvergleich: Auftreten von Schmerzen? Verzögerte Füllung der Fußrückenvenen? Verzögerte Fußrötung als Zeichen einer reaktiven Hyperämie?

■ Apparative Diagnostik

In der Allgemeinpraxis sind Nachweis oder Ausschluss einer PAVK mittels **dopplersonographischer Druckmessung** und Bestimmung des **Knöchel-Arm-Index** (ABI = Ankle-Brachial-Index) mit ausreichender Sicherheit möglich. Nicht einsetzbar ist die Dopplerdruckmessung bei etwa der Hälfte von Diabetikern sowie bei langjährig niereninsuffizienten Patienten mit **Mediasklerose der Beinarterien**, da die fehlende Komprimierbarkeit durch die Beinmanschette falsch erhöhte Druckwerte vorspiegelt.

Beim **akuten arteriellen Verschluss** (thrombotisch oder thromboembolisch) kann sich der Allgemeinarzt bei der körperlichen Untersuchung an den **6 P** (nach Pratt) orientieren:

- Pain – Schmerzen
- Paleness – Blässe
- Pulselessness – Pulse distal des Verschlusses nicht palpierbar
- Prostration – Schock
- Paralysis – Lähmung betroffener Muskeln
- Paraesthesia – Gefühlsstörung betroffener Segmente

Im deutschsprachigen Raum wird das **Stadium** einer PAVK nach Fontaine klassifiziert, das sich an den subjektiven Symptomen ausrichtet; dabei gelten die Stadien III und IV als kritisch und erfordern stationäre Einweisung:

- Stadium I – Stenosen und Verschlüsse von Becken- oder Beinarterien ohne Einschränkung der schmerzfreien Gehstrecke
- Stadium II – ischämischer Beinschmerz bei Belastung: Claudicatio intermittens
- Stadium III – ischämischer Beinschmerz in Ruhe/Horizontallage: nächtliche Ruheschmerzen
- Stadium IV – Gewebsuntergang: Ulzera, Nekrosen und Gangrän

Bei multimorbiden **geriatrischen Patienten** und Patienten mit diabetischer **Neuropathie** können durch die Einschränkung ihres Gehvermögens bereits fortgeschrittene Stadien einer PAVK ohne, dass Symptome bestehen („maskierte PAVK“). Diese Patienten haben aber das gleiche kardiovaskuläre Risiko wie Patienten mit Claudicatio intermittens (ESC Guidelines von 2017 wurde veröffentlicht von: Aboyans et al. 2018).

Übersicht zu Programm Nr. 75 (Claudicatio).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
(mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Akuter arterieller Verschluss
- PAVK Stadium III und IV
- Vertebragene Beinschmerzen
- Endangitis obliterans (M. Winiwarter-Buerger)

■ Tab. 4.12 Typische Lokalisationen für die arterielle Palpation am Bein in Abhängigkeit vom Verschlusstyp

Bezeichnung	A. fem. comm.	A. poplitea	A. tib. post/dors. pedis
Beckentyp	–	–	–
Oberschenkeltyp	+	–	–
Unterschenkeltyp	+	+	–

75 Checkliste Gefäßverschluss-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim Anschein einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) der Beine

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995, 2003) mod. Mader FH (2005) mod. Müller-Bühl (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck

Intermittierendes Hinken (seit wann)

Gleich / besser / schlechter

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Früher Venenentzündung / Erfrierungen / Zehen- / Beingeschwüre

Wie viele Jahre stark geraucht

Derzeit Zigaretten täglich

Schmerz erstes Krankheitszeichen / beeinträchtigt Gehen nicht / schwindet trotz Weitergehens / zwingt zum Stehenbleiben / Auftreten bis / nach 400 m Wegstrecke / nur in Wade / auch in Fesseln / Füßen / Oberschenkeln / Dauer 10 min / länger

Wadenmuskelkrämpfe / Muskelschwund

Schweregefühl / Kältegefühl

Rasch ermüdbar

Beschwerden verstärkt in Kälte / Wärme / bei Beinhochlagerung

Beschwerden geringer durch Stehen / Massieren / Beinherabhängen

Ruheschmerz tags / nachts / klopfend / nagend / anders

Parästhesien / Hypästhesien

Schwindel / Sehstörungen

Diabetes bekannt

Miktion / Stuhl / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Haut der Extremitäten: Farbe (blass / livide) / Schweißbildung / trophische Störungen / Hyperpigmentierung / Ulcus cruris / li / re

Muskulatur atrophisch

Temperatur der Extremitäten (li / re): warm / kühl / kalt

Zehennägel deformiert / brüchig / Interdigitalmykose

Varizen / Beinödeme

Palpation: A. femoralis / A. poplitea / A. tibialis post. / A. dorsalis pedis

Auskultation: A. femoralis

Ratschow-Lagerungsprobe

Blutdruck (beiderseits) / Puls

Urin

BKS / CRP / Blutzuckerbelastung / Cholesterin / Triglyzeride / HDL- / LDL-Cholesterin

Sonstiges Labor

EKG

Nichtdirektionaler Ultraschall-Doppler / direktonaler Doppler / farbkodierte Duplexsonographie

Angiographie

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.76 Phlebothrombose – Bild einer tiefen Beinvenenthrombose

Frank H. Mader

Während die **Thrombophlebitiden** im allgemeinmedizinischen Krankengut einen Rang zwischen 30 und 40 einnehmen, also relativ häufig vorkommen, sind Bilder einer **Phlebothrombose** (tiefe Venenentzündung/TVT; C) Vorkommnisse, mit denen der Allgemeinarzt in einer Durchschnittspraxis höchstens 1- oder 2-mal jährlich konfrontiert wird. Der Allgemeinarzt besitzt also kaum ausreichende **Kennerschaft** für diese Vorkommnisse außerhalb der regelmäßigen Häufigkeit. Daher empfiehlt sich die

■ Checkliste Nr. 76

für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein einer Thrombose der tiefen Unterschenkelvenen.

Gerade im **gefährlichen Frühstadium** sind die **anamnestischen Angaben** oft uncharakteristisch. Ebenso können die **Befunde**, die an eine tiefe Venenentzündung denken lassen, sehr variabel sein; sie reichen von völlig **asymptomatisch** über **Schmerz** (auch in der Leiste) bis zu (**livider**) **Schwellung** der betroffenen Extremität.

i Es gibt **kaum ein Symptom** im Bereich der Beine, welches nicht auch einer **Thrombose** zugeordnet werden kann (Moerchel 2011).

Die Thrombose als „**klassischer**“ **AGV** ist immer auch unter dem Aspekt eines Symptoms einer übergeordneten Erkrankung zu sehen. Als **Grundleiden** kommen v. a. **raumfordernde Prozesse** im Bauchraum in Frage (z. B. Kolon,

Pankreas, Niere, Prostata, weibliches Genitale). Aber auch **Operationen, Schwangerschaft, Entbindung oder Traumen** können der Erkrankung vorausgehen, die auch nach längerer Stase bei **Reisen** beobachtet wird (Mader und Riedl 2018).

Zunächst sollten unverzüglich anhand der Checkliste systematisch die Fragen gestellt („Subjektiv“) und der Untersuchungsgang eingeschlagen werden („Objektiv“).

i **Bettlägerige** weisen kaum Symptome auf. Eine **Lungenembolie** kann das erste Zeichen für eine Phlebothrombose sein (Müller-Bühl 2017).

Zur Abschätzung, ob eine TVT vorliegt, kann zunächst als **Vorschaldiagnostik** der **Wells-Score** (2003; ■ Tab. 4.13) herangezogen werden. Dieser Test gewichtet die Symptome und Faktoren und bestimmt die **Vortestwahrscheinlichkeit**; er liefert keine exakte Diagnose, erlaubt jedoch eine wesentliche Einengung der Wahrscheinlichkeit und ermöglicht den gezielten Einsatz weiterer Untersuchungen. Seine Anwendung im primärärztlichen Bereich, insbesondere für die Patientengruppe im Niedrigrisikobereich, ist wegen eingeschränkter Sensitivität umstritten. Zur korrekten diagnostischen Risikoeinschätzung der TVT wird die **Primary Care rule** (7 Items) zusätzlich mit Kontrolle der D-Dimere empfohlen (Diederich 2014).¹⁴

i **Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation** sind nicht sinnlos, sondern – im Gegenteil – **Angelpunkt** aller weiteren Überlegungen und Maßnahmen (S2-LL Venenthrombose 2015).

Die **körperliche Untersuchung** umfasst die Prüfung auf Druckschmerz in der Kniekehle, Wadenschmerz bei Dorsalflexion des Fußes und Kulissendruckschmerz. Diese Tests besitzen heute kaum noch Bedeutung für den Nachweis bzw. Ausschluss einer TVT. Als **Laborparameter** ist der D-Dimer-Test sehr sensitiv, aber unspezifisch. **D-Dimere** (Fibrinabbauprodukte) sind im akuten Stadium einer TVT meist erhöht. Es ist empfehlenswert, klinische Wahrscheinlichkeit und D-Dimer-Test von vornherein zu kombinieren (s. o.).

Die **Kompressionssonographie** (KUS) und die **farbkodierte Duplexsonographie** haben heute die **Phlebographie** als Goldstandard ersetzt. Die Hinzunahme der sonographischen Flussinformation ist für die **Beckenvenendiagnostik** hilfreich. Die KUS liefert durch die simultane Weichteilsonographie bei nicht vorhandener TVT häufig andere wichtige Hinweise (z. B. **Baker-Zyste, Muskelfaserriss, Gelenkerguss**).

Problematisch ist die Aufdeckung einer **TVT im Unterschenkelbereich**. Bei Thrombosen unterhalb des Knies zeigt sich keine substanzielle Beinschwellung. Die Thrombose sitzt immer oberhalb des Ödems.

■ Tab. 4.13 Validierter Wells Score zur Ermittlung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer tiefen Beinvenenthrombose

Kriterien	Punkte
Aktive Tumorerkrankung	1
Lähmung/Immobilisation der Extremität	1
Bettruhe (> 3 Tage); große Operation (< 3 Monaten)	1
Schmerz/Verhärtung entlang der tiefen Venen	1
Schwellung ganzes Bein	1
Unterschenkelanschwellung > 3 cm gegenüber Gegenseite	1
Eindrückbares Ödem am symptomatischen Bein	1
Kollateralvenen	1
Andere Ursache mindestens ebenso wahrscheinlich wie tiefe Beinvenenthrombose	–2
Wahrscheinlichkeit:	
< 1 Punkt: gering	
1–2 Punkte: mittel	
≥ 3 Punkte: hoch	

14 ► <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/DVTPrimary-Care.htm>.

- i** Bei begründetem **Thromboseverdacht** ist eine **anti-koagulatorischen Therapie** einzuleiten („Therapie ohne Diagnose“) und die diagnostische Abklärung durch **Bildgebung** schnellstmöglich anzustreben.

Eine übersehene TVT birgt ein hohes Risiko nicht nur für eine Lungenembolie und Mortalität, sondern auch für ein **postthrombotisches Syndrom**. Anhaltspunkte für ein **akutes Kompartmentsyndrom des Unterschenkels** ergeben sich bereits durch die Vorgeschichte (z. B. Kompression von außen, Überbeanspruchung der Muskulatur, Trauma) und die 6 klinischen Symptome („six P’s“): „**P**ain, **P**aresthesia, **P**aresis, **P**ain with stretch, **P**ulse and **P**ink skin color“ (Mühlbacher und Klinger 2013).

Übersicht zu Programm Nr. 76 (Phlebothrombose).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
 („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
 (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Embolische Gefäßverschlüsse**
- **Malignom als Ursache**
- *Postthrombotisches Syndrom*
- *Beinkrämpfe*
- *Muskelzerrung, Muskelfaserriss*
- **Kompartmentsyndrom**

76 Checkliste Thrombose-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein einer Thrombose der tiefen Unterschenkelvenen
Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) neu bearb. Mader FH (2019)

Subjektiv

Betroffenes Bein (li / re)

Erster Eindruck (eher leicht / schwer)

Vorschaltendiagnostik:

– Wells-Score / Primary Care Rule mit D-Dimere

Schon mal gehabt

Jetzt seit wann

Gleich / besser / schlechter

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Venenerkrankungen in der Familie

Jetzt anfangs / früher Blutspucken

Ausgelöst durch stumpfe Verletzung / Sport / langes Gehen /
Operation im letzten Monat / lange Reise (Bus, Flugzeug)

Vorher bettlägerig > 3 Tage / Immobilisation des Beines /
Tumorerkrankung bekannt

Beginn jetzt mit Fußkrampf / Schwere- / Spannungs- / Krankheitsgefühl /
Fieber / Tachykardie / Mattigkeit / Schmerz wie Muskelriss

Schwellung anfangs / später / Unterschenkel einseitig (> 3 cm) /
ganzes Bein

Schmerz dauernd / krampfartig (nächtlich) / dumpf / reißend / sonstig /
lokalisiert: ganzes Bein / Fußsohle / außen / innen im Knochen / ein- /
beiderseitig / bei Husten / in den Rücken / sonst ausstrahlend

Schlechter beim Gehen (Zerreißschmerz) am hängenden Bein /
bei Fußdorsalflexion / Wärme / morgens / sonst

Besser durch Hochlagern / Ruhe / Sonstiges

Parästhesien / Schwere- / Hitze- / Kältegefühl

Anzeichen von Weichteilrheuma

Kontrazeptiva / Hormonersatz / andere Medikamente

Miktion / Stuhl / Menses / Schwangerschaft / Wochenbett

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Haut der Extremität: zyanotisch / glänzend / atrophisch

Vergleichende Umfangsmessung der Waden / Oberschenkel li / re

Dasselbe: Knöchel li / re

Ödeme asymmetrisch / druckschmerzhaft

Varizen (Stadium)

Druckschmerz in der Kniekehle

Wadenschmerz bei Dorsalflexion des Fußes

Kulissendruckschmerz im Bereich der Fessel

Fußpulse beidseits

Blutdruck / Puls

Auskultation Herz / Lunge

Rektal / vaginal

Urin

BKS / CRP / Blutbild / BZ / D-Dimere

PSA bei Männern / sonstiges Labor

Kompressionssonographie

Phlebographie

Röntgen-Thorax / CT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.77 Lymphknotenvergrößerung – Uncharakteristische Lymphknotenschwellung

Frank H. Mader

Der menschliche Körper besitzt ca. 600 Lymphknoten (LK). Als Antwort auf einen immunologischen Stimulus kann die Größe der LK um das etwa 15-Fache zunehmen. Entsprechend häufig wird der Allgemeinarzt mit **Lymphknotenvergrößerungen** (A) in der Praxis konfrontiert: Das BE Lymphomata nimmt in verschiedenen Statistiken über Jahrzehnte hinweg einen Rang im oberen Drittel der regelmäßig häufigen Fälle ein (Fink und Haidinger 2007). Die

■ Checkliste Nr. 77

für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein von uncharakteristischen, isolierten, einzelnen oder multiplen, kaum dolenten oder indolenten vergrößerten Lymphknoten dient dem Allgemeinarzt zur systematischen Befragung von Kindern/Eltern und Erwachsenen sowie der Untersuchung und Dokumentation des Befundes im Erst- und/oder Folgekontakt. Für offensichtlich metastatische LK-Vergrößerungen („Wächterlymphknoten“) ist die Checkliste Nr. 77 nicht gedacht. Auffällige harte LK stellen ja keine unspezifischen Krankheitszeichen dar. Speziell für die oft alters- typischen, meist postinfektiösen Lymphknoten gibt es die

■ Checkliste Nr. 21 (Lymphadenitis).

Für die Unterscheidung von eher **benigen** von eher **maligen** LK-Vergrößerungen gibt es gewisse Kriterien (Claviez et al. 2012; S1-LL), die vor dem Hintergrund bestimmter Zusatzbefunde (z. B. regionale Pyodermie, atopische Dermatitis) sowie möglicher **abwendbar gefährlicher Verläufe** gesehen werden müssen. Der Ausschluss einer malignen Erkrankung erfordert die **Biopsie** (nicht Feinnadelpunktion) (Aebi 2012).

i Die Unterscheidung benigner Lymphknoten von malignen kann schwierig sein.

Für **Malignität** sprechen eher eine bestimmte **Lokalisation** (supraklavikulär, axillär, zervikal dorsal des M. Sternocleidomastoideus), die **Größe** (> 2,0 cm; im Kieferwinkel > 2,5 cm), die **Konsistenz** (oft derb), Verschiebbarkeit (meist schlecht), Verlauf (keine eindeutige Rückbildung in 4 Wochen; meist progredient; kein Verschwinden nach 12 Wochen). Die Entzündungsparameter sind normal.

Generelle, indolente oder kaum dolente Vergrößerungen lassen an Malignome, Lues, Aids usw. denken. Die nähere Abklärung erfolgt im spezialistischen Bereich, ebenso die Identifizierung und Beurteilung von **Wächterlymphknoten** der jeweiligen LK-Station (z. B. bei Mammakarzinom, Melanom, Mundhöhlenkarzinom, Prostatakrebs). Ein LK in der linken Schlüsselbeingrube (Virchow-LK) lässt an eine lymphogene Metastasierung aus dem Bauchraum (z. B. Magenkarzinom) denken.

i Bei suspekten LK-Befunden ist der Fall eher rasch an den Spezialisten abzugeben.

Auch beim uncharakteristischen Fieber (UF) kommt es manchmal zu nennenswerten LK-Schwellungen etwa im oberen Halsbereich. Einzelne solcher Vergrößerungen können noch viele Wochen lang nach Abklingen der fieberhaften Erkrankung bestehen bleiben und zum Arzt führen. Ähnliches gilt für Residuen nach pyogenen Infekten an der Haut oder im Zahnbereich. Bei Anschwellungen in der Hals- oder der Inguinalregion muss der Arzt mit Vortäuschungen etwa durch Zysten oder Hernien rechnen, auch wenn dies äußerst selten ist.

Vor Ein- oder Überweisung kann es sich empfehlen, auch eine programmierte Untersuchung mit

■ Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)

durchzuführen. Gerade bei „uncharakteristischen LK-Vergrößerungen“ kann die programmierte Absicherung mit dem bewährten „Keine-Ahnung-Programm“ Nr. 67 eine erhebliche Absicherung für den Allgemeinarzt (und Patienten!) bedeuten, bevor z. B. eine LK-Biopsie erfolgen soll.

i Spätestens nach 4–6 Wochen muss ein anhaltend vergrößerter LK histologisch abgeklärt werden (Riedl und Peter 2017).

Übersicht zu Programm Nr. 77

(Lymphknotenvergrößerung). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Uncharakteristisches Fieber (auch: Zustand nach)
- Tonsillitis acuta
- Infektionen, pyogene
- Malignome (z. B. Mamma-/Zungengrundkarzinom)
- Tuberkulose
- HIV
- Röteln
- Lues
- Aphthosis
- Impfreaktion, regionale
- Mononukleose (M. Pfeiffer, EBV)
- Hodgkin-Lymphom

77 Checkliste Lymphknotenvergrößerung-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik beim Anschein von uncharakteristischen, isolierten, einzelnen oder multiplen, kaum dolenten oder indolenten vergrößerten Lymphknoten

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Lokalisation
Schwellung seit	Knoten Größe / entzündliche / druckschmerzhaft / verschieblich / abgrenzbar / derb / unverschieblich / fluktuierend (Konsistenz)
Gleich / besser / schlechter	
Schon mal gehabt	Rachen / Zähne / Zahnfleisch / Tonsillen
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Regionäre Veränderungen (Primäraffekt)
Beginn rasch / langsam (seit)	Hautausschläge / bläulich-rote Hautknoten (Erythema nodosum!) / an Streckseite von Unterschenkeln oder Armen (akute Sarkoidose, auch Löfgren-Syndrom!)
Lokale Tast- / Druckschmerzhaftigkeit	
Vorher regionär Entzündung / Hautulkus	
Vorausgegangen „Grippe“ / Tonsillitis / Rachen- / Luftwegkatarrh / Zahn- / Zahnfleischaffektion / Impfungen / enger Kontakt mit Tieren (Katze: Felinose!) / Feldhasen ausgeweidet	Palpation supraklavikulär / axillär / inguinal / Mammae
	Palpation Abdomen (Leber / Milz)
Jetzt Husten / Gelenkschmerzen / -schwellungen / Fieber / Nachtschweiße / Gewichtsverlust / Leistungsminderung / Müdigkeit / Herzrhythmusstörungen / Seh- und Hörstörungen (Sarkoidose!)	Entzündungszeichen an Extremität (Erysipel!)
Alkoholschmerz (M. Hodgkin!)	Rektal / vaginal
Tuberkulose (in Familie / Umgebung)	Urin
HIV-Möglichkeit	BKS / CRP / Blutbild / Leberwerte / Kreatinin / Borrelien- / HIV-Serologie / sonstiges Labor
Miktion / Stuhl / Menses	Röntgen-Thorax
Ängste (Furcht vor)	Sonographie Abdomen / Lymphknoten
Vermutete Ursache	Probe-Exzision
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.78 Schilddrüse – Bild einer Schilddrüsenstörung

Torben Brückner, Frank H. Mader

„Könnte es vielleicht die Schilddrüse sein?“ Diese Frage haben vielleicht schon viele Allgemeinärzte in der Sprechstunde gehört. Meist präsentieren die Patienten eine Liste mit mehreren Symptomen, die sie bei sich beobachtet haben, wie Müdigkeit, mangelnde Gewichtabnahme trotz Diät und Sport, Schwitzen oder Druck im Hals.

Tatsächlich können mannigfache Symptome an eine **Schilddrüsenstörung** im Sinne einer **Vergrößerung, Über- oder Unterfunktion** denken lassen. Allerdings ist auch mit heute einfach zu gewinnenden Laborwerten dem „Chamäleon Schilddrüse“ nicht immer auf Anhieb beizukommen; so können Schilddrüsenerkrankungen auch ohne Auffälligkeiten der Laborwerte vorhanden sein. Zu den Aufgaben des Allgemeinarztes gehört der Schutz des Patienten vor Über- wie auch vor Unterdiagnostik (Vaccarella et al. 2016).

Es besteht aber auch ein Dilemma für den Arzt, bei asymptomatischen Patienten zu entscheiden, wenn ihn beispielsweise der Patient mit einem extern gewonnenen erhöhten TSH-Wert konfrontiert, ob weitere Diagnostik sinnvoll erscheint oder ob er den Fall offen lässt. Die

■ Checkliste Nr. 78

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei Symptomen und/oder Beschwerden, die an eine Affektion und/oder Störung der Schilddrüse und/oder der Schilddrüsenfunktion denken lassen versteht sich als Instrument, um mit dem Patienten zunächst in eine strukturierte (= programmierte) Beratung aus gezielter Befragung („Subjektiv“) und Untersuchung („Objektiv“) einschließlich Dokumentation einzusteigen. Gelegentlich können die Symptome bei ein und derselben Erkrankung (z. B. **Hashimoto-Thyreoiditis/D**) von einem Pol zum anderen wandern, sprich von einer Hyper- in eine Hypothyreose umschwenken. Auch für eine solche Differenzierung im anamnestischen Gespräch bietet sich die Checkliste an. Der Arzt kann offen in viele Richtungen denken und zugleich die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe** berücksichtigen (z. B. **Malignome, M. Basedow**).

Neben bestimmten Beschwerden wie Nervosität, Zittern, gesteigerter Appetit ohne Gewichtszunahme sollten Tachykardie oder feinschlägiger Tremor an eine **Hyperthyreose** denken lassen (mittlere Ranghäufigkeit). Das Vollbild einer Hypothyreose mit Myxödem (C) wird dagegen dem Hausarzt wohl extrem selten begegnen. Patienten mit **sekundärer Hypothyreose** können gegenüber gesunden Probanden eine verlängerte Achillessehnenreflexzeit haben (Klawitter 2006).

Im Gegensatz zur **subklinischen Hypothyreose**, deren Relevanz häufig eher überschätzt wird, werden die Gefahren der **subklinischen Hyperthyreose** insbesondere bei Älteren häufig unterschätzt (z. B. vermehrt Vorhofflimmern, Knochenabbau). Ursächlich sind z. B. iatrogene L-Thyroxingabe, M. Basedow und Schilddrüsenautonomie. Die Symptomatik ist unspezifisch. Die Differenzialdiagnostik ist schwieriger

als bei einer Hypothyreose. Zum Ausschluss einer **immuno-genen Hyperthyreose** sollten neben TSH und fT3/fT4 auch Autoantikörper, insbesondere TRAK, bestimmt werden (Bojunga 2016).

■ Labor-Diagnostik

Bei einem **TSH-Wert** von > 10,0 mU/l oder einem Wert von > 4,0 mU/l und **erniedrigtem fT4** und/oder auffälligen Befunden in Anamnese und körperlicher Untersuchung ist weitere Diagnostik erforderlich.

i Das TSH zeigt ausgeprägte inter- und intraindividuelle Schwankungen, der TSH-Referenzbereich ist altersabhängig und steigt mit dem Alter an (Bojunga 2016).

Die **TPO-Antikörper (MAK)** sind zu bestimmen bei V. a. **Hashimoto-Thyreoiditis**, die **TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK)** bei der Frage nach **Morbus Basedow (D)**. Die Calcitonin-Bestimmung sollte in der Hausarztpraxis nicht routinemäßig durchgeführt werden. Ein **Euthyreoid-Sick-Syndrom** (Low-T3-/Low-T4-Syndrom) liegt vor bei erniedrigten Serumspiegeln an Schilddrüsenhormonen bei klinisch euthyreoten Patienten mit systemischen Krankheiten, die keinen Bezug zur Schilddrüse haben (z. B. Anorexia nervosa, Leberzirrhose, auch Medikamente wie Amiodaron, Kortikosteroide). Das Krankheitsbild wird klassifiziert durch Ausschluss einer Hypothyreose. Die zugrunde liegende Krankheit muss behandelt werden; Schilddrüsenhormonersatz ist nicht indiziert.

■ Struma und Schilddrüsenknoten

Von einer **Struma** spricht man, sobald das Schilddrüsenvolumen oberhalb des geschlechts- und altersspezifischen Normbereichs liegt (Schilddrüsenvolumen bei Frauen > 18 ml, bei Männern > 25 ml). Eine Struma ist lediglich ein Symptom (A). Ein typischer, schluckverschieblicher Inspektions- und Tastbefund, seltener ein **Globusgefühl**, gibt oft einen ersten Hinweis auf einen **Schilddrüsenknoten** und stellt damit eine Indikation für die **Schilddrüsenultraschalluntersuchung** dar. Bei erhöhtem TSH-Wert alleine ist die Ultraschalluntersuchung verzichtbar (S2k-LL DEGAM; Schübel et al. 2016). Schilddrüsenknoten lassen sich bei > 50 % der Patienten (je nach Alter) sonographisch feststellen.

Palpatorisch und/oder sonographisch auffällige, knotige Veränderungen oder Herdbefunde sollen nach Möglichkeit durch eine **Schilddrüsenzintigraphie** abgeklärt werden. Daraus ergeben sich die weiteren diagnostischen Schritte. Bei solchen Knoten lassen sich drei typische Befunde unterscheiden:

- **hypofunktioneller Knoten** (fehlende/verminderte Speicherung; auch als „kalt“ oder „kühl“ bezeichnet),
- **hyperfunktioneller Knoten** (mehrspeichernd; auch als „heiß“ oder „warm“ bezeichnet),
- **normale Speicherung** im Knoten (wie in der übrigen Schilddrüse).

Die deutsche Empfehlung, auf eine **Punktion** bei Knoten < 1 cm zu verzichten, folgt pragmatischen Gründen: Geringe

Treffsicherheit, zudem haben Knoten < 1 cm in der Regel keine klinische Bedeutung für den Patienten (Führer et al. 2012). Eine besondere Herausforderung in der Differentialdiagnostik stellt die **Struma multinodosa** dar, bei der in Kombination von Ultraschall und **Szintigraphiebefund** die Identifikation von verdächtigen Knoten (Fokussierung auf nicht autonome und kalte Areale mit sonographisch auffälligem Befund) erfolgen muss (Gharib et al. 2010).

Übersicht zu Programm Nr. 78 (Schilddrüse).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Schilddrüsenmalignome
- Autoimmunthyreoiditis Hashimoto
- Subakute Thyreoiditis de Quervain
- Morbus Basedow
- *Morbus Parkinson*
- *Nervosität*
- **Morbus Addison**
- *Struma diffusa/nodosa*
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- *Depression*
- *Anämie*
- *Euthyreoid-Sick-Syndrom*
- *Subklinische Hyperthyreose (bei Älteren)*

78 Checkliste Schilddrüse-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei Symptomen und / oder Beschwerden, die an eine Affektion und / oder Störung der Schilddrüse und / oder der Schilddrüsenfunktion denken lassen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) Neubearb. Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Psychische Beurteilung
Beschwerden welche (seit) / keine	Tremor / motorische Unruhe / Hyperhidrosis
Gleich / besser / schlechter	
Schon mal gehabt	Myxödem / Haut
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Endokrine Orbitopathie
Druckgefühl im Hals	Struma (Palpation / Verschieblichkeit beim Schlucken)
Schilddrüsenvergrößerung (Kropf / Struma) / bekannt (seit)	
Hitze- / Kälteempfindlich / Haut (warm / feucht / teigig / aufgeschwemmt)	Hals / oberer Thorax (regionale Lymphknoten / Einflussstauung)
Spezielle Ernährung / Jodsalz / appetitlos / Heißhunger	Auskultation Herz / Lunge
	Achillessehnenreflexe verzögert
	Blutdruck / Puls
Gewicht (konstant / Zu- / Abnahme / seit / wieviel)	Körpertemperatur
Müde / schwach / Leistungsknick	EKG (Rhythmus)
Appetitlos / Heißhunger / Gewichtsabnahme / -zunahme seit [kg]	BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / GPT / GGT / TSH / fT3 / fT4 / MAK / TRAK / sonstiges Labor
Herzklopfen / -aussetzen (Extrasystolen)	Sonographie
Schlafstörungen	Szintigraphie
Konzentration / erregbar / innerlich unruhig	Feinnadel-Punktion mit Zytologie
Heiserkeit / vermindertes Hörvermögen	
Ödeme / Schwellungen um Augen	
Atemnot in Ruhe / bei Belastung	Beratungsergebnis
Durst / Schwitzen / Schweißausbrüche / Haarausfall	
Miktion (Pollakisurie) / Stuhl (Verstopfung / Durchfall) / Menses	Maßnahmen
Arzneimittel (L-Thyroxin / Jod / Kortikosteroide / Amiodaron / Sonstiges)	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.79 Fußbeschwerden – Uncharakteristische Fuß- und Beinbeschwerden

Martina Götz, Frank H. Mader

Der Allgemeinarzt wird mit vielfältigen charakteristischen Beratungsproblemen im Fußbereich konfrontiert, die ihm im langjährigen Fälledurchschnitt regelmäßig häufig begegnen, wie Hühneraugen, Dornwarzen, Hallux valgus oder eingewachsene Zehennägel. Aber auch uncharakteristische Beschwerden im Fuß- und Beinbereich sind nicht minder häufig. Die sog. **kleinen Fußübel** sind häufig bedingt durch Fußpathologien wie Senk- und/oder Spreizfüße, Kalkaneodynien und Tarsalgien sowie den damit verbundenen statischen Beschwerden, aber auch durch ungeeignetes Schuhwerk.

Der Laie sagt in einigen deutschsprachigen Gegenden „*mir tut der Fuß weh*“ und meint damit „*das Bein*“. Das drückt sich auch im Sprichwort aus: „*Hinkt der Fuß, so hinkt der ganze Mensch*“. Über den Fuß werden die Körperhaltung gesteuert und teilweise auch sturzbedingte Verletzungen im Alter verhindert (V. Janda 1928–2002). Der gesunde Mensch kann über den Fuß mit einer Leichtigkeit aufrecht stehen, obwohl es sich dabei um einen komplexen neurologischen Vorgang handelt. Die

■ Checkliste Nr. 79

für die allgemeinmedizinische Diagnostik von Beschwerden im Fuß- oder Beinbereich bei Kindern und Erwachsenen, die dem Anschein nach durch Fußübel und/oder Fehlstatik verursacht werden sind dient dem Allgemeinarzt zur systematischen Befragung und programmierten Untersuchung, wobei auch **abwendbar gefährliche Verläufe** bedacht werden. Fußfehlstellungen und Abweichungen der Beinstatik sind häufig nicht primär schmerzhaft, können aber später über diffuse oder multilokuläre myofasziale Schmerzen im Achsenorgan und benachbarten Partien bis hin zu Mobilitätsstörungen das „Wohlergehen“ des Betroffenen stark beeinträchtigen.

■ Kinder

Bei Geburt sind nahezu alle Füße gesund. Der Fuß des **Kleinkindes** hat durch ein Fettpolster die Optik ein „Plattfußes“. Dies kann durch Palpation erkannt werden. Dieser kindliche Knick-Senkfuß mit verstärkter Valgusbildung im Fersenbein (**Knickfuß**) und Abflachung der medialen Fußwölbung (**Plattfuß**) ist bis zu einem gewissen Grad physiologisch (DGOOC 2002; S1-LL). Beim kindlichen und jugendlichen Fuß nehmen die Fehlstellungen durch Bewegungsarmut und/oder Übergewicht zu und können zu Schmerzen im Kniegelenk oder zu „Kopf“-Schmerzen führen.

Ein Phänomen sind die **Beinschmerzen** bei 3- bis 12-Jährigen (sog. Wachstumsschmerzen) der unteren Extremität; sie treten meist nachts auf, bilateral wechselnd, mit schmerzfreien Intervallen. Das Gangbild ist unauffällig. Sport ist möglich.

■ Erwachsene

Statische Beschwerden bei **Erwachsenen** werden meist im Fuß, in der Wadenmuskulatur oder im Kniegelenk lokalisiert und weniger im ganzen Bein empfunden, sie führen zu Ermüdbarkeit bei längerem Stehen und Gehen. **Spreizfüße** verursachen Schmerzen beim Gehen unter dem Mittelfußköpfchen II, III und IV. Patienten mit **Senk- und Plattfüßen** sind dagegen häufig beschwerdefrei. Der Fuß dient als Stoßdämpfer für andere Gelenke und Wirbelsäule. Bei Beschwerden im Bewegungsapparat sollte daher auch der Fuß in die Untersuchung mit einbezogen werden. Die Verordnung von **Einlagen** ist kritisch zu überdenken.

Der **Hallux valgus** als häufigste Art einer Zehendeformität (fast immer in Verbindung mit Spreizfuß) verursacht Schmerzen über die Pseudoexostose (fälschlicherweise „Frostbeule“) und ist abzugrenzen vom **Hallux rigidus**, der schmerzhaften Arthrose des Großzehengrundgelenks. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die **diabetische Neuro-Osteo-Arthropathie** (**Charcot-Fuß** mit Knochenmarködem im MRT). Beim **Lipödem** ist die Ödembildung typischerweise supramalleolär; sind Fußrücken und Zehen betroffen, so liegt sekundär ein **Lymphödem** vor. Zur Abgrenzung ähnlicher Beschwerdebilder können noch folgende Checklisten herangezogen werden:

- Checkliste Nr. 29 (Beinödeme)
- Checkliste Nr. 75 (Claudicatio intermittens)
- Checkliste Nr. 76 (Phlebothrombose)

Die **körperliche Untersuchung** erfolgt am teilentkleideten liegenden Patienten sowie im Stehen, Gehen und Zehenstand; eine Beurteilung von Beckenstand (Beinlängendifferenz!), Schuhwerk, Fußbettungen/Einlagen sollte zur Routine gehören. Die Zusammenarbeit mit dem Facharzt sowie den nicht-ärztlichen Spezialberufen (z. B. Podologe, Orthopädie-schuhmacher) richtet sich nach dem Einzelfall.

Übersicht zu Programm Nr. 79 (Fußbeschwerden). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- *Apophysitis calcanei (bei Jugendlichen)*
- **Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)**
- **Knöcherne Läsionen (Fissur, Ermüdungsfraktur)**
- *Knochenmarködem*
- **Charcot-Fuß**
- *Thrombose der kleinen Fußvenen*
- *Gichtarthritis*
- *Neurogene Fußdeformität*
- *Bandläsion nach Distorsion*
- *Beinschmerzen bei Kindern*
- *Plantarfasziitis („Fersensporn“)*
- **Rheumatoide Arthritis**
- *Arthropathie der Fußwurzelgelenke*
- *Bursitiden und Tendovaginitiden*
- *Lipödem*

79 Checkliste Fußbeschwerden-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik von Beschwerden im Fuß- oder Beinbereich bei Kindern und Erwachsenen, die dem Anschein nach durch Fußübel und / oder Fehlstatik verursacht werden sind
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Götz M, Mader FH (2019)

4

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Schuhwerk (Größe / einseitige Abnutzung / Einlagen)
Beschwerden seit	
Gleich / besser / schlechter	Im Stehen (Wirbelsäule / Beckengeradstand / X- / O-Beine / Finger-Boden-Abstand / Knickfuß / Hallux valgus)
Schon mal gehabt	
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie (Einlagen / Maßschuhe / Fußgymnastik)	Unterschenkelachse trifft inneren Fußrand (nicht Fersenmitte)
Schmerzen tags / nachts / bei Belastung / Beruf / Sport / ischias- / anfallsartig (Gicht!)	Fußgewölbe im Zehenstand vorhanden / fehlend
Schmerzen in Fußlängsgewölbe / Ferse / Fußrücken / Knöchel / Wade / Knie / Hüftgelenk	Im Gehen (Gleichgewicht / Abrollvorgang / Hinken / Einknicken)
Ausgelöst durch Verstauchung / Knöchelbruch / Schuhwerk / Gewichtszunahme / Sonstiges	Im Liegen (Fußpronation / -supination / Haut / Schwielen / Schwellung / Sensibilität)
Schwellung (Zehen / Fußrücken / Knöchel / Wade)	Oberes Sprunggelenk (Aufklappbarkeit)
Fußschwäche / Stolpern / häufiges Umknicken	Durchblutung (Arterienpunkte: Leiste / Kniekehle / Fuß)
Fieber vorausgegangen	Druckschmerz (meta- / intermetatarsal / Vorfußkompression / Ferse / Tibiakante / Knie- / Hüftgelenk)
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	Unterschenkel (Varikosis / Ödeme / Beinmuskel verkürzt / Achillessehne)
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	Urin
Sonst noch	BKS / CRP / BZ / Harnsäure / Sonstiges Labor
	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.80 Muskelkrämpfe – Uncharakteristische Muskelkrämpfe (Krampi)

Torben Brückner, Frank H. Mader

Mancher langjährige Allgemeinarzt kennt die Situation: Am Ende der Konsultation spricht der Patient noch seine nächtlichen Muskelkrämpfe an: „Übrigens, da wollte ich Sie auch schon lange mal fragen. Hab alles schon probiert.“ Muskelkrämpfe, auch Krampi (A), sind in den allgemeinärztlichen Fällestatistiken ein Beratungsproblem an der Grenze der regelmäßigen Häufigkeit.

Solche **Krampi** treten ohne erkennbaren Zusammenhang („**idiopathisch**“) oft nachts, meist einseitig auf, häufig im Bereich von Wade und Fußgewölbe. Die tastbaren Muskelverhärtungen sind sekunden- bis minutenlang teilweise äußerst schmerzhaft und können einem bestimmten Muskel zugeordnet werden. Betroffen sind Jugendliche ebenso wie Menschen mit zunehmendem Alter. Linderung verschaffen die Dehnung der verkrampften Muskulatur und/oder die Anspannung der Antagonisten der betroffenen Muskeln.

Abzugrenzen sind **symptomatische Muskelkrämpfe** bei körperlicher Arbeit oder sportlicher Belastung (Hitze!), in der Schwangerschaft, durch Alkohol oder Medikamente (z. B. Betasympathomimetika, Diuretika, Statine). Raritäten sind z. B. eine Dystonie oder (extrem selten) das Stiff-Person-Syndrom als Seltene Krankheit mit massiv rigider Steigerung des Muskeltonus und schmerzhaft einschließenden Spasmen (Lindemuth et al. 2016; S1-LL). Die

■ Checkliste Nr. 80

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Muskelkrämpfen (Krampi) sowie bei Muskelschmerzen ist nicht nur für Muskelbeschwerden in den Beinen ausgelegt, sie wird in der Allgemeinmedizin selten benötigt. In der Regel ergeben sich bei den meisten Patienten bei der körperlichen Untersuchung keine Auffälligkeiten im Hinblick auf Muskelatrophien, Faszikulationen, Bewegungseinschränkungen oder Kraftverlust. In der Literatur sind rund 650 solcher neuromuskulärer Erkrankungen beschrieben. Sollten sich Zeichen dafür ergeben, so wird der Patient in den Spezialbereich zu überwiesen. Der Patientenwunsch nach einer Bestimmung von „*Magnesium im Blut*“ sollte den Hausarzt viel weniger beschäftigen als die Abklärung anderer **Laborwerte**, die auf Funktionsstörungen z. B. von Niere oder Leber hinweisen. Ebenso ist der **Medikamentenplan** zu überprüfen.

Bei Beinschmerzen ist als **abwendbar gefährlicher Verlauf** auch an eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) zu denken, die bereits durch Tasten der Pulse auffallen kann und eher Schmerzen beim Gehen zeigt; zur diagnostischen Vertiefung dient die

■ Checkliste Nr. 75 (Claudicatio intermittens).

Eine eigenständige Entität stellt das **Restless-Legs-Syndrom** (RLS) dar. Die Schmerzen, die nur in Ruhe und Entspannung mit Bewegungsdrang der Beine auftreten, werden als *„von*

innen kommend“, in den Waden oder diffus im ganzen Bein beschrieben; sie bessern sich durch Bewegung der Beine deutlich. Auch das gute Ansprechen auf L-Dopa oder auf niedrig dosierte Dopaminantagonisten als probatorische Behandlung kann ein RLS bestätigen (Diener und Westphal 2013). Für Betroffene gibt es einen „Fragebogen für Schweregrad des RLS“.

Übersicht zu Programm Nr. 80 (Muskelkrämpfe). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- *Restless-Legs-Syndrom*
- *Myalgien*
- **Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)**
- *Neuralgien*
- *Venöse Stauung*
- **Neuromuskuläre Erkrankungen**
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- *Polyneuropathie*
- *Spinalkanalstenose*

80 Checkliste Muskelkrämpfe-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Muskelkrämpfen (Krampi) sowie bei Muskelschmerzen

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003, 2005) mod. Brückner T, Mader FH (2019)

4

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck	Psychische Beurteilung
Krämpfe seit / wann zuletzt	Tetanusverdacht
Gleich / besser / schlechter	Muskelkraft / Sensorik / Motorik / Muskeleigenreflexe (PSR / ASR), Babinski
Schon mal gehabt	
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Untere Extremität warm / kühl / blass / livide
Dauer der Anfälle	Lokale Palpation von Muskeln / Sehnenansätzen
Wie oft täglich / wöchentlich / sonst	
Krämpfe: Lokalisation bds / tags / nachts dabei Schmerzen / Parästhesien / Gliederschmerzen	Bein- und Fußpulse (A. poplitea / A. dorsalis pedis / A. tibialis post)
Dabei Synkope / Absenzen	Blutdruck / Puls
Aura vorher / retrograde Amnesie	Urin
Familiäres Vorkommen	BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / Kalzium / Magnesium / Leberwerte / TSH / sonstiges Labor
Alkohol- / Nikotinkonsum	
Ausgelöst durch Vergiftung / Hyperventilation / Nahrungsmittel / Medikamente (CSE-Hemmer, Diuretika, Kalziumantagonisten, Betablocker / Sonstige) / Wärme / Kälte / starkes Schwitzen / Sportart / Trauma somatisch / psychisch / langes Sitzen	Sonographie der Extremitäten Elektro-neurographie / -myographie
Erkrankungen der Nerven / Muskeln / Schilddrüse / Leber / Nieren bekannt	
Weiches / hartes Bett	Beratungsergebnis
Miktion / Stuhl / Menses / Schwangerschaft	
Ängste (Furcht vor)	Maßnahmen
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.81 Anämie – Uncharakteristische Anämie

Yen-Ying Wu-Brückner, Frank H. Mader

Eine von den Angehörigen beobachtete „Blässe“ oder eine durch den Patienten selbst vermutete „Blutarmut“ sind in der Hausarztpraxis keine seltenen Beratungsanlässe, die zum Arzt führen und von ihm dann als Beratungsursache **Anämie** (A) abgeklärt werden.

Häufig aber entdeckt der Arzt eher zufällig im Rahmen einer bestimmten Untersuchung oder im Rahmen eines größeren Laborprofils eine Anämie, also eine Verminderung der Hämoglobinkonzentration unter den alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwert. Je nach Literatur liegen die **Hb-Untergrenzen** bei **Männern** um 13–13,5 g/dl und bei **Frauen** um 12 g/dl (bei **Schwangeren** um 11 g/dl infolge einer physiologischen „Verdünnungsanämie“).

In unseren Breiten kommen Anämien als Komplikationen anderer Erkrankungen oder Krankheiten weitaus häufiger vor als eigenständige Anämieformen, wie sie als mögliche **abwendbar gefährliche Verläufe** in der unten stehenden **Übersicht** aufgeführt sind. Dabei sollte der Allgemeinarzt bereits vorhandene Laborwerte im Einzelfall würdigen und ebenso mögliche kurzzeitige Schwankungen der Werte berücksichtigen. Eine Anämie gilt bei offensichtlicher Blutungsquelle (z. B. Teerstuhl, starke Blutung) nicht mehr als „uncharakteristisch“. Die

■ Checkliste Nr. 81

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Anämie unterstützt den Arzt, nach vielen Seiten hin offen zu fragen, zu untersuchen und zu dokumentieren, insbesondere auch dann, wenn die übliche Abklärungsstrategie (z. B. Endoskopie, Bildgebung) weder eine Blutungsquelle im Allgemeinen noch ein **Malignom** im Speziellen aufgedeckt hatte. **Faustregel:** Eine Anämie sollte abgeklärt werden, wenn der Hb-Wert zuverlässig um 1,5 g/dl niedriger liegt als der persönliche Referenzwert des Patienten zu einem früheren Zeitpunkt.

i Eine trotz Durchuntersuchung **unklare** nennenswerte **Anämie** ist bis zum Beweis des Gegenteils verdächtig auf ein **okkultes Malignom**.

An sich sind solche Situationen in der Allgemeinmedizin Seltenheiten. Der Einsatz der Checkliste Nr. 81 kann jedoch den Allgemeinarzt warnen, wenn er einem solchen Problem gegenübersteht.

■ Blasse Haut

Eine **blasse Haut** lässt sich erst bei einem Hb-Wert < 9 g/dl deutlich erkennen; sie ist als Zeichen für eine Anämie nicht sehr zuverlässig. Deshalb müssen immer auch die **Schleimhäute** untersucht werden. Ein Blick auf die Lippen, in die Konjunktiven, auf die Hautfurchen der Hohlhand und auf die Nagelbetten liefert weitere Hinweise.

■ Kon- und subkonjunktivale Blässe

Mehrere Studien haben die Validität der **konjunktivalen Blässe** bei einer diagnostizierten Anämie bewertet. Sie hat mit einer Sensitivität von 25–62 %, einer Spezifität von 82–97 % und einer positiven Likelihood Ratio (PLR) von 4,7 einen gewissen diagnostischen Wert. Die **Blässe des Unterlidrandes** ist mit einer Sensitivität von 10 %, einer Spezifität von 99 % und einer positiven Likelihood Ratio von 16,7 deutlich spezifischer als die Blässe der gesamten Konjunktiva (Dennis et al. 2019).

■ Weitere Symptome

Die Betroffenen klagen über **reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit** mit Belastungs- und evtl. Ruhedyspnoe, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Ohrensausen und Ähnliches. Neben der Blässe findet der Arzt u. a. Tachykardie, funktionelle Herzgeräusche und möglicherweise eine weite Blutdruckamplitude.

■ Labordiagnostik

Die Labordiagnostik spielt heute auch im allgemeinärztlichen Bereich eine nicht mehr wegzudenkende Rolle. Manche Patienten stellen sich auch ohne einschlägige Symptomatik vor, um „mal ein Blutbild machen“ zu lassen, ohne recht zu wissen, was eigentlich damit gemeint ist.

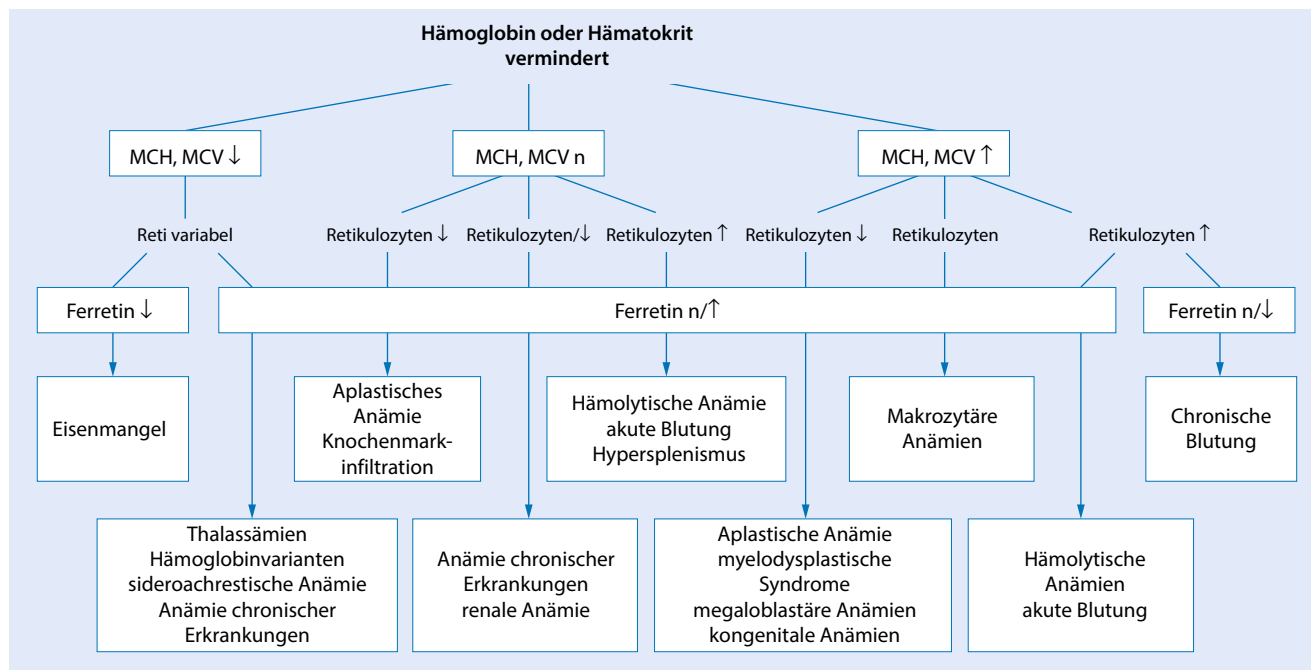
Bei erniedrigtem Hb-Wert und mittlerem Hämoglobingehalt (MCH) und mittlerer Erythrozytengröße (MCV) lassen sich durch die Bestimmung von **Ferritin** und **Retikulozyten** bestimmte Anämieformen/-ursachen unterscheiden (■ Abb. 4.2).

Allerdings müssen auch einzelne Laborwerte kritisch gesehen werden: So gilt beispielsweise das Ferritin als Akute-Phase-Protein; daher sollten zusätzlich auch das CRP sowie die Leberenzyme bestimmt werden (Panse und Brümmerdorf 2018).

■ Häufige Anämien

Die häufigste Form der Blutarmut ist die **Eisenmangelanämie** (D): Sie rangiert in mehrjährigen Fallestatistiken im oberen Drittel, einen mittleren Rang belegt die (**perniziöse**) **Vitamin-B-12-Mangel-Anämie** (D). Bei **geriatrischen Patienten** lässt sich nicht immer eine einzige Ursache für eine Anämie ausmachen; meist kommen mehrere Auslöser zusammen (z. B. chronische Gastritis, Fehl-/Mangelernährung, Niereninsuffizienz, Mikroblutungen).

Anämien im Rahmen **chronischer Erkrankungen** lassen sich manchmal nur schwer von einer Eisenmangelanämie unterscheiden, besonders am Anfang des Prozesses und bei gleichzeitigem Vorliegen beider Zustände.



■ **Abb. 4.2** Diagnostik der Anämien aufgrund der Bestimmung von mittlerem Erythrozytenvolumen (MCV), mittlerem Hämoglobingehalt (MCH), Serumferritinkonzentration (Ferritin) und absoluter Retikulozytenzahl; normal (n). (Classen et al. 2004)

Übersicht zu Programm Nr. 81 (Anämie).

Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
 („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
 (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- **Malignome und Bluterkrankungen im engeren Sinne**
- *Chronische Infektionen*
- *Mangelzustände (z. B. Eisen, Ernährung, Vitamin B 12, Folsäure)*
- *Alkoholkrankheit*
- **Hämolytische Anämie**
- **Blutungen im Gastrointestinal- und Urogenitaltrakt**
- *Hypermenorrhö, Menorrhagien*
- **Niereninsuffizienz**
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- **Immundefekte**

81 Checkliste Anämie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischer Anämie

Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. (1995) mod. Mader FH (2003) mod. Wu-Brückner Y-Y, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (leicht / schwer krank)	Integument blass / bräunlich / rissig / trocken (Myxödem!)
Blutarmut seit / wodurch aufgefallen	
Gleich / besser / schlechter	Konjunktiven blass
Schon mal gehabt	Skleren sub- / ikterisch
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Übrige Schleimhäute blass
	Glossitis / Cheilitis / Mundwinkelrhagaden
Schwangerschaften / Aborte	
Derzeit gravide / Stillen	Haare / Nägel dystrophisch
Frühere OPs / Gastrointestinale Erkrankungen (z. B. Ösophagusvarizen / Leberzirrhose)	Blutdruck / Puls
Gewichtabnahme / Mattigkeit / Leistungsabfall	Petechiale Blutungen nach Rumpel-Leede-Test
	Auskultation Herz (Systolikum) / Lunge
Herkunft aus Mittelmeerraum (Thalassaemia minor!)	Palpation Abdomen (Leber / Milz)
	Rektal / vaginal
Fieber / Frösteln / Schüttelfrost / Schwindel	BKS / CRP / Differentialblutbild / Kreatinin / Ferritin / Transferrin / GGT / GPT / LDH / Bilirubin / Retikulozyten
Schluckbeschwerden / Kopfschmerz / Niereninsuffizienz / Zungenbrennen	
Herzklopfen / künstliche Herzklappen	Sonstiges Labor (Vitamin B6 / Folsäure / Quick / PTT / Blutungszeit) / Würmer
Präkordialdruck / -schmerz	Test auf okkultes Blut im Stuhl
Haare / Nägel brüchig	Sonographie Abdomen
Parästhesien / Gangunsicherheit	Endoskopie Gastrointestinaltrakt
Alkoholkonsum / Ernährung (Anorexie!) / Vegetarier	Röntgen-Thorax
Stuhl: Durchfälle / auffallend dunkel verfärbt	
Anämie durch Hypermenorrhö / Menorrhagie / Epistaxis / Auswurf / Magen- / Darmerkrankung / Hämorrhoiden / blutiger Urin / häufiges Blutspenden / Eigenblutbehandlungen / Salizylate / NSAR / Antikoagulanzen / andere Medikamente	Beratungsergebnis
Alle Wunden / Zahnfleisch leicht blutend	Maßnahmen
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	

4.82 Tropenrückkehrer – Mögliche Tropenkrankheit

Frank H. Mader

Hat sich eine Person in den Tropen aufgehalten (z. B. im Urlaub oder geschäftlich) und erkrankt in den nächstfolgenden Tagen, Wochen oder Monaten daheim, so muss jeder Allgemeinarzt auch an die Möglichkeit einer **Tropenkrankheit** denken.

Das **individuelle Risiko** für Infektionskrankheiten hängt vom persönlichen Reisestil, Destination, Reisedauer und Reisevorbereitung (Prävention, Impfungen) ab. Die Mehrzahl der gesundheitlichen Probleme, die während oder nach einem Tropenaufenthalt auftreten, sind jedoch selbstlimitierend. Solche leichten Befindlichkeitsstörungen müssen von ernsthaften und sehr oft infektiösen Erkrankungen abgegrenzt werden. Obwohl die Wahrscheinlichkeit, eine potenziell bedrohliche Infektion zu entdecken, sehr gering ist, tut der Hausarzt gut daran, die

■ Checkliste Nr. 82

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Patienten, die nach Tropenaufenthalt heimkommen und eine völlig uncharakteristische Symptomatik bieten zur Hand zu nehmen. Damit kann er sich unter medizinischen Gesichtspunkten einen gewissen Überblick über das Gefährdungspotenzial vor Ort und über das Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung des Reisenden verschaffen und gegebenenfalls den Patienten zusammen mit der ausgefüllten Checkliste an den Tropenmediziner überweisen. Die Frage nach einem Tropenaufenthalt findet sich übrigens auch in folgenden Checklisten:

- Checkliste Nr. 1 (Fieber-Programm)
- Checkliste Nr. 2 (Husten-Programm)
- Checkliste Nr. 36 (Durchfall-Programm)
- Checkliste Nr. 43 (Hepatopathie-Programm)
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)

Reisemedizinisch-epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass 18–33 % der Reisenden aus Industrieländern nach ihrer Rückkehr aus tropischen Entwicklungsländern einen Arzt konsultieren. Die häufigsten Beschwerden sind **Durchfall** oder sonstige **Magen-Darm-Störungen**. Tritt die Diarrhö zusammen mit **Fieber** auf, muss auch eine systemische Infektion (z. B. **Malaria tropica** durch *Plasmodium falciparum*) bedacht werden (Markwalder et al. 1995). Bei hochfiebernden Reisepatienten vor allem aus Südostasien oder Lateinamerika ist in erster Linie an invasive Durchfallerreger (z. B. Salmonellen, *Campylobacter*, Yersinien) zu denken.

■ Flüchtlinge

Bei hochfieberhafter Enteritis muss bei **Geflüchteten** zudem an eine mögliche **Typhusinfektion** (Inkubationszeit bis 60 Tage) gedacht werden. Was die **Tuberkulose** betrifft, so werden alle Flüchtlinge in Deutschland einer Thorax-Röntgen-Untersuchung unterzogen; damit kann eine floride Lungen-Tb erfasst werden. Die teilweise verbreitete Angst vor

„Einschleppung gefährlicher Krankheitserreger“ ist nicht begründet (Reim et al. 2016).

■ Nachuntersuchung nach Arbeitsaufenthalt

Patienten, die beruflich in den Tropen unterwegs waren, sollten aus versicherungs- und berufsrechtlichen Überlegungen nach länger dauerndem Aufenthalt einer Tropenrückkehrer-Untersuchung unterzogen werden. So ist seitens der Berufsgenossenschaften nach Arbeitsaufenthalt von 6 Monaten und länger eine Nachuntersuchung vorgeschrieben. Aber auch nach kürzerem Arbeitsaufenthalt oder nach einer mehrmonatigen Reise unter einfachen hygienischen Bedingungen ist eine Nachuntersuchung empfehlenswert.

■ Nachuntersuchung von Pauschalurlaubern

Bei Pauschalurlaubern in den Tropen, auch wenn es sich um Senioren handelt, ist eine Kontrolluntersuchung nicht erforderlich, wenn sich die Reisenden gesund fühlen. Für den asymptomatischen Kurzzeitreisenden/Touristen, der ausdrücklich eine Untersuchung wünscht, genügt unmittelbar nach Rückkehr die Erhebung des körperlichen Status zusammen mit Blutbild inklusive Differenzialblutbild, Kreatinin, GPT und Gamma-GT sowie kompletter Urinuntersuchung.

■ Warnsignale

Im Allgemeinen gelten bei Tropenrückkehrern folgende Symptome als wichtige Warnsignale: Fieber – Diarrhö – Erbrechen – Ikterus – Harnwegsinfekte – Hautaffektionen – Genitalinfektionen.

Fieber wird mit Abstand am häufigsten durch ubiquitär vorkommende Erreger wie akute respiratorische Infekte, Influenza oder Harnwegsinfekte ausgelöst. Bestimmte **abwendbar gefährliche Verläufe** darf der Arzt auf keinen Fall übersehen, weil die betreffenden Krankheiten **notfallmäßig behandelt** werden müssen: Malaria – Typhus – Amöbenabszess der Leber – Sepsis – Meningitis – afrikanische Trypanosomiasis (Schlafkrankheit). Andere fieberhafte Erkrankungen, die einer spezifischen Behandlung bedürfen, sind: Rickettsiosen – Leishmaniosen – Chagas-Krankheit – Leptospirose – Brucellose – Schistosomiasis – Filariose – Tuberkulose. Immer häufiger treten auch Hepatitiden und das Dengue-Fieber auf.

■ Malaria

Die **exakte Diagnose** „Malaria“ kann weder klinisch gestellt noch sicher ausgeschlossen werden. Dies ist nur durch den Nachweis von Malariaplasmodien oder Plasmodienbestandteilen im Blut möglich. Der Hausarzt sollte seine Patienten vor Reiseantritt darauf hinweisen, dass **jedes unklare Fieber** ab dem 7. Tag nach erstmaligem Betreten eines Malaria-gebiets und auch mehrere **Monate** danach, selten **Jahre** nach Rückkehr, bis zum Beweis des Gegenteils malariaverdächtig ist (Rothe et al. 2019).

Daher sollte immer der erste Gedanke einer möglichen Malaria gelten, auch wenn die Inkubationszeit einer akuten lebensbedrohlichen Malaria tropica meist 7–15 Tage beträgt. **Typisch** für eine Malaria-Infektion sind ein „grippaler Zu-

stand“ mit Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Schweißausbruch und Myalgien.

i Bei Reiserückkehrern aus dem tropischen Afrika immer an Malaria denken!

Man liest immer wieder von schweren Gesundheitsschäden, die dadurch zustande gekommen sind, dass die Ärzte (besonders Notfallärzte an Sonn- und Feiertagen – vgl. die **Fallbeispiele** „Die Grippe, die aus dem Urwald kam“ und „Kaufmann musste sterben. Vier Ärzte haben versagt“ (in ► Abschn. 1.6.7)– es versäumt hatten, eine Tropenkrankheit überhaupt in Erwägung zu ziehen. Das sollte mit der Einführung dieser Checkliste nicht mehr passieren.

82 Checkliste Tropenrückkehrer-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Patienten, die nach Tropenaufenthalt heimkommen und eine völlig uncharakteristische Symptomatik bieten

Wiedermann G (1976) mod. Braun RN (1976, 1989) mod. (1995) mod. Schröder G (2001) mod. Mader FH (2003) mod. Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)

Beschwerden seit

Gleich / besser / schlechter

Wann / bis wann in welcher Gegend (Stadt / Land / Höhe) / beruflich / touristisch

Wann zurückgekehrt

Bestimmte Erkrankungen vor Ort bekannt

Ähnliches bei Mitreisenden (was / wann)

Gleiche Symptome früher schon mal

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Regelmäßige Einnahme Malariaphylaxe / welches Präparat

Impfungen vor Abreise (Impfpasskontrolle!) / im Ausland Injektionen / Blutentnahmen

Im Ausland zahn- / ärztliche Behandlung / Tätowierung / Piercing / Medikamente

Insektenstiche / -bisse bemerkt

In Binnengewässern gebadet / in Tümpel oder Gewässer gefallen (Schistosomiasis!)

Woher stammte das Brauchwasser des Wohnortes / Speiseeisgenuss / Eiswürfel in Getränken etc.

Felle lebendiger / toter Tiere / Nagetiere berührt / von Tieren abgeleckt / gebissen

Besuch in Tierparks (Tageszeit)

Genuss von rohen / ungekochten Nahrungsmitteln (Wasser / Milch / Frischkäse / Salate / ungeschältes Obst) / oberflächlich gegrilltes Fleisch / rohe Fische

Sexuelle Gewohnheiten / HIV-Möglichkeit

Alkoholkonsum / Schlafstörung

Kontakt mit tuberkulösen / sonstigen Kranken gehabt

Tätigkeit in einem Krankenhaus

Besteht Fieber (Fiebertyp beschreiben)

Schweißausbruch (nachts – Tbc!) / Schüttelfrost / Frösteln

Allgemeinerscheinungen / -befinden

Schmerzen in bestimmten Regionen

Blässe / Hautveränderungen / Blutungsneigung

Übelkeit / Erbrechen Juckreiz (wo / seit wann) / Augenveränderungen / Flüchtige / Schwellungen

Besteht oder bestand Durchfall (mit oder ohne Fieber / wie oft / wie lange)

Stuhl blutig / schleimig / wässrig / farblos

Beschwerden beim Urinieren / im äußeren Genitalbereich / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Blutdruck / Puls

Fieber (Höhe / Verlauf)

Inspektion Haut

Auskultation Herz

Auskultation / Perkussion Lunge

Auskultation / Palpation Abdomen (Leber / Milzgröße)

Urin / Stuhluntersuchung

BKS / CRP / Diff-Blutbild / Kreatinin / GPT / GGT / HIV-Screening / Lues-Serologie

Sonographie Abdomen

Röntgen-Thorax

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.83 Müdigkeit – Uncharakteristische Müdigkeit

Torben Brückner, Frank H. Mader

Welcher Hausarzt kennt nicht den Satz mancher Patienten: „Doktor, ist es die Frühjahrsmüdigkeit? Wir haben schon so lange kein Blutbild mehr gemacht, vielleicht liegt es ja an der Schilddrüse oder den Vitaminen?“

Um diese Fälle einer **Befindlichkeitsstörung** geht es nicht, wenn die

■ Checkliste Nr. 83

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Klagen über uncharakteristische Müdigkeit, Müdigkeit oder Schwäche, die sich bereits seit Wochen oder länger hinziehen, wobei offensichtliche Ursachen bereits ausgeschlossen wurden zum Einsatz kommen soll. Je nach Studien schwanken die Angaben über die Häufigkeit von Müdigkeit als BU zwischen 7 % als Haupt- und ca. 15 % als Nebengrund für eine Konsultation (Klimm und Peters-Klimm 2017).

Der Patient ist also nicht mehr in der Lage, körperliche oder geistige Tätigkeiten auszuführen („**Leistungsknick**“). Nach Art einer **Vorschaltdiagnostik** wurden bereits „offensichtliche Ursachen“ wie beispielsweise klimakterische Umstände oder eine bekannte konsumierende Erkrankung als eigentliche Verursacher ausgeschlossen.

Diese Checkliste wurde geschaffen, um bestimmte Erkrankungen richtungsweisenden **Begleitsymptomen** wie Gewichtsabnahme, Dyspnoe, Husten, Fieber, Blut im Stuhl oder in Durchfällen zuzuordnen, vor allem aber um die wichtigsten **abwendbar gefährlichen Verläufe** zu bedenken oder aufzudecken.

■ Die bio-psycho-soziale Dimension

Müdigkeit wirkt auf das Gegenüber oftmals wie ein zweiter Schatten, der den Menschen begleitet; aus medizinischer Sicht ist sie nur mühsam zu greifen. Naturwissenschaftlich mögen zelluläre und molekulare Vorgänge dahinter stecken, aber schwer fällt dabei die „Beschreibung der Übergänge vom Innerzellulären zum Ganzen“ (Straub 2018). In der Praxis tritt das **Symptom Müdigkeit** (A) als jene Beratungsursache auf, die gerade den Allgemeinarzt veranlassen sollte, die bio-psycho-soziale Dimension zu überblicken, also den Patienten in seiner Gesamtheit zu erfassen. Entsprechend wird in der Checkliste Nr. 83 in vielerlei Richtung gefragt und ermittelt.

Die DEGAM-S3-LL führt zahlreiche mögliche **Ursachen** oder **Begleiterscheinungen** bei Personen mit Müdigkeit auf, von **Depression** über **Schlafstörungen**, von **Überarbeitung** oder **familiärer Belastung** bis zu schlafbezogenen **Atemstörungen**, kommunikativen Problemen oder **Infekten**, einzeln oder in Kombination. Bei primär ungeklärter Ursache sollten nach LL folgende Laborwerte bestimmt werden: BZ, Blutbild, BKS/CRP, Transaminasen oder Gamma-GT sowie TSH. Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollen nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen erfolgen (Baum et al. 2017).

Die Anwendung der programmierten Diagnostik wird auch dann empfohlen, wenn der Fall zunächst vielleicht „banal“ wirken mag. **Folgekontrollen** und **abwartendes Offenlassen** in geteilter Verantwortung mit dem Patienten liegen in der Natur der Sache.

In Einzelfällen findet die Checkliste Nr. 83 ihre Ergänzung bzw. Vertiefung in der

- Checkliste Nr. 60 (Depression),
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese),
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica) oder
- Checkliste Nr. 84 (Familienproblematik).

In der Regel sind jedoch mit alledem keine eindrucksvollen kausalen Aufdeckungen wie ein **Malignom** oder gar eine **Seltene Krankheit** zu erwarten, eher vielleicht als **AGV** eine **Hypothyreose**, **Eisenmangelanämie** oder eine **Zuckerkrankheit**. In Einzelfällen werden besorgte Patienten mit ihrem Arzt auch „**Umweltgifte**“ wie „Amalgam“ oder „Gebäudedämpfe“ diskutiert haben. Oft genug wird am Ende des diagnostischen Prozesses das **Beratungsergebnis** so lauten wie anfänglich die **Beratungsursache** selbst: Müdigkeit. Der Patient hatte jedoch die Möglichkeit, sich strukturiert und umfassend zu äußern, und der Allgemeinarzt ist seiner Funktion ein weiteres Mal gerecht geworden, im Meer der vermeintlichen Banalitäten nach dem einen raren abwendbar gefährlichen Verlauf gesucht zu haben.

i Der normale **Alterungsprozess** verursacht keine Müdigkeit. Das **Leistungsniveau** von alternden Personen muss dem anderer Personen gleichen Alters gegenübergestellt werden.

Müdigkeit ohne Begleitsymptome, die > 6 Monate andauert, wird als **chronische Müdigkeit** bezeichnet, mit bestimmten Begleitsymptomen als **chronisches Müdigkeitssyndrom** (**Chronic fatigue syndrome – CFS**). Die Müdigkeit ist der Schmerz der Leber, d. h. alle chronischen **Lebererkrankungen** können Ursache einer anhaltenden Müdigkeit sein (Stiefelhagen 2017b).

**Übersicht zu Programm Nr. 83 (Müdigkeit).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung**

- **Anämien**
- **Malignome**
- *Depression*
- **Diabetes mellitus**
- *Hypo-/Hyperthyreose*
- **Herzinsuffizienz**
- *Hypotonie*
- **Endocarditis lenta**
- **Infektionen** (z. B. **Tuberkulose**)
- *M. Parkinson*
- **Elektrolytstörung**

- **Lebererkrankungen**
- *Essstörungen*
- *Schlafapnoe*
- *Jodmangel*
- *Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)*
- *Stoff- und nichtstoffgebundene Abhängigkeit*
- *Burnout-Syndrom*
- *Trainingsmangel*
- *Postinfektiöse Schwäche*
- *Laxanzien- und Diuretikamissbrauch*
- *Gestörter Schlaf*
- *Prämenstruelles Syndrom*
- *Fibromyalgie*

83 Checkliste Müdigkeit-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei Klagen über uncharakteristische Mattigkeit, Müdigkeit oder Schwäche, die sich bereits seit Wochen oder länger hinziehen, wobei offensichtliche Ursachen bereits ausgeschlossen wurden
Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer krank)

Vorschaltdiagnostik:

- Übermäßige Anstrengung / Belastung (körperlich / seelisch) / Hitze / Schwangerschaft / nach schwerer Krankheit

Beschwerden tages- / jahreszeitlich / seit Wochen / Monaten

Schon mal gehabt

Frühere Bezeichnung / Diagnostik / Therapie

Derzeit in Behandlung / Operationen

Medikamente (Benzodiazepine / Antidepressiva / Neuroleptika / Antihistaminika / Antihypertensiva / Laxanzien / Diuretika / Opiate / Parkinsonmittel / Sonstige)

Veränderung Appetit / Durst / Gewicht / Atmung / Schlaf / Stimmung / Abwehrsystem / Sexualität / Gedächtnis / Wesen

Schwäche (allgemeines Gefühl / Konzentration / körperliches Leistungsvermögen)

Benommenheit / Schwindel / Kollapsneigung

Bewegungsverhalten (wie immer / eingeschränkt) / Muskelschwäche

Schlafverhalten (Schnarchen / Atemaussetzer / Schlafdauer) / Zähneknirschen / Nachtschweiß / Einschlafen am Steuer / Tagesschläfrigkeit

Haut / Zunge / Augen trocken / Frösteln

Beine (nachts Schmerzen / Unruhe / Kribbeln / Schwellungen)

Brustbereich Druck / Schmerzen (in Ruhe / bei Belastung) / Bauch / Wirbelsäule / Atemnot / Herz- / Pulsschlag

Stimmung (gedrückt / freudlos / hoffnungslos / antriebslos)

Ernährungsform (Diät / unregelmäßiges Essen)

Alkoholkonsum / Nikotin / Suchtmittel / Internet / Fernsehen

Lebenssituation / -umfeld (Partner, Familie) / Arbeitsplatz (Schichtarbeit / Umweltgifte)

Miktion / Stuhl (Würmer / Blut / Durchfälle) / Menses

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Rachen (Tonsillen / Uvula)

Lymphknoten

Schleimhäute / Hautkolorit

Herz- / Lungenauscultation

Palpation Abdomen (Leber / Milz)

Muskulatur (Trophik / Kraft / Tonus / Muskeleigenreflexe)

Blutdruck / Puls / Körpergewicht und / -länge

Ruhe- / Belastungs-EKG

Schellong-Test

Langzeitblutdruckmessung

Urin / Stuhl auf okkultes Blut

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / Natrium / Kalium / GPT / GGT / Ferritin / Transferrin / TSH / fT4

Hepatitis-Serologie / HIV-Test / Vitamin B12 / Folsäure

Sonographie Abdomen

Röntgen-Thorax

Polysomnographie / Schlaflabor

Kraniale CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.84 Familienproblematik – Bild familiär bedingter Beschwerden

Vera Kalitzkus, Olaf Reddemann, Stefan Wilm

Nahezu täglich, in der Sprechstunde wie beim Hausbesuch, begegnen dem Allgemeinarzt Patienten, die ihn offen oder indirekt auf familiäre Probleme ansprechen. Manche Probleme kommen erst im Lauf des Krankheitsprozesses an die Oberfläche. Die

■ Checkliste Nr. 84

für die allgemeinmedizinische Orientierung bei möglicherweise familiär bedingten Beschwerden versteht sich als ein spezifisch allgemeinmedizinisches Instrument für den Hausarzt, mit dem er strukturiert mögliche familiäre Belastungen und/oder Störungen gezielt ansprechen, erkennen und im Einzelfall latente Gefährdungen abwenden kann. Wesentliche **abwendbar gefährliche Verläufe** fließen dabei in die Überlegungen ein. Für den Patienten bietet die Checkliste die Gelegenheit, anhand der einzelnen Items ebenso strukturiert mehr Klarheit über problematische familiäre Aspekte und ihre Auswirkung auf seine Gesundheit zu gewinnen und sich dabei Belastendes von der Seele zu reden.

Die Checkliste Nr. 84 ist für ein **Erstgespräch** wie auch für den spontanen Einstieg im Rahmen **weiterer Gespräche** gedacht und kann jederzeit abgebrochen und später fortgeführt werden; sie lässt sich während der üblichen allgemeinärztlichen Tätigkeit umsetzen und zeigt dem Patienten, dass durch die problemorientierte Zuwendung des Hausarztes sein Anliegen ernst genommen wird.

Der Arzt sollte im Gespräch besondere Aufmerksamkeit auch auf ethische Aspekte (Schweigepflicht) und mögliche Rollenkonflikte legen. Durch ein solches Gespräch kann sich die Zusammenarbeit mit anderen professionellen Fachberufen/Hilfesystemen ergeben (z. B. Familienberatungsstelle, Jugendhilfe, soziale Arbeit, Psychotherapie/Psychosomatik).

■ Familienmedizin – Hausärztliche Aufgabe mit sozial integrierender Funktion

Eine generationenübergreifende und den sozialen Kontext einbeziehende Versorgung der Bevölkerung erfordert Wissen um die **familiären Lebensbedingungen**. Sie ist von zentraler Bedeutung für eine Gesellschaft, die sich im Wandel befindet und damit das Individuum und die Gemeinschaft vor schwierige Aufgaben stellt (Migration, Alterung der Bevölkerung, Zunahme von sozialer Ungleichheit, Arbeitslosigkeit, Verarmung u. a.) (DEGAM Zukunftsposition Nr. 5). Eine familienmedizinisch orientierte Hausarztpraxis nimmt eine sozial integrierende Funktion in der Gesellschaft ein.

Die Bezugsgröße der **Familienmedizin** ist neben der klassischen Kern- oder erweiterten Großfamilie das **primäre Lebensumfeld der Patienten**. Dies schließt auch Menschen mit ein, mit denen sie über eine Lebensgemeinschaft verbunden sind, in Wohn- oder Hausgemeinschaft (auch im höheren Lebensalter) zusammenleben oder sich emotional aufeinander beziehen (z. B. „Patchwork“-Familien). Nicht

zwingend müssen diese auch in derselben Hausarztpraxis in Behandlung sein (Kalitzkus und Vollmar 2016).

Nicht bei jeder hausärztlichen Konsultation spielt die Familie eine Rolle. Entsprechende Problematiken mitzudenken und in die hausärztliche Diagnostik mit einzubeziehen hilft, familiäre Problemlagen, die sich gesundheitsschädigend auswirken können, zu erkennen. Ein weiteres diagnostisches Ziel ist es, Patient und Familie individualisiert bei ihrer Selbstbefähigung/Selbstregulation zu unterstützen sowie die Ressourcen der Familie im Laufe des Kontaktes aufzudecken und gezielt zu nutzen.

■ „Familie“ im diagnostischen Fokus

Die Checkliste Nr. 84 mit ihren stichpunktartigen Items unterstützt den Allgemeinarzt, den **familiären Hintergrund** und den **Kontext** bei Personen, bei denen eine entsprechende Problematik zu vermuten ist, **systematisch auszuloten**. Aber auch bei anderen Beratungsproblemen (z. B. Durchfallerkrankung in der Familie, Betreuung der an Demenz erkrankten Schwiegermutter oder Sorge um die krebskranke Ehefrau) kann es im Einzelfall hilfreich sein, den Blick auf die dadurch entstandene familiäre Belastung zu richten und darüber ins Gespräch zu kommen.

i Die Checkliste Nr. 84 ermöglicht eine **einfühlsame Annäherung** an familiäre Problematiken, ohne dass sich der Patient ausgefragt fühlt.

Die programmierte Befragung soll dem Patienten die Möglichkeit geben, sich zu öffnen, sofern er dies wünscht. Sehr nützlich ist dabei die eher beiläufig gestellte offene Frage nach „weiteren Belastungen“. Im Unterschied zu den anderen Programmen ist die Checkliste auch zur gezielten Befragung eines Familienmitgliedes gedacht, das eher indirekt durch die familiäre Problematik betroffen ist („zirkulärer Ansatz“; Hegemann et al. 2000). Der Patient wird somit zum **Indexpatienten** für das familiäre Problem.

Die Checkliste Nr. 84 „Familienproblematik“ erweist sich auch als hilfreich für eine strukturierte Basisdokumentation der Gesamtfamilie (z. B. über Beziehungen, Belastungen, Lebensentwürfe), sie bietet sich zudem an für die Erstellung eines Genogramms. Kombinationen sind möglich mit

- Checkliste Nr. 60 (Depression),
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese) oder
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica).

**Übersicht zu Programm Nr. 84
(Familienproblematik). Wesentliche abwendbar
gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche
Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung**

- **Suchterkrankungen (auch Ko-Abhängigkeit)**
- **Folgen häuslicher Gewalt**
- *Psychotraumata (akut/zurückliegend)*
- *Anpassungsstörungen*
- *Angststörungen, Soziophobien*
- **Depression**
- *Somatisierung (undifferenziert)*
- **Bipolare Störungen**
- *Seltene Krankheiten*

84 Checkliste Familienproblematik-Programm

– für die allgemeinmedizinische Orientierung bei möglicherweise familiär bedingten Beschwerden
Kalitzkus V, Reddemann O, Wilm S (2019)

Konkrete Situation

Datum

Gespräch mit Betroffenen / Angehörigen / Sonstigem

Erster Eindruck

Hauptproblematik

Problematik seit

Gleich / besser / schlechter

Frühere Problematik / Konflikte

Psychische Erkrankungen in engster Familie

Sonst ständig anwesendes Familienmitglied abwesend

Belastungen in der Familie (finanziell / gesundheitlich / Todesfall / Gewalt)

Stress / Konflikte in den familiären Beziehungen
(Pubertät Kinder / Ehekonflikte / Scheidung / Eltern / Schwiegereltern)

Veränderungen im familiären Lebensbereich
(Wohnung / Erwerbstätigkeit / Pflege)

Veränderungen im Familienzyklus (Geburt / Pubertät / Heirat / Trennung / Auszug von Kindern / Berentung)

Probleme bei Migrationshintergrund (Sprache / Kleidung / Trauma / Aufenthaltsstatus / sonstige)

Alkoholkonsum / Drogen / Schlaf- / Beruhigungsmittel in der Familie

Familienmitglied genügt körperlich nicht den Anforderungen

Familienmitglied geistig unter erwartetem Niveau

Familienmitglied jüngst Persönlichkeitsveränderung

Vermutete Ursache / Selbstbeurteilung

Anbehandlung (ärztlich / beratend / Institutionen wie Schule / Sozialamt / Erziehungsberatung)

Generell zur Familie

Datum

Partnerschaftliche / familiäre Konstruktion (Single / feste Beziehung / Ehe / getrennt / geschieden / verwitwet)

Kinder (eigene / des Partners / der Partnerin / im / außer Haus / Enkel)

Soziale Verortung („Schicht“ / Freundeskreis / Nachbarschaft / Sonstiges)

Stellenwert der Arbeit (wer / wo / wieviel / wie gerne / wie zufrieden / für wen)

Kulturelle und religiöse Verortung (Umzug / Flucht / Migration / Anbindung an Religionsgemeinschaft)

Familiärer Zusammenhalt (Bindungen / Trennungen / Loyalitätskonflikte / Vorbilder)

Freude / Beschäftigung der Einzelnen (Sport / Hobbies / Natur / Kinder / Enkel)

Gemeinsame Beschäftigungen / Aktivitäten
(Essen / Unternehmungen / Familientreffen / -feiern)

Emotionales Familienklima (liebvoll / traurig / ängstlich / ärgerlich / schamhaft / schuldhaft / neidisch / eifersüchtig / zwiespältig / gefühlsarm / kalt / konflikthaft / uneindeutig)

Gesundheitsverhalten / Krankheitskonzepte von Mutter / Vater / Großmutter / Großvater

Ärztliche Beobachtung

Datum

Auffällige Häufung von Praxisbesuchen
(auch verschiedene Familienmitglieder)

Sorgenvolle / sich widersprechende Angaben zur häuslichen / familiären Situation

Offenkundige Widersprüche zwischen beobachteten Verhältnissen (z. B. beim Hausbesuch / Praxisbesuch mehrerer Familienangehöriger) und Bericht

Nach Problematik und Beschwerden vertiefte Familienanamnese und / oder familienspezifische Interventionen (Familienkonferenz etc.)

Sonst noch

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.85 Schlaganfall – Bild eines Schlaganfalls

Frederik M. Mader

In der Allgemeinpraxis ist der „*Gehirnschlag*“ ein relativ häufiges Ereignis. Das **Bild eines zerebrovaskulären Insultes** („*Apoplex*“) (C) rangiert in jahrzehntelangen Häufigkeitsstatistiken beispielsweise vor den appendizitischen Bildern. Die über 65-Jährigen sind dabei besonders betroffen, jedoch auch bereits jüngere Jahrgänge und Frauen. Nach den ischämischen Herzkrankheiten ist Schlaganfall die zweithäufigste Todesursache in Deutschland sowie weltweit (Busch und Kuhnert 2017). 75 bis 80 % der Schlaganfälle sind ischämischer Genese, ca. 10 % gehen auf eine Hirnblutung zurück (Kolominsky-Rabas et al. 2015). Die

■ Checkliste Nr. 85

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei uncharakteristischen, plötzlich auftretenden und/oder nur flüchtigen Symptomen mit dem Bild einer zerebralen Durchblutungsstörung berücksichtigt die wesentlichen **abwendbar gefährlichen Verläufe**; sie ist **nicht** für den ganz offensichtlichen **Notfall** gedacht, den auch die meisten Laien sofort als solchen erkennen können. Hier erfolgen Ersteinschätzung der Defizite und Einleitung der Erstmaßnahmen durch den Allgemeinarzt nach dem Prinzip „**Time is Brain**“, also möglichst wenig Zeit zu verlieren (**Notruf 112**) bis zur Aufnahme in einer Spezialklinik („**Stroke Unit**“) unter **Notarzt-Begleitung**.

Mit dem **FAST-Test** ist es selbst Ungeübten ohne jegliche Fachkenntnisse möglich, bestimmte Schlaganfallsymptome rasch zu überprüfen (vgl. Checkliste „Objektiv“). Das Akronym FAST steht dabei für **Face – Arms – Speech – Time**.

In einigen Fällen präsentieren sich die Patienten mit weniger typischen Symptomen und einer eher bagatellisierenden Schilderung ihrer Beschwerden und Defizite, etwa: „*Gestern beim Kartenspielen, da ist mir beim Trinken das Bier aus dem Mundwinkel gelaufen. Da haben die alle gelacht. Ich hab mir nichts gedacht, weil es gleich weg war.*“ Manchmal sind es die Angehörigen, die „*bei der Oma schon letzte Woche was Komisches*“ bemerkt hätten, was aber „*jetzt wieder voll weg ist. Vielleicht war's nur ein kleines Schlagerl*“.

■ Rasches Handeln

Gerade die **Transitorische ischämische Attacke (TIA)** ist in ihrer **Variabilität** und **Flüchtigkeit** für den Betroffenen wie für den Arzt oftmals nicht beeindruckend, so dass die erforderliche vertiefte Diagnostik unterbleibt. Eine TIA wird definiert als ein plötzlich einsetzendes neurologisches Defizit durch fokale Ischämie im Gehirn, das sich innerhalb von 24 h **vollständig zurückbildet**. Die Beschwerden bestehen häufig nur für wenige Minuten (durchschnittlich 10 min).

Das **Risiko** für eine rasch darauf erfolgende **weitere Hirndurchblutungsstörung** ist bei der TIA nicht unerheblich: Es beträgt innerhalb von 2 Tagen bis zu 8 %. Um die Gefahr für einen erneuten Hirnschlag nach TIA in den ersten beiden

Tagen besser einschätzen zu können, kann man den **ABCD²-Score** anwenden (■ Tab. 4.14, 4.15).

i Das **Risiko** für einen weiteren Hirnschlag ist in den ersten Tagen **nach TIA** deutlich **erhöht**.

Für das ärztliche **Handeln** bei TIA-Symptomatik empfehlen sich folgende **Zeitkorridore** (Casaubon et al. 2015; Candian Stroke Best Practice Recommendations):

- TIA-Symptomatik innerhalb der letzten 48 h: umgehende Zuweisung in eine Stroke Unit.
- Symptomatik > 14 Tage: in der Regel ambulante Abklärung ausreichend, Komplettierung innerhalb von 2 Tagen.
- Zeitraum dazwischen: bei vielen Risikofaktoren, hohem ABCD²-Score (z. B. > 4 Punkte), bekanntem Vorhofflimmern, bekannten Stenosen hirnersorgender Arterien oder kardiovaskulären Vorerkrankungen Zuweisung in eine Stroke Unit.

Das **Kardinalsymptom** des Schlaganfalls ist die **Hemiparese**. Weitere typische Symptome sind Sehstörungen (u. a. als Amaurosis fugax), Sprach- und Sprechstörungen und Neglect. Zu den Bildern, die einem Schlaganfall ähnlich sind (sog. **Stroke mimics**) und die sich für den Allgemeinarzt oft nur schwer abgrenzen lassen, zählen die Hypoglykämie, Migräne mit Aura und psychogene Zustände.

Bereits **bei den geringsten Anzeichen**, die an einen Apoplex denken lassen, wird der Hausarzt trotz aller Hektik die **programmierte Untersuchung** durchführen. Die gezielte Befragung und körperliche Untersuchung sind die Grundlagen der Behandlung akuter Schlaganfälle (DEGAM S3-Leitlinie Schlaganfall 2019). In Verbindung mit der Weitergabe patientenrelevanter Informationen (Medikation, insbesondere Blutverdünnung, Patientenverfügung) dienen sie der **Basisinformation des Kliniklers** und einer **reibungslosen Notfall-**

■ Tab. 4.14 ABCD²-Score: Ermittlung der Punktwerte. (Übersetzt und modifiziert nach Johnston et al. 2007)

Risikofaktor	Kriterium	Punkte
Alter	≤ 60 Jahre	0
	> 60 Jahre	1
Blutdruck	≤ 140 mmHg syst. und ≤ 90 mmHg diast.	0
	> 140 mmHg syst. oder > 90 mmHg diast.	1
Symptome (Clinical features)	Andere Symptome	0
	Aphasie oder fokale Parese	1
	Fokale Parese	2
Dauer der Symptome	< 10 min	0
	10–59 min	1
	≥ 60 min	2
Diabetes mellitus	Nein	0
	Ja	1

■ Tab. 4.15 ABCD²-Score: Auswertung. (Übersetzt und modifiziert nach Johnston et al. 2007)

Risikogruppen nach ABCD ² -Score	Schlaganfallrisiko nach 2 Tagen (in %)	Schlaganfallrisiko nach 7 Tagen (in %)	Schlaganfallrisiko nach 90 Tagen (in %)
Niedriges Risiko (< 4 Punkte)	1,0	1,2	3,1
Mittleres Risiko (4–5 Punkte)	4,1	5,9	9,8
Hohes Risiko (> 5 Punkte)	8,1	11,7	17,8

4

versorgung. Diese Forderung einschließlich Dokumentation für den Kliniker erfüllt die Checkliste Nr. 85 Schlaganfall in idealer Weise.

i Die **Checkliste** sollte auch bei großem Praxisstress, auch beim Hausbesuch, **unverzüglich ausgefüllt** und dem **Notarzt/Rettungsdienst mitgegeben** werden.

Der Hausarzt kennt im Allgemeinen seine Patienten und deren Risikoprofil. Als die häufigsten **Risikofaktoren** für Schlaganfall gelten Hypertonie, Hypercholesterinämie, Vorhofflimmern, Diabetes mellitus, Rauchen, Übergewicht mit Bewegungsmangel und hoher Alkoholkonsum. Bei Frauen kommen noch dazu Migräneveranlagung, hormonelle Antikonzeption oder Hormonersatztherapie sowie die Perinatalphase.

**Übersicht zu Programm Nr. 85 (Schlaganfall).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung**

- *Migräne mit Aura*
- **Hypoglykämie**
- *Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel*
- **Meningitis**
- *Verletzungsfolgen*
- **Hirntumor und -metastase**
- **Delir**
- *Todd'sche Lähmung nach epileptischem Anfall*
- *Psychogene bzw. dissoziative Zustände*

85 Checkliste Schlaganfall-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei uncharakteristischen, plötzlich auftretenden und / oder nur flüchtigen Symptomen mit dem Bild einer zerebralen Durchblutungsstörung
Mader FM (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (eher leicht / schwer)	Untersuchung im Liegen / Sitzen / Stehen
Erstmals Beschwerden (Tag / Uhrzeit / Sek / Min / Stunden / noch andauernd)	Kommt alleine / Begleitung / Betreuung
Körperseite li / re	Wachheit / Orientierung
Betroffen Gesicht / Sprechen / Schlucken / Sehen / Arm / Greifen / Bein / Gleichgewicht / Pelzigkeit / Sonstiges	FAST-Test – Face: Gesicht beim Lächeln verzogen? (nicht / halbseitig li / re / wirkt schief li / re) – Arm: Beide Arme nach vorne strecken, Handflächen nach oben drehen und halten (möglich / Defizit Arm li / re) – Speech: Einfachen Satz nachsprechen (Sprachverständnis / Sprache / Sprechmotorik unauffällig / verwaschen) – Time: Keine Zeit verlieren – unverzüglich Tel. 112 alarmieren!
Vorausgegangen Kopfschmerz / Stress / nichts Besonderes / Sonstiges	Blutzucker
Kürzlich Kopfverletzung / -prellung / Sturz	Blutdruck / Puls (rhythmisch / unregelmäßig)
Gleich / besser / schlechter	Fingerperimetrie
Schon mal gehabt	Nystagmus
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Babinski-Reflex / Muskeleigenreflexe Arme / Beine
Grundkrankheiten bekannt (Hypertonie / KHK / Diabetes / Vorhofflimmern / Blutfette / Demenz / Sonstige)	EKG
Alkohol / Rauchen	Weitere Diagnostik im Spezialbereich
Medikamente / Blutverdünnung / Sexualhormone	Gründe gegen stationäre Behandlung (Wunsch selber / Betreuer / Angehörige / Patientenverfügung)
Urin / Stuhl / Menses	
Ängste (Furcht vor)	
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	
	Beratungsergebnis
	Maßnahmen

4.86 Hörverlust – Uncharakteristischer plötzlicher Hörverlust

Fritz Meyer

Den Begriff **Hörsturz** gibt es erst seit gut einem halben Jahrhundert. Gerne wird er auch als „**Herzinfarkt des Ohres**“ interpretiert und mit den modernen Lebensumständen, mit Lärm, Stress und Zeitdruck, in Beziehung gesetzt. Doch der Hörsturz ist keineswegs nur ein Gegenwartsphänomen. Beschreibungen der typischen Hörsturzsymptome reichen Jahrhunderte zurück (Meyer und Meyer 2017). Beide Geschlechter sind gleichermaßen betroffen, am häufigsten um das 50. Lebensjahr herum (Arnold und Ganzer 1999). In der Allgemeinmedizin tritt er außerhalb der regelmäßigen Häufigkeit auf.

Eine **plötzliche**, sich in Minuten, Stunden oder im Verlauf eines Tages einstellende, ein- oder beidseitige **Gehöränderung** wird von Betroffenen immer als bedrohlich und angstmachend empfunden und ist für den Allgemeinarzt ein echter **Fallstrick**. Das Hörvermögen wird dabei als auffallend schlechter als bisher geschildert, im Extremfall mit dem Gefühl der vollständigen Ertaubung. Meist ist nur ein Ohr, selten sind beide Organe betroffen. Der Hörverlust kann sofort voll ausgeprägt sein oder sich schubweise innerhalb von Tagen entwickeln.

Kommen zur Hörminderung noch mehr oder weniger starken **Ohrenschmerzen** und der Eindruck hinzu, „*wie wenn Wasser im Ohr wäre*“, dazu laufende Nase, Kopfschmerzen, Arthralgien oder Fieber, geht die erste Vermutung des Arztes in Richtung eines Infekts. Bereits durch wenige Untersuchungen lässt sich eine Mittelohraffektion aufdecken. Ist der Hörverlust schmerzlos nach dem Duschen oder äußerst peinigend nach einem Tauchgang oder Schwimmbadbesuch aufgetreten, muss nach einer lokalen Ursache wie einem irritierten Ohrschmalzpfropfen, einem Fremdkörper oder einer Entzündung des Gehörganges gefahndet werden.

Wenn jedoch das „*Plötzlich nicht mehr hören können*“ weder mit Ohrenschmerzen noch mit einem erkennbaren Befund am oder im Ohr verbunden ist, muss eine akute Störung im Innenohrbereich und/oder in den zentralen Strukturen angenommen werden. Dabei empfinden viele Patienten nicht nur einen „*dumpfen Druck im Ohr*“ oder eine „*pelzige Ohrmuschel*“. Sie klagen neben der Hörminderung vor allem über ein **verändertes Hörerleben** wie Scheppern, seitengetreunt unterschiedliches Hörempfinden (**Diplakusis**) oder verstärkte Lärmempfindlichkeit (**Hyperakusis**).

Begleitende **Ohrgeräusche** unterschiedlicher Qualität, gelegentlich ausgeprägter **Drehschwindel** und/oder undefinierbare **Übelkeit** und/oder allgemeines **Unwohlsein** können weitere Hinweise auf eine periphere und/oder zentrale Störung im auditiv-vestibulären System sein. In diesem Fall muss ein **originärer Hörsturz** („plötzlich und ohne erkennbare Ursache“) als wesentlicher **AGV** bedacht werden; dazu können zunächst 6 standardisierte Fragen dienen:

- Hören Sie mit dem erkrankten Ohr nichts mehr?
- Hören Sie mit dem erkrankten Ohr, aber verstehen Sie nicht?

- Hören Sie Töne rechts und links unterschiedlich?
- Haben Sie einen fremden Toneindruck (Nachhall, zerhackte Töne, Scheppern)?
- Haben Sie ein hohes Ohrgeräusch?
- Schmerzen laute Worte im Ohr, ohne dass Sie diese verstehen?

Werden diese Fragen auch nur teilweise mit „ja“ beantwortet, kommt es unverzüglich zur Anwendung der

■ Checkliste Nr. 86

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei plötzlich einsetzender ein- und/oder beidseitiger Hörstörung, die bis zum Hörverlust reichen und von Ohrgeräuschen und/oder Drehschwindel begleitet sein kann.

Durch ihre programmierten Fragestellungen an den Patienten und durch ihren Untersuchungsgang wird diesen Problemen einschließlich der möglichen **abwendbar gefährlichen Verläufe** bereits Rechnung getragen. Zudem werden die ähnlichen Beschwerdebilder aufgeführt, die wie ein akuter Hörverlust unter dem Bild eines Hörsturzes imponieren oder als Komorbiditäten für die Entstehung und den Verlauf eines Hörsturzes prädisponierend sind.

Ohne audiologische Diagnostik lässt sich durch die direkte Diagnostik ein **Hörsturz** nur dann annehmen, wenn Trommelfellbefund und Valsalva-Manöver auf dem betroffenen Ohr regelrecht sind, durch einen positiven Rinne-Versuch auf dem betroffenen Ohr eine Schalleitungsschwerhörigkeit ausgeschlossen werden kann und der Weber-Versuch in die gesunde Seite (bei Tieftonhörsturz) lateralisiert wird. Allerdings muss die Bewertung der **Stimmgabelversuche** bei einem Hörsturzpatienten mit Vorsicht erfolgen, weil die Angaben des Betroffenen durch das stark veränderte Hörerleben erheblich verfälscht werden können. Wird der Verdacht auf einen Hörsturz durch diese Untersuchungen weiter erhärtet, empfiehlt es sich, folgende Checklisten ergänzend heranzuziehen:

- Checkliste Nr. 50 (Ohrgeräusche)
- Checkliste Nr. 24 (Schwindel)

i Der Hörsturz wird heute **nicht mehr** als therapeutischer **Notfall**, sondern als **Eilfall** eingestuft (Mader und Riedl 2018).

Dennoch sollte der Hausarzt eine zeitnahe Diagnostik im Spezialbereich veranlassen, auch wenn derzeit noch großer Diskussionsbedarf über den therapeutischen Goldstandard besteht. Die Erstmanifestation eines **Akustikusneurinoms** oder einer **Multiplen Sklerose** unter dem Bild eines akuten Hörsturzes zählen zu den absoluten Raritäten. Ein akutes Lärmtrauma („**Knalltrauma**“) ist kein Hörsturz, auch wenn Symptome und Beschwerden identisch sein können.

**Übersicht zu Programm Nr. 86 (Hörverlust).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung**

- **Psychische Erkrankungen** (Angsterkrankungen, Depressionen)
- **Erkrankungen des Nervensystems** (z. B. Liquordruckänderungen, Meningitis, Multiple Sklerose)
- **Toxische Ursachen** (z. B. Arzneimittel, Gewerbe gifte)
- **Infektiöse Ursachen** (Mittelohrerkrankungen mit Labyrinthitis, Mumps, Masern, Röteln, Herpes, Influenza, Mononukleose)
- **Ähnliche Beschwerdebilder oder Komorbiditäten** (*Innere Erkrankungen z. B. Diabetes mellitus, Hypertonie, kardiovaskuläre oder hämatologische Erkrankungen, Rauchen; Erkrankungen des Bewegungsapparates z. B. myogene, artikuläre, degenerative, postmanipulatorische Dysfunktionen im Kopfgelenksbereich; Autoimmunerkrankungen z. B. M. Crohn oder Colitis ulcerosa*)

86 Checkliste Hörverlust-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik bei plötzlich einsetzender, ein- und / oder beidseitiger Hörstörung, die bis zum Hörverlust reichen und von Ohrgeräuschen und / oder Drehschwindel begleitet sein kann
Meyer F (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer betroffen / ängstlich / besorgt / irritiert)

Beschwerden seit (Minuten / Stunden / Tage)

Schon mal gehabt

Schwerhörigkeit (li / re / beidseitig / schon länger / gelegentlich / jüngst / eher leicht / wie taub)

Höreindruck (gedämpft Flüsttersprache / Umgangssprache / beide) / anders als bisher (Klirren / Scheppern) /
Lärmempfindlichkeit

Ausgelöst durch Medikamente / Gewerbegeigte / körperliche Anstrengung (Pressatmung) / Duschen / Baden / Belastung der HWS (Beruf / Sport / Sonstiges)

Stress (akut / dauernd)

Symptomatik abhängig von Kopfstellung / Lageveränderung des Körpers

Drehschwindel / Gleichgewichtsstörung begleitend sofort / später aufgetreten / kurz dauernd / permanent / provozierbar (Stehen / Gehen / Sitzen / Liegen)

Ohrgeräusche einseitig / beidseitig / hoher / tiefer Ton / Klingeln / gleichmäßig / im Pulsschlag / wechselnd / durchgehend / situationsabhängig (Lärm / Ruhe / psychische / körperliche Belastung) / symptomfreie Intervalle

Aktuell Infekt / Herpes / Zeckenkontakt

Aktuelle / frühere Erkrankungen / Operationen am Ohr (Ohrmuschel / Kiefergelenk) / Mittel- / Innenohr

Andere Erkrankungen (Diabetes mellitus / Herz / Kreislauf / Niere / Blut- / Immunsystem / HWS / Nacken / Sonstige)

Medikamente

Alkoholkonsum / Rauchen

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung

Gehörgänge / Trommelfelle / Rachenring / Nase / Kiefergelenk / Zähne / Mastoid / regionäre Lymphknoten

Funktionsprüfung HWS

Stimmgabelversuch: Rinne li (neg / pos) / Rinne re (neg / pos) / Weber median / lateralisiert (nach li / re)

Seitenvergleichende Hörweitenprüfung in Umgangs- / Flüsttersprache li / re

Tubenmanöver (Valsalva-Pressversuch neg / pos / li / re)

Neurologische Auffälligkeiten

Bei zeitgleich aufgetretenem Schwindel:
Gleichgewichtsprüfung (Gangabweichung / Stehversuch nach Romberg) / Koordinationsprüfung (Finger-Nase-Versuch / Knie-Hacke-Versuch) / Nystagmusbrille (in Ruhe / Kopfschütteltest / Lagerungsmanöver)

Auskultation Herz / Karotiden / Puls / Blutdruckmessung beidseits

Audiometrie / EKG / Langzeit-EKG / -Blutdruckmessung

BKS / CRP / Blutbild / BZ / Kreatinin / TSH

Sonstiges Labor (Serologie Herpes / Varizella-Zoster-Virus / Borellien / Masern / Mumps)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.87 Sexualität – Bild einer sexuellen Problematik

Armin Wunder, Frank H. Mader

Sexuelle Erfahrungen gehören zum Leben und unterliegen auch der Veränderung: Sie sind in verschiedenen Lebensphasen, aber auch in Abhängigkeit von körperlicher/seelischer Gesundheit oder von Krankheit unterschiedlich und besitzen starken Einfluss auf die **Lebensqualität** des Einzelnen.

Die Sammelrubrik „**Sexualprobleme**“ bezieht sich in der hausärztlichen Beratung im Wesentlichen auf Fragen zu

- erektiler Dysfunktion (ED),
- Impotenz,
- Ejaculatio praecox,
- Libidoverminderung,
- Dyspareunie.

In der **Allgemeinpraxis** von Waltraud Fink nahmen Sexualprobleme (außer Fragen zu Kontrazeptiva) in einer 10-Jahres-Statistik (von 282 regelmäßig häufigen BEs) einen Rang von 190 ein; dabei suchten dreimal mehr **Männer** als Frauen ärztlichen Rat. Der Altersgipfel lag bei 46 bis 60 Jahren. Ähnlich hohe Ränge hatte dieses BE in den Fälleverteilungsstatistiken der von Männern geführten Allgemeinpraxen (Stadt oder Land) der Jahre 1977–1991 (Braun et al. 2007). Das BE Sexualität wies Häufigkeiten wie Zoster, Stomatitis oder eingewachsener Zehennagel auf.

Wohl nur in seltenen Fällen wird die Hausärztin/der Hausarzt ohne Umschweife durch die Patientin/den Patienten auf ihre/seine Sexualprobleme direkt angesprochen. Erfahrungsgemäß kommt das Gespräch darauf als **vorgeschobene Beratungsursache** (z. B. „Kreuzschmerzen“, „Akne“); hinter einer solchen „Eintrittspforte“ kann sich eine tiefergehende Problematik verbergen, die von den Betroffenen nicht als solche benannt werden kann oder will. Oder es ergibt sich ein Gespräch im Rahmen der **Vorsorgeuntersuchung**, bei Wunsch nach **Überweisung** (Urologe/Frauenarzt) oder nach einem bestimmten Mittel zur Förderung der **sexuellen Appetenz**.

Nicht selten werden **Fragen zur Sexualität** von den Klienten bereits im Rahmen der **Erstanamnese** erwartet oder gar erwünscht. Die **mediale Präsenz** des Themas hat sicherlich auch dazu beigetragen, dass der „moderne Mensch“ bereiter ist, sich einem solchen Gespräch ohne größere Scheu zu öffnen. **Allgemeinärzte** gelten für 39 % der Frauen als Ansprechpartner für intime Fragen (Shifren et al. 2008).

Oftmals ergeben sich Fragen nach der Sexualität auch im Zusammenhang mit bestimmten Beratungsproblemen wie Diabetes mellitus, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder Depression als **abwendbar gefährlicher Verlauf**. Ein weiterer AGV kann die von älteren Männern angesprochene **erektile Dysfunktion** als **Frühsymptom** („Markererkrankung“) einer **koronaren Herzkrankheit** sein (Hardt und Schmidt 2014). Die

Arzt die Gelegenheit, zunächst die **Signale des Patienten** aufzugreifen und anhand einer seriösen hausarztspezifischen Checkliste zu vertiefen. Die Checkliste sollte **einfühlsam** mit dem Patienten/der Patientin durchgegangen werden. Sie kann jederzeit unterbrochen und im Einzelfall fortgesetzt werden.

- ❗ Dem Betroffenen ist das Gefühl zu vermitteln, dass hinter den Fragen **keine Neugierde** an intimen Details steckt.

Diese Checkliste ermöglicht es dem Arzt, behutsam über die **sexuelle Gesundheit** im erweiterten Sinn der WHO¹⁵ zu sprechen, ohne dass die Patienten gleich das Gefühl haben, dass das Thema „Sex“ im Mittelpunkt stünde. Es geht dem Allgemeinarzt letztlich ja darum, zusammen mit dem Patienten danach zu suchen, ob eine **sexuelle Problematik** die angedeuteten oder vorgetragenen Beschwerden bzw. Symptome verursachen kann, aber nicht muss. Die programmierte Zusammenarbeit mittels Checkliste bietet somit ein **Forum**, in dem sich die **Patienten öffnen** können – soweit sie dazu bereit sind.

- ❗ Die Checkliste kann jederzeit **variiert, verkürzt oder abgebrochen** werden. Niemals unter **Zeitdruck** das Gespräch führen! Eher neue Terminvereinbarung.

Der **Einstieg** in eine solche programmierte Untersuchung könnte etwa sein:

„Ich schlage vor, wenn Sie damit einverstanden sind, dass ich Ihnen jetzt einige Fragen stelle, die Ihre sexuelle Gesundheit betreffen.“ Oder:

„Ich hab da so eine Liste mit paar Fragen zur sexuellen Gesundheit. Darf ich die mal vorlesen? Das müssen Sie nicht alles beantworten, wenn Sie es nicht wünschen.“

„Das ist jetzt auch für mich als Frau nicht einfach, über Ihre sexuellen Probleme als Mann zu sprechen. Ich bin aber überzeugt, dass das ein belastendes Thema für Sie ist. Darf ich Ihnen jetzt ein paar Fragen stellen ...?“

- ❗ Die programmierte Diagnostik enthält bereits wesentliche **therapeutische Elemente** durch die annehmende und unterstützende Haltung des Allgemeinarztes.

In diesem Zusammenhang werden zugleich auch Fragen gestreift, die möglichen **sexuell übertragbaren Krankheiten** oder **Nebenwirkungen von Medikamenten** gelten. Umfangreich ist die Liste der Arzneimittel, die in der Packungsbeilage

15 Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert sexuelle Gesundheit als Zustand physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Sexuelle Gesundheit setzt einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus (WHO 2010). Indikatoren für sexuelle Gesundheit der Bevölkerung sind u. a. die Inzidenz von sexuell übertragbaren Krankheiten/Sexual Transmitted Diseases (STD), die Sterberaten von Zervix- und Prostatakarzinom, die Zahl der Teenagerschwangerschaften, die Raten von Schwangerschaftsabbrüchen und Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt, die Inzidenz sexueller Gewalt, das Eintrittsalter in die aktive Sexualität (Eidgen. Komm. sex. Ges. 2015).

■ Checkliste Nr. 87

für den Einsatz in einem Patienten-Arzt-Gespräch beim Anschein einer möglichen sexuellen Problematik gibt dem

auf eventuelle Sexualstörungen, insbesondere **erektile Dysfunktion** hinweisen, wie Antihypertensiva, Antidepressiva, Antiepileptika, Kortison, NSAR, Mittel gegen Prostataleiden oder gegen Blasenfunktionsstörungen.

i Die **Impotenz** eines Mannes ist immer auch ein Problem der **ganzen Person**, auch in ihrem **sozialen Umfeld** (Heite und Wokalek 1980).

4

Die Checkliste Nr. 87 lässt sich kombinieren oder vertiefen mit

- Checkliste Nr. 26 (Herzschmerzen),
- Checkliste Nr. 54 (Algurie, Dysurie),
- Checkliste Nr. 57 (Klimax),
- Checkliste Nr. 60 (Depression),
- Checkliste Nr. 66 (Psychosoziale Genese),
- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica),
- Checkliste Nr. 75 (Claudicatio intermittens),
- Checkliste Nr. 83 (Müdigkeit) und
- Checkliste Nr. 84 (Familienproblematik).

■ Vorschalt Diagnostik bei erektiler Dysfunktion (ED)

Spricht der Patient von sich aus mehr oder weniger direkt eine **Potenzstörung** an, so empfiehlt sich als **Vorschalt Diagnostik** die einfache Befragung des Klienten bezüglich der Gliedsteife beim Geschlechtsverkehr (**Impotentia coeundi**) mittels des **Erection Hardness Scores (EHS)** (Mulhall et al. 2007). Dieses Bewertungsschema kann der Patient auch selbst ausfüllen und an den Arzt weitergeben.

Wenn der Arzt die **Schwere der ED** und/oder den **Therapieerfolg** einschätzen möchte, kann er den **International Index of Erectile Function (IIEF)** einsetzen. Der IIEF umfasst ursprünglich 15 international validierte Fragen. Um schnell die Notwendigkeit weiterer Befragung und Diagnostik herauszufinden, genügt die **Kurzform** dieses Scores mit nur fünf Fragen (**IIEF-5**) (Rosen et al. 1999).

Übersicht zu Programm Nr. 87 (Sexualität).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
 („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“)
 (mod. Fink et al. 2010) in loser Reihung

- Depression
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Partnerprobleme
- Diabetes mellitus
- Kinderwunsch
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)

87 Checkliste Sexualität-Programm

– für den Einsatz in einem Patienten-Arzt-Gespräch beim Anschein einer möglichen sexuellen Problematik
Wunder A, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (offen / zurückhaltend / bedrückt)
Vorschaltdiagnostik bei Erektile Dysfunktion (ED):
 – Erection Hardness Scores (EHS)
 – International Index of Erectile Function (IIEF-5)
 Hauptbeschwerden (eher körperlich / eher psychisch) / seit
 Gleich / besser / schlechter
 Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie
 Operationen (Prostata / Uterus / Sterilisation / Sonstige)
 Geburten (spontan / Dammschnitt / Sectio)
 Bekannte Krankheiten (Diabetes / KHK / Gefäßschäden / Sonstige)
 Schlafverhalten (ausreichend / Schicht / Schnarchen)
 Belastungen (privat / Familie / Beruf / finanziell / Sonstige)
 Beziehung (Single / fester / nicht fester / häufig wechselnder Partner)
 Partnerbeziehung / -sexualität (Erfüllung / Ablehnung / sonst)
 Änderung von sexueller Lust und Begehren (Libido)
 Änderung der Erektionsfähigkeit (Potenz)
 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
 Erstes Intimerlebnis / Orgasmuserleben / Selbstbefriedigung
 Familienplanung (abgeschlossen / Kinderwunsch) / Empfängnisverhütung
 Sexuelle Orientierung / Erwartungen / Praktiken / Phantasien
 Sexuelle Kontakte außerhalb der Beziehung
 Sexuell übertragbare Krankheiten durchgemacht
 Kindheit (Erziehung / Gewalt / Übergriffigkeit)
 Medikamente (z. B. Antihypertensiva / Pille / Hormonersatztherapie / Sonstige)
 Alkohol / Rauchen / Drogen / Internet
 Miktion / Stuhl / Menses / Fluor
 Ängste (Furcht vor)
 Vermutete Ursache
 Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung
 Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
 Blutdruck / Puls / Body-Mass-Index (BMI)
 Körperliche Untersuchung nach Lage:
Mann: Gynäkomastie / Schambehaarung / Testes / Phimose / Perineum / rektal
Frau: Mammae / Schambehaarung / Perineum / rektal / vaginal
 Urin
 Blutzucker
 Spezifisches Hormonlabor (freies Testosteron / Testosteron / Prolaktin / DHEAS)
 EKG / Belastungs-EKG
Mann: Doppler- / Duplexsonographie / SKAT- / PDE-5-Hemmer-Versuch
 Neuropsychologische Diagnostik
 Spezialistische Diagnostik (z. B. Urologie / Gynäkologie / Psychologie / Psychiatrie)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.88 Geriatrie – Hausärztliche Geriatrie

Peter Landendörfer, Frank H. Mader, Torben Brückner

Für den alten und multimorbiden Patienten mit seinem komplexen Beschwerdebild ist der Hausarzt in 90 % Anlaufstelle in Diagnostik, Behandlung und Betreuung.

Als „alt“ gelten Menschen mit 70 Jahren und darüber. Ein „geriatriischer Patient“ ist ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte **Funktionseinschränkungen** bei Erkrankungen **akut gefährdet** ist, der zu **Multimorbidität** neigt und bei dem ein **besonderer Handlungsbedarf** rehabilitativ, somatopsychisch und psychosozial besteht.

Im amerikanischen Kulturraum ist die Einteilung geriatriischer Patienten üblich in „go-go's“, „slow-go's“ und „no-go's“.

Der alte Mensch fragt stets zuerst nach seiner **Lebensqualität**, die überhaupt nicht optimal, sondern – auf das Alltägliche bezogen – funktionell zufriedenstellend sein soll. Seine Selbstorganisation und Partizipation werden von seiner **Autarkie** bestimmt.

Große Bedeutung misst der ältere Mensch insbesondere seiner **Funktionalität** und **Alltagsbefähigung** bei, beispielsweise in Bezug auf **Mobilität**, **Alltagsautonomie** oder **Kognition**.

i Für den geriatriischen Patienten steht die **Funktionalität** über der **Morbidität**.

Unter dieser Prämisse müssen die Beschwerden, weswegen er, die Angehörigen oder die Pflegekräfte den Hausarzt aufsuchen, gewertet werden. Damit haben aus seinem Erleben heraus beispielsweise sein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck oder sein hoher Blutzuckerwert eine andere Relevanz für ihn als in jüngeren Jahren. Die

■ Checkliste Nr. 88

für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim multimorbiden oder geriatriischen Patienten ist speziell für den Hausarzt, insbesondere auch in seiner Funktion als Familienarzt, und nicht für den spezialisierten Fachgeriater gedacht. Sie versteht sich neben den etablierten geriatriischen Assessments als ein weiterer diagnostischer Baustein, um bei der Unschärfe geriatriischer Symptome das **Versorgungs- und Qualitätsmanagement** zu optimieren und das Fehlerrisiko zu minimieren.

Die Checkliste ist einfach und praktisch zu handhaben für die **systematische Erfassung** und **Dokumentation** von Informationen, Beobachtungen, Untersuchungen und Maßnahmen bei bestimmten Patienten; diese können dem Hausarzt als Neuvorstellung erstmals begegnet sein (z. B. bei Neuaufnahme ins Alters- oder Pflegeheim) oder bereits schon länger in seiner Klientel bekannt sein, wenn sich aufgrund gesundheitlicher Veränderungen akuter Handlungsbedarf ergibt.

Die Checkliste ist vielseitig anwendbar: sowohl zur **Erst-**, aber auch zur **Verlaufsbeobachtung**, sowohl für den Arzt selber (mit oder ohne anwesende Angehörige, Pflegekräfte usw.), aber auch für die **Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®)**.

Die zu erfassenden Merkmale gelten bei „**Subjektiv**“ u. a. folgenden Fragen/Beobachtungen:

- Mobilität,
- Schmerzfreiheit oder -armut,
- Kommunikationsfähigkeit,
- psychisches Wohlbefinden,
- Essfreude und Ausscheidungsfähigkeit,
- kardiopulmonale Leistungsfähigkeit,
- Schlaf und Vigilanz sowie
- Pflegebedürftigkeit.

Die entsprechenden **Auffälligkeiten** oder **Störungen** lassen sich zunächst auch ohne die Systematik einer Checkliste anhand der „**5 geriatriischen I's**“ als mnemotechnisches Hilfsmittel bedenken:

1. Insuffizienz (z. B. Niere, Herz, Gefäße, Stoffwechsel).
2. Instabilität (z. B. Osteoporose, Arthrose, Stürze).
3. Inkontinenz (Blase, Darm).
4. Intellektueller Abbau (Demenz, Depression).
5. Interaktion (Medikamente).

■ Geriatriches Assessment

Wie jede andere Fachdisziplin verfügt auch die Geriatrie über spezifische Instrumente, die bestimmte Beschwerden und Funktionsstörungen objektiv erfassen können. Diese Assessmentwerkzeuge des Geriatriers sind im hausärztlichen Praxisalltag bereits gut implementiert und liefern mit wenig Zeitaufwand valide Ergebnisse.

Zielgruppe des hausärztlichen Assessments sind geriatriische Patienten im ambulanten Bereich (inklusive Pflegeheim) mit dem Risiko einer gesundheitlichen oder funktionellen Verschlechterung sowie bereits im Alltag eingeschränkte Menschen. Für solche über 70-jährige Patienten empfehlen sich in der Hausarztpraxis zunächst **2 Signalfragen** (S1-LL Geriatriches Assessment in der Hausarztpraxis; Bergert et al. 2018), die bereits im Wartezimmer gestellt werden können:

- „Fühlen Sie sich voller Energie?“
- „Haben Sie Schwierigkeiten, eine Strecke von 400 m zu gehen?“

Ergeben sich Hinweise auf Einschränkungen, wird ein hausärztliches Assessment empfohlen. Einsatz und Auswahl der erforderlichen Assessmentinstrumente hängen einerseits vom Beschwerdebild, andererseits von der Eignung des Patienten ab. Ältere symptomlose Patienten sowie Kranke im intensivpflichtigen oder terminalen Stadium scheiden aus.

Die **Diagnostik** („**Objektiv**“) der Checkliste umfasst neben der körperlichen Untersuchung und einigen Laborparametern bestimmte Tests im Rahmen des geriatriischen Assessments mittels standardisierter Schemata; dadurch lässt sich das Ausmaß vorhandener bzw. verlorener Fähigkeiten einschätzen (z. B. bei **Schlaganfall**, seniler **Demenz**, nach wiederholten **Stürzen**, zur Beurteilung der **Selbständigkeit** älterer Menschen, der **Pflegebedürftigkeit** bzw. Notwendigkeit einer **Heimunterbringung**).

In der häuslichen Versorgung besteht nicht selten das Problem der **Unterversorgung** mit Leistungen aus dem **SGB XI**,

z. B. beim Pflegegeld oder bei Sachleistungen in Abhängigkeit vom Pflegegrad. Oft besteht sogar völlige Hilflosigkeit oder Unkenntnis, Pflegeleistungen nach dem SGB XI zu beantragen.

i Zur Bestimmung der **Selbstversorgungsfähigkeit** bei geriatrischen Patienten benötigt der Hausarzt die entsprechenden **Assessmentinstrumente**, um dem Patienten eine professionelle Beratung (§ 7a SGB XI) beim regionalen **Pflegestützpunkt** anzuraten.

Es gibt verschiedene Assessmentinstrumente in Abhängigkeit vom Untersuchungsziel, die sich übersichtlich beschreiben z. B. im Kompetenzzentrum des **MDK** aufrufen lassen.¹⁶ Neben der **Bewertung mit Fallbeispielen** finden sich hier Instrumente (einschließlich Zeitbedarf, Durchführung und Interpretation), die sich gerade für die Hausarztpraxis für bestimmte Bereiche bewährt haben, als frei zugängliche Tabelle in der pdf-Datei.¹⁷

Die Prüfung der Selbstversorgungsfähigkeit in der Hausarztpraxis mittels bewährter geriatrischer Assessments umfasst die folgenden Punkte:

- Selbstversorgung (Barthel-Index, vgl. Landendörfer 2010);
- Mobilität (Timed „Up & Go“-Test; Stuhl-Aufsteh-Test; Tandemstand);
- Kognition (Mini-Mental-Status (MMST); DemTect; Uhr-Ergänzungstest, vgl. jeweils Landendörfer 2010);
- Emotion (Geriatrische Depressionsskala (GDS-15);
- Ernährung (Mini-Nutritional Assessment (MNA; vgl. Weber und Grupp 2012);
- instrumentelle Aktivitäten (Geldzähltest n. Nikolaus).

Für die programmierte Untersuchung eines geriatrischen Patienten mittels Checkliste Nr. 88 werden erfahrungsgemäß durchschnittlich bis zu 60 min **Zeitaufwand** benötigt (wobei die eigentlichen Assessmentinstrumente delegierbar sind).

i Die **geriatrischen Assessmentinstrumente** sind nach Einweisung des Arztes an geschulte Mitarbeiter **delegierbar**.

Die ausgefüllten Checklisten stellen eine ideale Grundlage nicht nur für die Dokumappen der betreuenden Pflegekräfte dar, sondern auch für weitere Untersuchungen im Spezialbereich oder zur Einleitung rehabilitativer ambulanter Leistungen wie Ergo- oder Physiotherapie.

16 ► www.kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/default.aspx.

17 Ausführliche Darstellung der in der MDK-Tabelle aufgeführten Tests in: Landendörfer P (2010) Praktische Geriatrie. Gedächtnisstörungen. Diagnostik, Behandlung, Betreuung. Kirchheim Verlag, Mainz; Weber F, Grupp P (2012) Praktische Geriatrie. Ernährungsstörungen. Essen, Trinken, Sondenkost. Kirchheim Verlag, Mainz.

88 Checkliste Geriatrie-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erstdiagnostik beim anscheinend geriatrischen und multimorbiden Patienten
Landendörfer P, Mader FH, Brückner T (2019)

Subjektiv

Gespräch / Untersuchung (nur mit Patient / im Beisein von Angehörigen / Betreuer / Sonstige)

Erster Eindruck (stabil / reduziert)

Zuletzt ambulant / stabil / Haupt- / Nebendiagnosen

Pflegegrad (1 / 2 / 3 / 4 / 5) / Grad der Behinderung / Merkzeichen

Verfügungen (Vorsorgevollmacht / Betreuungs- / Patientenverfügung)

Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter)

Zustand körperlich / psychisch (gleich / besser / schlechter)

Selbsthilfefähigkeit (An- / Auskleiden / Körperpflege / Haushaltsführung)

Bisher Sturzneigung (Stolpern / Verletzung)

Mobilität ohne / mit Hilfsmittel (Gehstock / Rollator / Rollstuhl) / bettlägerig (Pflegebett)

Kommunikation möglich / erschwert (visuell / akustisch / kognitiv)

Emotion (zugewandt / aggressiv)

Ernährung (Appetit / Essen / Trinken / Gewichtsverlust / Schluckstörung / Sondenkost / PEG)

Gewicht (konstant / Zu- / Abnahme)

Schlafstörung / Ängste / Unruhe

Sehen / Hören (gestört / Brille / Hörgerät)

Luftnot / Husten

Schmerzen akut / chronisch

Miktion (Kontinenz / nachts / Harnableitung)

Stuhl (Kontinenz / Obstipation)

Medikamente (dauernd / bedarfsweise / Interaktion / Medikationsplan)

Heilmittel (Physio- / Ergotherapie / andere)

Sonst noch

Objektiv

Vitaldaten (stabil / reduziert) / mobil / bettlägerig

Blutdruck / Puls / Gewicht (BMI)

Körperliche Untersuchung (Hals / Gebiss / Herz / Lunge / Bauchorgane / große Gelenke / Wirbelsäule / Lähmungen / chronische Wunden)

Rektal

Pflegezustand

Medikamentenplan

Urin

Kreatinin / GFR / Elektrolyte / Blutbild / BZ / TSH / fT4 / Harnsäure / sonstiges Labor

EKG

Assessment: Bartel-Index / Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) / Timed up and go Test / Mini-Mental-Status-Test (MMST) / DemTect / Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.89 Augen – Uncharakteristische Augenbeschwerden

Torben Brückner, Frank H. Mader

In der Regel suchen in unserem Versorgungssystem die Patienten gleich den Spezialisten auf, wenn es „um die Augen geht“. Entweder bemerken sie eine plötzliche Sehstörung, haben eine Verletzung, Schmerzen oder nachlassende Seheleistung. Dennoch wird der Allgemeinarzt nach wie vor in vielfältiger Weise mit dem Beratungsproblem Auge regelmäßig häufig konfrontiert, wie Praxisstatistiken der letzten 60 Jahre zeigen. Die

■ Checkliste Nr. 89

für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Zeichen, Beschwerden oder Schmerzen in einem/beiden Auge(n) und/oder im Augenbereich ist für jene Fälle gedacht, bei denen der Patient primär den Hausarzt wegen seiner Augenprobleme aufsucht, gelegentlich aber auch, wenn der Patient bereits beim Spezialisten war und ratsuchend zum Hausarzt kommt, „weil dort nichts gefunden“ worden sei.

Solche Irritationen und Affektionen im Augenbereich beunruhigen den Betroffenen nicht unerheblich; für den Allgemeinarzt mit seinen beschränkten diagnostischen Möglichkeiten sind sie bei der Erstberatung oftmals nur schwer ein- und abzugrenzen, zumal die bloßen Patientenangaben zur entsprechenden Störung nicht immer hilfreich oder gar zielführend sind.

Die Checkliste Nr. 89 ist daher in ihrem Anwendungsziel bewusst breit angelegt (das „Auge“, der „Augenbereich“) und beschränkt sich nicht auf bestimmte Leitsymptome wie Brennen, Schmerzen, Blinzeln oder Rötung. Damit soll der Anwender von vornherein in möglichst alle Richtungen denken und offen bleiben.

Charakteristische Augenprobleme, die zuerst dem Allgemeinarzt begegnen, sind eher seltene Ereignisse, beispielsweise „gelbe Augen“ bei Sklerenikterus, eine offensichtliche Hornhautschädigung nach einer Lösungsmittel ingestion oder ein „blaues Auge“ nach einem Fußballfoul.

Beim Einsatz der Checkliste Nr. 89 geht es dagegen um uncharakteristische Zeichen oder Beschwerden im Bereich der Augen, deren Ursachen sich zunächst oder aber auch im Verlauf der Beobachtung beim Allgemeinarzt nicht einer exakten Diagnose zuordnen lassen (auch nicht immer zuordnen lassen müssen), bei denen sich meist „nichts Schlimmes“ verbirgt, deren Verlauf häufig selbstlimitierend ist, bei denen dennoch von Anfang an ein möglicher AGV dahinter stecken kann, der die unverzügliche Überweisung in den Spezialbereich erfordert.

i In der Allgemeinmedizin darf die Diagnostik nicht allein von den häufigsten Vorkommnissen gesteuert werden, auch wenn diese sich völlig banal präsentieren.

Die **Diagnostik** bei diesen uncharakteristischen Fällen erfolgt auf Grund einer **gezielten Befragung** und mittels **direkter Diagnostik**. Zu einer solchen allgemeinen Augenuntersuchung gehören neben der Inspektion die orientierende Prüfung von Sehvermögen, Pupillenreaktion, Gesichtsfeld, von Bulbus im Seitenvergleich sowie Augen- und Liderbeweglichkeit.

Entsprechend begrenzt ist oftmals die diagnostische Aussage, da das Auge als Gesamtorgan ohne vertiefende spezialistische Untersuchung nicht beurteilt werden kann. Solche **uncharakteristischen Zeichen oder Beschwerden** können mit oder ohne lokale Schmerzen auftreten, beispielsweise Lid-schwellungen, Tränensäcke, Lidrandentzündung, verklebte, gereizte, tränende oder „müde“ Augen, verstopfter Tränenkanal beim Säugling, eingewachsene Wimpern bei Älteren, Bindehautentzündung, Unterblutung der Bindehaut (Hypophagma).

Das „rote Auge“ (z. B. durch Keratitis oder Keratokonjunktivitis) und das „trockene Auge“ (z. B. älterer Patient, Sonnenstudio, Kosmetika) sind die häufigsten Beratungsprobleme in der Allgemeinpraxis, welche das Empfinden des Patienten erheblich stören können (Mader und Riedl 2018). Das „rote Auge“ ist ein Symptom (A/B) und keine Diagnose. Es besagt, dass etwas nicht im Normbereich ist und fordert den Allgemeinarzt auf, genauer nach einer möglichen Ursache zu suchen; in den meisten Fällen steckt eine Konjunktivitis dahinter. Kommen noch Schmerzen, Visusminderung, harter Bulbus, ein Fremdkörperereignis oder eine Verletzung hinzu, so ist der Patient in den Spezialbereich abzugeben.

i Insbesondere beim Beratungsproblem Auge gilt: Im Zweifelsfall lieber einmal zu viel als zu wenig den Spezialisten konsultieren.

Über 30 **Leitlinien** des Berufsverbands der Augenärzte (BVO) und ihrer Fachgesellschaft (DOG) finden sich unter ► <http://augeninfo.de/leit/leit.php>.

Übersicht zu Programm Nr. 89 (Augen). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung

- Periorbitalphlegmone
- Verlegter Tränenkanal
- Pupillenveränderung, einseitig
- Extra-/subdurale Blutung
- Bulbuskontusion
- Keratokonjunktivitis epidemica
- Zoster ophthalmicus
- Plötzliches Schleiersehen, Rußregen, Doppelbilder
- Akuter Glaukomanfall
- Tumore im Schädelbereich
- Plötzliche Sehverschlechterung

89 Checkliste Augen-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei uncharakteristischen Zeichen, Beschwerden oder Schmerzen in einem / beiden Auge(n) und / oder im Augenbereich
Brückner T, Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck leicht / schwer

Seit wann / ausgelöst durch / Umgebung betroffen

Gleich / besser / schlechter

Schon mal gehabt

Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie (Operationen am Auge / Kopf)

Li / re / bds / Seitenunterschied / im Auge selbst / Augenregion (Zoster!) / Augenbrennen / -stechen / -schmerzen / -jucken / -tränen / Rötung / Sonstiges / Fremdkörper

Verletzung möglich (Insekt / Staub / Metallarbeiten / Prellung / Pressen / Sonstiges)

Lichtscheu / Blendempfindlichkeit / Blitze / Flecken / Verschwommen / Doppelbilder / sonstige Sehstörungen

Sehkraft gleich / schlechter

Übelkeit / Erbrechen

Kopfschmerzen / Fieber

Schmerzen andernorts (Schläfe / Nebenhöhlen / Zähne)

Äußere Einflüsse (Arbeitsplatz / Umgebung / Bildschirmarbeit / Haustiere / Blüten / Medikamente / Solarium / Kontaktlinsen / Kosmetika / Sonstige)

Andere Erkrankungen (Hypertonie / Rheuma / Diabetes mellitus / Allergie / Sonstige)

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Erster Eindruck leicht / schwer

Taschentuch vorm Auge / Sonnenbrille

Auge betroffen / li / re / bds

Periorbitale Region (Verfärbung / Bläschen / Tränensäcke / Sonstiges)

Brauen / Lider (Schwellung) / Lidrand (Rötung / Eiter) / Lidspaltenschluss / Wimpern (eingewachsen)

Bulbus (Konjunktivale Injektion / glasiges Ödem / Hyposphagma / Palpation im Seitenvergleich)

Pupillen (Symmetrie / Lichtreaktion)

Sekret (glasig / gelblich) / Tränenträufeln / Naselaufen

Gesichtsfeld im Fingerzeigerversuch

Klopfschmerz Nasennebenhöhlen

Schilddrüse tastbar

Blutdruck / Puls

TSH, TSH-Rezeptor-Autoantikörper (TRAK)

Kraniale MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.90 Kopfprellung – Bild eines Schädel-Hirn-Traumas

Torben Brückner, Frank H. Mader

Bei diesem Programm geht es primär nicht um den akut Verletzten im Rahmen der notfälligen Erstversorgung vor Ort; für diesen Zweck hat sich die **Glasgow Coma Scale** von 1974 (Augenöffnen, verbale Kommunikation, motorische Reaktion) als ein weltweit anerkanntes Instrument zur Einschätzung eines **Schädel-Hirn-Traumas** (SHT) bewährt. Für Kinder gibt es analog die **Pediatric Glasgow Coma Scale** mit modifizierter sprachlicher Kriterien (Holmes et al. 2005).¹⁸

In der Allgemeinpraxis wird der Arzt regelmäßig häufig mit Patienten konfrontiert, die sich beim Sport oder im Haushalt „am Kopf gestoßen“ haben, oder mit Kindern, die gestürzt, oder mit geriatrischen Patienten, die im Pflegeheim aus dem Bett gefallen sind. Die

■ Checkliste Nr. 90

zur allgemeinmedizinischen Erstberatung und Verlaufsdokumentation von Klagen und/oder Beschwerden nach stumpfer direkter oder indirekter Gewalteinwirkung im Kopfbereich mit oder ohne äußere Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma) versteht sich als praxisgerechtes Hilfsmittel zur strukturierten Befragung und Untersuchung des Patienten (auch in Zusammenarbeit mit seinen Angehörigen) sowie zur Befunddokumentation beim Bild eines Schädel-Hirn-Traumas (C). Das wesentliche Ziel besteht dabei darin, gewisse Anhaltspunkte zu gewinnen, ob ein möglicher **abwendbar gefährlicher Verlauf** vorliegt und die unverzügliche Zusammenarbeit mit dem Spezialbereich gesucht werden muss oder ob in geteilter Verantwortung mit dem Betroffenen der Fall zunächst abwartend offen geführt werden kann.

Diese **Entscheidung** ist für den „Arzt an der ersten Linie“ mit seinen beschränkten diagnostischen Möglichkeiten und seiner eingeschränkten Überwachungsmöglichkeit nicht immer einfach und risikolos: So suchen die Betroffenen nach einer **Kopfprellung** (A) oft nicht zeitnah den Arzt auf, oft berichten sie erst mehrere Stunden oder wenige Tage später über eine Kopfprellung – teils aus Furcht („*ich mag nicht ins Krankenhaus*“), aus Angst vor Schlimmerem („*da wird doch nichts zurückbleiben*“) oder aufgrund unterschiedlichster Beschwerden („*irgendwie strengt mich seit dem Radsturz letzte Woche die Bildschirmarbeit an*“). Selten begegnen ihm Patienten mit der **klassischen Trias** „Übelkeit/Erbrechen – Bewusstlosigkeit (auch flüchtig) – und retrograde Amnesie („Filmriss““ als Zeichen einer **Comotio cerebri**.

Die S2e-LL Schädel-Hirn-Trauma (SHT) im Erwachsenenalter (Firsching et al. 2015) unterscheidet im Wesentlichen

- **Schädel-Hirn-Trauma** mit Funktionsstörung/Verletzung des Gehirns und
- **Schädelprellung** ohne Funktionsstörung/Verletzung des Gehirns.

91 % der SHT werden als leicht eingeschätzt, 4 % als mittel und 5 % als schwer. Der Schweregrad ist für die Versorgung des aktuellen Patienten aber von untergeordneter Bedeutung. Die Behandlung richtet sich nach dem aktuellen neurologischen Befund und dessen Verlauf, der durch wiederholte (und vor allem in der Frühphase engmaschige) Untersuchungen erfasst werden muss.

■ Subjektive und objektive Störungen nach SHT

- **Subjektiv:** Kopfschmerzen, Benommenheitsgefühl, Übelkeit oder Schwindel, aber auch Doppelbilder und Schwerhörigkeit.
- **Objektiv:** Riss- oder Platzwunden, Blutung aus Mund, Nase oder Ohr.
- **Schädigung des Nervensystems:** Amnesie, Störungen von Wachheit, Orientierung, Sprache, Koordination, Erbrechen, Lähmungen, Krampfanfälle, vegetative Störungen.
- **Bewusstseinsstörung:** reduzierte Wachheit (örtlich, zeitlich und zur Person) als Hinweis für schwerwiegende Gehirnfunktionsstörung.
- **Lebensbedrohliche Verschlechterung:** Pupillenerweiterung, gestörte Pupillenreaktion auf Licht, Beuge- und Strecksynergismen, Kreislaufstörungen.

i Unverzichtbar sind bei einem SHT Erfassung und

Dokumentation von Bewusstseinsklarheit, -trübung oder Bewusstlosigkeit, Pupillenfunktion, motorischen Funktionen der Extremitäten mit seitengerechter Unterscheidung an Arm und Bein. Liegt keine Bewusstlosigkeit vor, sind zusätzlich Orientierung, Hirnnervenfunktion und Sprachfunktion mit Uhrzeitangabe zu erfassen. Kurzfristige Kontrollen werden angeraten (S2e-LL; Firsching et al. 2015).

Die in Deutschland entwickelte Einteilung nach Tönnis und Loew von 1953 in 3 Schweregrade beruht auf der Dauer neurologischer Störungen und ist frühestens nach 3 Wochen, d. h. de facto nur retrospektiv anwendbar. Demnach sind bei einer **Hirnschädigung I. Grades (Comotio cerebri)** sämtliche Schädigungsfolgen (z. B. Kopfschmerzen, motorische und sensible Störungen, Kreislaufreaktion, psychische und vegetative Veränderungen) bis zum 4. Tag abgeklungen (Mader und Riedl 2018).

Eine Besonderheit im **Kindesalter** ist das SHT durch **Kindesmisshandlung** in den ersten drei Lebensjahren. Bei Kindern < 24 Monaten lassen sich **Alarmzeichen** wie Schläfrigkeit, Spielunlust, Inappetenz oft nur schwer erfassen. Die Wahrscheinlichkeit, eine posttraumatische intrakranielle Einblutung zu entwickeln, ist bei Kindern jedoch geringer als bei Erwachsenen (Jorch et al. 2011).

Verhängnisvolle Fehleinschätzungen (**Fallstricke**) hinsichtlich der Schwere einer Schädelverletzung sind bei vermeintlichen oder tatsächlichen Alkoholikern („*schläft seinen Rausch aus*“) oder auch bei Drogenabhängigen möglich.

- i Bei unklarer Symptomatik und/oder erschwerter häuslicher Überwachung lieber einmal zuviel als zu wenig über-/einweisen.

Das routinemäßige **Schädelröntgen** gilt als **obsolet**. Zielführend ist das **kraniale CT/MRT** (bei Kindern).

4

Übersicht zu Programm Nr. 90 (Kopfprellung).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung

- **Frakturen des Kopfes und der HWS**
- **intrakranielle Blutung**
- *Alkohol- oder Drogenrausch*
- *Synkope (Ohnmacht)*
- *Kollaps (Kreislaufschwäche, akut)*
- **Epilepsie**
- **Kindesmisshandlung**

90 Checkliste Kopfprellung-Programm

– zur allgemeinmedizinischen Erstberatung und Verlaufsdokumentation von Klagen und / oder Beschwerden nach stumpfer direkter oder indirekter Gewalteinwirkung im Kopfbereich mit oder ohne äußere Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma)
Brückner T, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (schwer krank)
Beschwerden direkt nach Akutereignis / im Verlauf

Gleich / besser / schlechter
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie

Schmerzlokalisierung
Krankheiten mit Blutungsneigung / bekannt Aneurysma

Vorausgegangenes Trauma: Sturz (Fallhöhe) / Unfall (Sport / Verkehr)

Schlag ins Gesicht / an den Hinterkopf / seitlich / mit / ohne Gegenstand

Erinnerung an Ereignis / Gedächtnisverlust im Verlauf / Konzentrationsstörung

Koordinationsstörung / Paresen / Gangstörung
Bei Kindern (besonders < 2 Jahre) Spielunlust / verlangsamt

Sehstörung / Doppelbilder
Schwerhörigkeit
Übelkeit / Erbrechen
Bewusstlosigkeit / Müdigkeit
Krampfanfall

Medikamente (Antikoagulanzen / Thrombozytenaggregationshemmer)
Alkohol- / Drogenkonsum
Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Äußere Verletzungszeichen: Schwellung / Hämatom / Hautwunde

Schädelklopfschmerz / -deformitäten
Ausfluss aus dem Nasenbereich (Liquorrhö)
Symptomatik zweizeitig
Sensomotorisches Defizit
Pathologische Muskeleigenreflexe / Pyramidenbahnzeichen (z. B. Babinski)
Hirnnerven / Pupillen
Finger-Nase-Versuch

Nackensteife
Zungenbiss
Kraniale CT / MRT

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.91 Essstörung – Bild einer Essstörung

Frank H. Mader

Scharf abzugrenzen vom Symptom eines harmlosen (vorübergehenden) „*Appetitmangels*“ oder einer „*Ernährungsstörung*“ ist das **Bild einer Essstörung** (C); allerdings wird nur eher selten der Patient von sich aus den Arzt direkt ansprechen: „*Ich habe eine Essstörung.*“ Obwohl gestörtes Essverhalten alleine noch keine Krankheit ist, empfiehlt die S3-LL, zumindest bei neuen Patientinnen an die Möglichkeit einer Essstörung zu denken, im allgemeinärztlichen Setting insbesondere bei bestimmten **Risikofaktoren** wie (junge) Frauen mit niedrigem Körpergewicht, Zyklusstörungen bzw. Infertilität oder unklaren gastrointestinalen Störungen (Schweiger et al. 2010).

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen, bei denen es aufgrund von „krank machenden“ seelischen Belastungen zu körperlichen Schäden kommt. Sie sind keine sog. stoffgebundenen Süchte wie Drogensucht oder Alkoholabhängigkeit, treten aber häufig in **Komorbidität** mit anderen körperlichen/seelischen Begleiterkrankungen/Abhängigkeiten auf (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Depressionen, Ängste, Medikamentenmissbrauch, Alkoholabhängigkeit) (BZgA 2018).

i Ein gestörtes Essverhalten allein ist noch keine Krankheit.

Im Wesentlichen werden **drei Hauptformen** unterschieden: **Anorexie** („*Magersucht*“) (etwa 20 %), **Bulimie** („*Ochsenhunger*“) und **Binge-Eating-Störung** („*Heißhungeranfall*“). Häufig sind bei Essstörungen nicht alle Merkmale ausgeprägt, so dass sich nicht alle Störungen diesen Hauptformen zuordnen lassen; daher ist die Restgruppe der nicht **näher bezeichneten Essstörungen** mit rund 60 % die größte Gruppe (Fairburn und Bohn 2005).

Essstörungen treten als Ersterkrankung über die **gesamte Altersspanne** auf, vom präpubertären Jugendalter (Anorexie: 10. bis nach 25. Lebensjahr), zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr (Bulimie) und Binge-Eating-Störungen zwischen dem 20. und 30., aber auch zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr. Keine eigenständige Krankheit ist die Fixierung auf „*gesunde*“ vs. „*ungesunde Ernährung*“ bei eingeschränkter Lebensqualität (**Orthorexia nervosa**), einer Störung zwischen Ess- und Zwangsstörung. Die

■ Checkliste Nr. 91

für den allgemeinärztlichen Erstkontakt bei Vermutungen, Hinweisen oder Anzeichen, die an eine Essstörung denken lassen wurde für Anbahnung und/oder Einstieg in eine strukturierte Befragung und Untersuchung des Betroffenen geschaffen, wenn eine oder beide Fragen positiv beantwortet werden:

- „Haben Sie ein Essproblem?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“

Da es häufig für den Allgemeinarzt Schwierigkeiten machen kann, die einzelnen Formen der Essstörungen abzugrenzen, lassen die Items der Checkliste bewusst in viele Richtungen hin offen denken. Das wesentliche Ziel dieser Checkliste ist es also, ein mögliches Problem im Essverhalten überhaupt erst einmal deutlich anzusprechen, zu hinterfragen und es dem Patienten bewusst zu machen. Zur Abgrenzung oder Vertiefung der programmierten Diagnostik stehen noch folgende Checklisten zur Verfügung:

- Checkliste Nr. 67 (Tabula diagnostica)
- Checkliste Nr. 68 (Adipositas)
- Checkliste Nr. 69 (Appetitlosigkeit)

Die speziellen **Definitionen** werden ausführlich in ICD-10-GM und in DSM-5 beschrieben, deren Charakterisierungen sind:

- **Anorexia nervosa**: Absichtlicher Gewichtsverlust mit Körpergewicht mind. 15 % oder $\leq$ BMI 17,5 bei präpubertärem Beginn.
- **Bulimie**: Unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, mind. 1×/Woche > 3 Monate mit anschließendem Erbrechen. Krankhafte Furcht, dick zu werden.
- **Binge-Eating-Störung**: Essanfälle durchschnittlich mind. 1×/Woche > 3 Monate bei Kontrollverlust, danach Ekel-/Schuldgefühle.

i Keine Verharmlosung der **nicht näher bezeichneten Essstörungen**: Sie haben ebenso gravierende Folgen wie „klassische Störungen“ (BZgA 2018).

Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen Schwere der Essstörung und **familiären Interaktionsschwierigkeiten** fanden sich bisher nicht (Holtkamp und Herpertz-Dahlmann 2005). Gewichtsschwankungen von monatlich 2–3 kg sind bei **Frauen** normal (BZgV 2018). Für **Kinder und Jugendliche** < 18 Jahre werden zur Gewichtsbeurteilung Wachstumskurven (Perzentilen) verwendet. 5–6 % aller Anorektiker sterben an ihrer Magersucht. Ein Viertel der sich normal entwickelnden **Vorschulkinder** ist von Essstörungen betroffen (darunter die Gruppe der „*kindlichen Anorexie*“; ► Abschn. 4.69); die Ursachen sind vielfältig. Nur etwa 1–2 % dieser Gruppe sind jedoch klinisch manifest gestört (Gontard 2014).

Bei Ernährungsstörungen von **geriatrischen Patienten** sollte der Hausarzt mit folgenden Begriffen vertraut sein: **Fehlernährung** sowie **Mangelernährung** (Unterernährung, Sarkopenie, Kachexie). Demenz oder bestimmte altersbedingte Störungen können über eine Änderung des Appetitverhaltens (► Abschn. 4.69) zu Gewichtsverlust führen. Zur Überprüfung des Ernährungszustandes im Alter sind Gewichtsverlauf und BMI einfach zu messende und etablierte Parameter:

- BMI < 20 kg/m² = Mangelernährung
- BMI 20–24 kg/m² = beim Älteren überwachungsbedürftig
- BMI 24–29 kg/m² = optimaler Bereich
- BMI > 30 kg/m² = Adipositas

- i** Ein unbeabsichtigter **Gewichtsverlust** von > 5 % in 3 Monaten bzw. > 10 % in 6 Monaten ist ein **Alarmsymptom** (Mader und Riedl 2018).

Die wichtigsten **abwendbar gefährlichen Verläufe** sind die „klassischen“ Essstörungen selbst, aber auch das daran Denken bei einer Vielzahl von ähnlichen Beschwerdebildern ist unverzichtbar. Ist die programmierte Diagnostik abgeschlossen und lässt sich ein AGV vermuten, so ist als **Maßnahme** in Absprache mit dem Patienten/Erziehungsberechtigten die Überweisung in den Spezialbereich angezeigt (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie), Selbsthilfegruppen oder **Beratungsstellen für Essstörungen**.¹⁹

**Übersicht zu Programm Nr. 91 (Essstörungen).
Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)
(„fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in
loser Reihung**

- **Gewichtsverlust** (ungewollt, z. B. Malignom)
- **Depression**
- **Anorexie**
- *Appetitmangel*
- *Körperschemastörung*
- *Zwangsstörung*
- *Angststörung*
- **Bulimie**
- *Alkohol-/Drogenmissbrauch/-abhängigkeit*
- *Binge-Eating-Störung*
- *Adipositas*
- *Wachstumsstörung bei Seltener Krankheit*
- *Orthorexia nervosa*
- *Demenz*
- *Kindliche Anorexie*

¹⁹ ► <https://www.bzga-essstoerungen.de/>.

91 Checkliste Essstörung-Programm

– für den allgemeinärztlichen Erstkontakt bei Vermutungen, Hinweisen oder Anzeichen, die an eine Essstörung denken lassen
Mader FH (2019)

4

Subjektiv

Erster Eindruck
Haushalt (Familie / Single / zu zweit)
Appetit (gut / schlecht / Sonstiges)
Lebensmittel (erlaubte / verbotene / Vollkost / Kalorien / Getränke / Light / gehortet / versteckt)
Mahlzeiten (geregelt / Kantine / Auslassung / sonst)
Essverhalten (hastig / schlingen / Essattacken / sehr langsam / im Stehen / genussvoll / heimlich / bei Frust / Kontrollverlust / Erbrechen danach)
Diäten (bevorzugte / abgebrochene / Kalorienzählen / keine)
Körpergewicht (hohe Schwankungen / zu- / abnehmend / konstant / ständig wiegen)
Körpergefühl (Attraktivität / zufrieden / Problemzonen / zu dick / Selbstverletzung / sonst)
Allgemeine Stimmung (gut / schlecht / schwankend / depressiv / Wut über sich)
Stress / Ärger / Sorgen (derzeit / früher)
Hunger- und Sättigungsgefühl (gesättigt / gestört / „zu viel“ / Hungerphasen / depressiv / Ekel)
Umgebung (ahnungslos / merkt es / besorgt)
Aktivitäten (kaum / keine / exzessiv Sport / Fitness)
Körperlich (Atemnot / frieren / Gelenke / Sonstiges)
Nikotin- / Alkohol- / Drogenkonsum
Miktion / Stuhl / Menses
Medikamente (Appetitzügler / Abführ- / Entwässerungs- / Aufbaumittel / sonstige)
Ängste / Furcht vor (Übergewicht / Zunahme / Spott / Sonstiges)
Sonst noch

Objektiv

Psychische Beurteilung
Gewicht / Körpergröße / Body Mass Index (BMI)
Taillen- / Hüftumfang / waist to hip ratio (WHR)
Blutdruck / Puls
Beinachsen (X / O)
Mund (Zähne) / Haut (Turgor / Temperatur) / Muskulatur
Fettverteilungstyp / Striae
Behaarung (Effluvium / Lanugo)
Mammae / Testes
Auskultation Herz / Lunge
Palpation Abdomen (Leber / Milz)
Rektal / vaginal
Urin
BKS / CRP / Blutbild / BZ / Leber- / Blutfettwerte / Elektrolyte / Ferritin / Gesamt-Eiweiß / TSH / fT4 / sonstiges Labor
Sonographie Abdomen
EKG

Beratungsergebnis

Maßnahmen

4.92 Suizidalität – Bild eines suizidalen Verhaltens

Sandra Blumenthal, Frank H. Mader

Menschen im Stadium der akuten Eigengefährdung mit dem offen geäußerten Wunsch nach Selbsttötung (Suizidalität/C) werden dem Allgemeinarzt in seinem Praktikerleben möglicherweise extrem selten begegnen. **Suizidversuche** dagegen registrierte der Schweizer Allgemeinarzt Landolt in 5 Jahren in immerhin 6 Fällen (Mader und Riedl 2018). Die

■ Checkliste Nr. 92

für die allgemeinmedizinische Erfassung eines möglichen suizidalen Verhaltens ist für jene im Praxisalltag raren, aber hoch emotional beladenen Fälle gedacht, in denen der Arzt **gezielt** den Patienten (oder dessen Angehörige) **anspricht**, oder wenn er bestimmte **Signale** des Hilflösen oder Gefühle von Ausweglosigkeit zusammen mit dem Patienten strukturiert zu deuten sucht.

Es gehört zu den Aufgaben des Allgemeinarztes im Rahmen der **Sekundärprävention**, suizidale Handlungen bei suizidgefährdeten Personen möglichst zu verhindern. Zuallererst gilt es daher, die **Suizidgefährdung einzuschätzen**. Es gibt allerdings **keine Kriterien**, die eine Selbsttötung verlässlich voraussagen können, jedoch finden sich viele Umstände, Faktoren und Konstellationen, die mit Suizid und -versuchen in Verbindung stehen (Kozel 2013).

Wird der Wunsch nach Selbsttötung vom Arzt offen angesprochen oder vom Patienten vorgebracht, so werden sich beide dem Wagnis aussetzen müssen, mit einer äußerst persönlichen, fundamentalen Problematik konfrontiert zu werden; dies sollte jedoch grundsätzlich versucht werden. In der Literatur finden sich derzeit rund 70–90 Instrumente zur Einschätzung von Suizidalität durch Dritte. Jedoch nur der Patient selber kann Auskunft geben, was in ihm vorgeht.

Das **programmierte Gesprächsangebot** der Checkliste Nr. 93 berücksichtigt u. a. die Items der NGASR-Skala (Nurses Global Assessment of Suicide Risk, 2004) und bietet sich als sachliches Wegmittel auch für den Jungarzt an oder für den Arzt, der einem ihm bisher unbekannten Patienten gegenübersteht. Ein solches strukturiertes Gespräch kann befreiend wirken, aber vielleicht auch dem Patienten „Angst machen, die Kontrolle zu verlieren“. Doch nur ein aktives Ansprechen des Arztes „Haben Sie schon mal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“ kann (vielleicht) eine Selbsttötung verhindern. Gerade der Hausarzt hat durch die oft langjährige Kenntnis seines Patienten und dessen familiärem Umfeld die Chance, der bevorzugte Ansprechpartner des Betroffenen in solch einer Ausnahmesituation zu sein.

i Der Einsatz der Checkliste „Suizidalität“ erfordert ein großes Maß an ärztlichem Feingefühl.

Gerade bei **depressiven Patienten** ist der Suizid der wichtigste **AGV**. Die NVL-S3-LL Unipolare Depression (2015) empfiehlt, bei Depressiven in jeder Konsultation das Thema

Suizidalität aktiv zu erfragen. Daher beinhaltet die Checkliste Nr. 60 „Depression“ stets auch die Frage nach **Selbstmordgedanken**. Werden diese direkt mit „Ja“ oder vage mit „Ich hab schon mal darüber nachgedacht“ beantwortet, so sollte der Allgemeinarzt auf die Checkliste Nr. 93 „Suizidalität“ übergehen.

Wichtig für den Hausarzt in der Langzeitbetreuung seiner Patienten ist es, auch die wesentlichen **Risikofaktoren** für suizidales Verhalten zu kennen (DGPPN, et al. (2015) S3-NVL Unipolare Depression):

- frühere Suizidversuche (wichtigster Faktor!);
- Männer in höherem Lebensalter (v. a. > 70 Jahre);
- Substanzmissbrauch;
- Depression, auch mit psychotischen Symptomen;
- Suizide in der Familiengeschichte;
- aktuelle Suizide in der Umgebung;
- keine religiöse oder vergleichbare Bindung;
- belastende Lebenssituation oder mehrere Belastungsfaktoren.

Die Checkliste Nr. 92 kann ihn daher ermutigen, das Thema Suizid offensiv anzusprechen und es damit zu **enttabuisieren**. Der Aufbau einer therapeutisch-tragfähigen Beziehung ist dabei einer der wichtigsten Bausteine zur Suizidprävention. Die Zusammenarbeit mit einer professionellen Einrichtung der **Krisenintervention** sollte zudem selbstverständlich sein.

Gelingt es dem Allgemeinarzt nicht, eine therapeutisch tragfähige Beziehung zum Patienten aufzubauen, und kann sich dieser nicht von seinem akuten Wunsch, sich zu töten, distanzieren, so ist notfalls auch gegen den Willen des Betroffenen die **stationäre Einweisung** leider unumgänglich. In Deutschland ist die Selbsttötung nicht strafbar. Im Einzelfall ist es schwierig zu differenzieren, ob sich der Patient krankheitsbedingt (z. B. im Rahmen einer depressiven Episode) oder tatsächlich aus freien Stücken (z. B. bei unheilbarer Krankheit) das Leben nehmen möchte.

Übersicht zu Programm Nr. 92 (Suizidalität). Wesentliche abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) („fett“)

- Erweiterter Suizid
- Gefährdung Unbeteiligter bei Suizidversuch
- Traumatisierung von Angehörigen und anderen bei Suizidversuch
- Folgeschäden infolge des Suizidversuchs (z. B. Pflegebedürftigkeit)
- Psychose, akut
- Kriminelle Handlung infolge der gefühlten Auswegs- und Zukunftslosigkeit
- Anhaltend schwere depressive Episode

92 Checkliste Suizidalität-Programm

– für die allgemeinmedizinische Erfassung eines möglichen suizidalen Verhaltens
Blumenthal S, Mader FH (2019)

Subjektiv

Erster Eindruck (leicht / schwer betroffen)

Unterstützung (Familie / Partner / Hobby / Sonstiges)

Erregt / impulsiv / dysphorisch-gereizt / in sich gekehrt / verschlossen

Ängste (Furcht vor)

Schon mal gehabt / in der Familie / im Umfeld Selbsttötung bekannt

Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung

Derzeit Belastungen / Konflikte / Schuld (Familie / Partner / Arbeitsplatz / Finanzen / Sonstiges)

Sonst noch

Gefühl von Einsamkeit (Familie / Freunde / Sonstiges)

Objektiv

Wunsch nach Ruhe oder Pause / konkrete Suizidgedanken / -pläne / -handlungen / Verletzungszeichen

Psychopathologischer Befund (Ersteinschätzung)

Gedankenkreisen / -einengung auf Todeswunsch / Selbsttötung

Beurteilung nach Schwere: Lebensmüde Gedanken / Suizidgedanken / handlungsorientierte Suizidgedanken / konkrete Absicht für Selbsttötung (akute Suizidalität!)

Akut aufgetreten / seit Tagen / Intensität zunehmend

Einschätzung: akute Eigen- oder Fremdgefährdung

Wut / Aggressionen gegen sich und / oder andere

Patient ist gesprächsbereit und -fähig / erscheint absprachefähig

Gedrückte Stimmung / Freud- / Interessenlosigkeit

Patient kann sich vom Suizid distanzieren

Gefühl der Hoffnungs- / Wert- / Ausweg- / Teilnahmslosigkeit / fehlende Zukunftsperspektive

Einschätzung, ob Patient unfähig ist, für eigene Gesundheit Sorge zu tragen

Idee der „Selbstopferung“

Halluzinationen / psychotische Symptome (Stimmen, die zur Selbsttötung auffordern / Verfolgungsideen)

Beratungsergebnis

Ideen, andere mit in den Tod zu nehmen

Maßnahmen

Konkrete Pläne / Vorbereitungen (Testament / Horten von Tabletten / Inspektion bestimmter Orte / Sonstiges)

Bei akuter Eigengefährdung Einweisung nach PsychKG (länderspezifische Regelungen zum Vorgehen)

Alkoholkonsum / Substanzmissbrauch

Ängste (Furcht vor)

Vermutete Ursache / Auslöser (Partner / finanziell / Arbeitsplatz / schwere Krankheit / hohes Alter / Sonstiges)

Literatur

- Aboyans V, Ricco JB et al (2018) 2017 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J* 39(9):763–816. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx095>
- Aebi Ch (2012) Minisymposium Infektiologie Bern, 26.10.2012. <http://www.kinderkliniken.insel.ch/de/lehre/bildung/fortbildung/infektiologie/>. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Altenburg A, El-Haj N, Micheli Ch, Puttkammer M, Abdel-Nase MB, Zouboulis Ch (2014) Behandlung chronisch rezidivierender Aphthen. *Dtsch Arztebl Int* 111(40):665–673. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0665>
- Arnold W, Ganzer U (1999) Checkliste Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Arzt M et al (2017) Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel Schlafbezogene Atemstörungen. S3-LL der DGSM. AWMF-Reg.Nr.063/001
- Baum E, Donner-Banzhoff N, Maisel P (2017) DEGAM-S3-LL Müdigkeit. DEGAM LL Nr.2. AWMF-Reg.-Nr.053/002
- Baumeister H, Höfler M, Jacobi F, Wittchen HU, Bengel J, Härter M (2004) Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Normalbevölkerung. *Z Klin Psychol Psychother* 33:33–41
- Beckh S, Kirchpfering K (2013) Schmerzen in der Brust. *Bay Arztebl* 5:205
- Bent S, Saint S (2002) The optimal use of diagnostic testing in women with acute uncomplicated cystitis. *Am J Med* 113(Suppl 1A):205–285
- Berger Ch (2013) Diagnose und Behandlung von Harnwegsinfektionen beim Kind. Empfehlungen Schweizerische Arbeitsgruppe pädiatrische Nephrologie (SAPN), Pädiatrische Infektiologiegruppe Schweiz (PIGS, www.pigs.ch), Schweizerische Gesellschaft für Kinderurologie (SwissPU). *Paediatrica* 24(4):10–13
- Bergert et al (2018) Geriatisches Assessment in der Hausarztpraxis. Hausärztliche S1-LL. Leitliniengruppe Hessen u. DEGAM. Version 1.03 vom 08.05.2018. AWMF-Reg. Nr. 053-015
- Bettinger D, Thimme R, Schultheiß M (2015) Differentialdiagnostik des Ikterus. *Allgemeinarzt* 37(11):37–42
- Blankfield RP (2006) Obstructive sleep apnea associated with leg edema. *Am Fam Physician* 73(4):589
- Blay M (2016) Schmerzen im Bereich des Beckens. Differenzialdiagnostische Gedanken und Vorschläge zur Abklärung. *Lead Opin Orthopädie Rheumatol* 2:17–20
- Böhm R, Proksch E, Schwarz Th, Cascorbi I (2018) Arzneimittelüberempfindlichkeit. Diagnostik, Genetik und Vermeidung. *Dtsch Arztebl Int* 115:501–512. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0501>
- Bojunga J (2016) Schilddrüsenfunktionsstörungen Teil 2. Hyperthyreose. *Allgemeinarzt* 38(4):34–37
- Bösner S, Becker A et al (2009) Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. *Eur J Gen Pract* 15:141–146
- Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, Herzig L, Heinzl-Gutenbrunner M, Schaefer JR, Hani AM, Keller H, Sönnichsen AC, Baum E, Donner-Banzhoff N (2010) Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 182(12):1295–1300. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100212>
- Braun RN (1960) Eine Methode zur prinzipiellen Verbesserung der Diagnostik in der Allgemeinpraxis. *MMW* 102/38: 1782
- Braun RN (1962) Ein einfacher Behelf zur Führung diagnostisch schwieriger Fälle in der Allgemeinpraxis. *Therapiewoche* 12/13: 520
- Braun RN (1976) Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin. Mit 87 Handlungsanweisungen. Urban & Schwarzenberg, München Berlin Wien
- Braun RN (1988) Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. Einführung in die eigenständige Forschungsmethode. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Braun RN, Mader FH (2003) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Braun RN, Mader FH (2005) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 5. Aufl. Springer, Heidelberg
- 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 Luftwegekatarrhen und afebrilen bzw. subfebrilen Allgemeinreaktionen. *Med Welt* 15:1320–1328
- Braun RN, Fink W, Kamenski G (2007) Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Theorie, Fachsprache und Praxis. Verlag Berger, Horn Wien
- Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al (2004) Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – update 2004. *Eur Heart J* 25:2054–2072
- Brignole M et al (2018) 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 39(21):1883–1948. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy037>
- Bufler Ph, Groß M, Uhlig HH (2011) Chronische Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Arztebl Int* 108(17):2905–2304. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.029>
- Burbank KM, Stevenson JH, Czarnecki GR, Dorfman J (2008) Chronic shoulder pain: part II treatment. *Am Fam Physician* 77:493–497
- Busch MA, Kuhnert R (2017) 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-010>
- BzGA (2018) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Essstörungen. <https://www.google.com/search?q=bzga+essst%C3%B6run&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab>. Zugriffen: 3. Okt. 2018
- Cady RK et al (2004) Simple and efficient recognition of migraine with 3-question headache screen. *Headache* 44:323–327
- Casaubon LK et al (2015) Canadian stroke best practice recommendations: acute inpatient stroke care guidelines, update 2015
- Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M (2016) Acute lumbar back pain – investigation, differential diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 113:223–234. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016>
- Classen M, Diehl V, Kochsiek K (2004) Innere Medizin, 5. Aufl. Urban & Fischer, München
- Claviez A, Laws H-J, Niehues T, Kaiser U, Schrotten H, Schuster V (2012) Lymphknotenvergrößerung. S1-LL. AWMF-Reg.025/020. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-020L_S1_Lymphknotenvergrößerung_2012-05-abgelaufen.pdf. Zugriffen: 30. Juli 2019
- DEGAM (2008) Demenz-DEGAM-Leitlinie Nr. 12. OP-omikron publishing. Düsseldorf. http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf
- DEGAM (2011) S3-LL Nr.15 Brustschmerz. AWMF-Reg.-Nr.053/023
- DEGAM (2014) Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin. Ziele, Kompetenzen, Methoden. Positionspapier. DEGAM, Frankfurt
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2012) DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Degam: Frankfurt am Main, S. 8. http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf. Zugriffen: 4. Sept. 2018
- DEGAM-S3-Leitlinie (2013) Gicht: Häufige Gichtanfälle und chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung. AWMF-LL Nr. 053-032a
- DEGAM Praxisempfehlung (2016) Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas/Übergewicht. Praxisempfehlung Nr. 2
- DEGAM S3-Leitlinie Schlaganfall (2019) <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>
- Dennis M, Bowen WT, Cho L (2019) Symptome verstehen. Interpretation klinischer Zeichen. Elsevier Deutschland
- Deuschl G, Bain P, Brin M et al (1998) Consensus statement of the movement disorder society on tremor. *Mov Disorders* 13(3):2–23
- Deuschl G et al (2016) Demenzen; S3-LL Langversion. AWMF-Reg.-Nr. 038-013

- Deutsche Dermatologischen Gesellschaft (DDG) (2017) LL Definition und Therapie der primären Hyperhidrose
- Deutsche Ges für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, BV der Ärzte für Orthopädie (2002) Kindlicher Knick-Senkfuß, 2. Aufl. S1-LL AWMF-Reg.Nr. 033/020. Dt Ärzte-Verlag, Köln
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) (2015) S3-NVL Unipolare Depression. Zuletzt verändert Juni 2017. www.depression.versorgungsleitlinien.de
- DGU (2017) Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten. Interdisziplinäre S3-LL. Langversion 1.1-2.AWMF Reg.-Nr. 043/044. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-044.html>. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Diederich J (2014) Diagnostisches Vorgehen bei Patienten mit Beinödemen. Eine qualitative Untersuchung. Inaugural-Dissertation. Fachbereich Medizin, Marburg
- Diener H-C, Westphal K (2013) Therapie von Muskelkrämpfen (Crampi). Fortschr Med, 2013;155(Suppl3):83–86
- Drossman DA, Dumitrascu DL (2006) ROME III: New Standard of Functional Gastrointestinal Disorders. J Gastrointest Liver Dis 15(3):237–241
- Düsing R, Middeke M (2018) Europäische Hypertonie-Leitlinie 2018: Ein Spiegel der schwierigen Datenlage. Dtsch Arztebl 115(26):A-1267 / B-1070 / C-1062
- Egger JW (2008) Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Praxis. Der lange Weg von der Psychosomatik zur aktuellen biopsychosozialen Medizin
- Eich W, Häuser W, Arnold B, Bernardy K, Brückle W, Eidmann U, Klimczyk W, Köllner V, Kühn-Becker H, Offenbacher M, Settan M, von Wachter M, Petzke F (2012) Das Fibromyalgiesyndrom. Schmerz 26:268–275
- Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-sexuelle-gesundheit-eksg.html>. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Eigenbrodt ML, Rose KM, Couper DJ et al (2000) Orthostatic Hypotension as a risk factor for stroke. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study 1987–1996. Stroke 31:2307
- Elger CE, Berkenfeld R et al (2017) Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter. DNG-S1-LL.AWMF-Reg.-Nr.030/041
- Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH (2006) Approach to leg edema of unclear etiology. J Am Board Fam Med 19(2):148–160
- Fairburn K, Bohn K (2005) Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome „not otherwise specified“ (NOS) category in DSM-IV. Behav Res Ther 43(6):691–701
- Falkensammer C, Madersbacher S (2018) Diabetische Neuropathie. Auch die Blase ist häufig betroffen. Allgemeinarzt 40(3):40–41
- FDA (1989) Fachverband Deutscher Allgemeinärzte. Frankfurter Programm, mod. 1987. Festschrift und Dokumentation. 10 Jahre FDA. FDA, Mainz
- Fealey RD, Low PA, Thomas JE (1989) Thermoregulatory sweating abnormalities in diabetes mellitus. Mayo Clin Proc 64:617–628
- Fink W, Haidinger G (2007) Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Z Allg Med 83:102–108
- Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D (2010) Braun Kasographie. (K)ein Fall wie der andere. Verlag Berger, Horn
- Firsching R et al (2015) Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter. S2e-LL Update 2015. AWMF-Register 008/001
- Frei P (2015) Differentialdiagnostik abdomineller Schmerzen. Praxis 104(18):959–965
- Fritsch P (2004) Dermatologie Venerologie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Führer D, Bockisch A, Schmid KW (2012) Euthyroid goiter with and without nodules—diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int 109(29–30):506–516
- Gaul C, Diener HC (Hrsg) (2016) Kopfschmerzen. Pathophysiologie, Klinik, Diagnostik, Therapie. Thieme, Stuttgart New York
- Gharib H et al (2010) American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: Executive Summary of recommendations. J Endocrinol Invest 33(5):287–291
- Glocker FX et al (2018) Lumbale Radikulopathie. S2k-LL Hrsg. Kommission LL Deutsche Ges Neurologie. AWMF-Reg.-Nr. 030/058
- Godt P, Godt Ch, Jendyk RM Schwindel (2017) In: Allgemeinmedizin und Familienmedizin 5. Aufl. (Hrsg. M. M. Kochen) Georg Thieme Verlag Stuttgart: 453–463
- v Gontard A (2014) Fütter- und Essstörungen bei jungen Kindern. Pädiatrie 4:8
- Graf D, Helmich-Kapp B, Graf S, Veit F, Lehmann N, Mann K (2012) Functional activity of autonomous adenoma in Germany. Dtsch Med Wochenschr 137(41):2089–2092
- Gürkov R (2016) Menière and friends: Die Hydropische Ohrerkrankung. 87. Jahresversammlung Deutsch Ges HNO-Heilkunde, Kopf-und Hals-Chirurgie. (<https://www.egms.de/static/de/meetings/hnod2016>)
- Gutt C, Jenssen Ch, Barreiros A-P, Götze TO, Stokes CS, Lynen-Jansen P, Neubrand M, Lammert F (2017) S3-LL Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. AWMF-Reg.-Nr. 021-008
- Hagemann G, Witte OW (2006) Differentialdiagnose und Therapie der Epilepsie im Alter. NeuroGeriatric 3:63–69
- Harder H (2005) Meteorismus und gezielte Therapieansätze. Dtsch Arztebl 102(47):A 3264–A 3270
- Hardt R, Schmidt E (2014) Herz- und Kreislauferkrankungen im Alter. Leit-symptome, Management, Therapiepläne. In: Landendörfer P, Mader FH (Hrsg) Praktische Geriatrie, Bd. 4. Kirchheim Verlag, Mainz
- Harris T, Lipsitz LA, Kleinman JC et al (1991) Postural change in blood pressure associated with the age and systolic pressure: The National Health and Nutrition Examination Survey II. J Gerontol 46:M159
- Harvey WP (1993) Cardiac pearls Newton. Laennec Publishing, Fairfield, New Jersey
- Hausen Th (2018) Pneumologie für die Praxis. Akute und chronische Atemwegserkrankungen mit Besonderheiten im fortschreitenden Alter. Elsevier, München
- Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Henningsen P (2012) Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-LL. AWMF-Reg. 051–001
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (2018) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 38:1–211
- Heckmann J. G. et al. (2017) S2k-Leitlinie Therapie der idiopathischen Fazialisparese (Bell's palsy). In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie
- Hegemann T, Eia A, Tomson P, Canavan B, Kruse W (2000) Familienmedizin für die Praxis. Schattauer, Stuttgart, New York
- Heite H-J, Wokalek H (1980) Männerheilkunde. Andrologie. Gustav Fischer, Stuttgart New York
- Heldner MR, Arnold M, Gralla J, Fischer U (2012) Management of transient ischemic attack (TIA) and acute stroke. Praxis 101:389–397. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000866>
- Heppner HH (2013) Dyspnoe im Alter. Kardiale oder pulmonale Atemnot? Allgemeinarzt 35(6):16–20
- Herrmann Ch, Rüger U (1999) Funktionelle Störungen – Funktionelle Herzbeschwerden. Dtsch Arztebl 96(3):A-131 / B-108 / C-105
- Hinterwimmer S, Kanz KG (2002) Gültigkeitsprüfung der Ottawa Knee Rules für Standard-Röntgenaufnahmen bei akuten Knieverletzungen. Unfallchirurg 105:624–625
- Hohmann Ch, Pfister R, Michels G (2018) Immer wieder Schwindelattacken. MMW Fortschritte der Medizin 6:40–42
- Holmes et al (2005) Performance of the pediatric glasgow coma scale in children with blunt head trauma. Acad Emerg Med 12(9):814–819
- Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B (2005) Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl 102(1-2):A-50 / B-40 / C-38
- Hopf HC, Deuschl G, Diener HC, Reichmann H (Hrsg) (1999) Neurologie in Klinik und Praxis, 3. Aufl. 2 Bd. Thieme, Stuttgart
- IQWi G (Hrsg) (2017) Hormonelle Verhütungsmittel. Inst f Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Erstellt 29.10.2008. Aktualisiert 14.6.2017

- Israel S (1999) Herzkreislaufsystem. In: Badtke G (Hrsg) Lehrbuch der Sportmedizin, 4. Aufl. UTB, Stuttgart
- Ittrich H, Bockhorn M, Klose H, Simon M (2017) Diagnostik und Therapie von Hämoptysen. Dtsch Arztebl Int 114:371–381
- Iwen KA et al (2011) Adipositas - Valider Prädiktor für das kardiometabolische Risiko? Der Internist 52:352
- Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N et al (1994) Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl J Med 331:69–67
- Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN et al (2007) Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet 369(9558):283–292
- Jorch G et al (2011) Hirn-Trauma im Kindesalter. AWMF S2k-LL Register 024/018
- Kalitzkus V, Vollmar HC (2016) Familienmedizin in der Hausarztpraxis. Eine Delphi-Studie zur Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsdefinition. Z Allg Med 92(5):208–212
- Kern WV (2007) Wenn Fieber kein banaler Infekt ist. Fahndung nach Ursachen der Temperatursollwertverstellung. Notf Hausarztmedizin 33:414–421
- Klawitter B (2006) Inaugural-Dissertation: Substitution von Thyroxin im Vergleich zu einer Kombination von Trijodthyronin und Thyroxin bei Patienten mit sekundärer Hypothyreose – eine randomisierte, kontrollierte crossover Studie. Med Universitätsklinik, Freiburg
- Klimm HD, Peters-Klimm F (2017) 5. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart
- Knoll Th, Bach Th, Humke U, Neisius A, Stein R, Schönthaler M, Wendt G (2015) S2k.LL Urolithiasis: Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe. AWMF-Reg. Nr.043–025
- Knorr MFH (2012) Praxishilfen Praktische Geriatrie. Der ältere Patient bei Hausarzt. Sinnesstörungen. Hören, Sehen, Gleichgewicht halten, Schmecken. Kirchheim Verlag, Mainz
- Kolominsky-Rabas PL, Wiedmann S, Weingärtner M, Liman TG, Endres M, Schwab S, Buchfelder M, Heuschmann PU (2015) Time Trends in Incidence of Pathological and Etiological Stroke Subtypes during 16 Years: The Erlangen Stroke Project. Neuroepidemiology 44:24–29. <https://doi.org/10.1159/000371353>
- Kozel B (2013) Evidenzbasierte Pflege von suizidalen Menschen. Universitäre psychiatrische Dienste. Bern
- Krämer J, Grifka J (2002) Orthopädie, 6. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Krämer BK, Hausberg M, Sanner B et al (2017) Blutdruckmessung und Zielblutdruck. Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL/Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention. Dtsch Med Wochenschr 142:1446–1447
- Kühlein Th, Maibaum Th, Klemperer D (2018) Quartäre Prävention oder die Verhinderung nutzloser Medizin. ZFA 94(4):174–178
- Landendörfer P (2010) Gedächtnisstörungen. Diagnostik, Behandlung, Betreuung. In: Landendörfer P, Mader FH (Hrsg) Praktische Geriatrie, Bd. 1. Kirchheim Verlag, Mainz
- Lankisch PG et al (2006a) Leitsymptom Diarrhö. Dtsch Arztebl 103(5): A 261–9
- Lankisch PG, Mahlke R, Lübbers H (2006b) Das akute Abdomen aus internistischer Sicht. Dtsch Arztebl 103: A2179–2187
- Lawall H, Huppert P, Rümenapf G (2015) Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. S3-LL AWMF-Reg.-Nr.065/003
- Layer P, Andresen V, Pehl C et al (2011) Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie; S3-LL AWMF-Nr.021/016. Z Gastroenterol 49:237–293
- Lindemuth et al (2016) Crampi/Muskelkrampf. S1-LL. AWMF-Reg. Nr. 030/037. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-037.html>. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Lorenz C et al. (2015) S2k-Leitlinie: Akutes Skrotum im Kindes- und Jugendalter
- Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wacksman J, Sheldon CA (1995) Evaluation of acute scrotum in the emergency department. J Pediatr Surg. 30:277–81. discussion 81–2
- Mader FH (2014) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitungen in Diagnostik, Therapie und Betreuung. Facharztprüfung Allgemeinmedizin, 7. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Mader FH, Riedel B (2018) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung. Mit Fragen zur Facharztprüfung, 8. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Mader FH, Weißgerber H (1992) Funktionelle Herzbeschwerden. Klassifizierung als Polymorphe Kardiopathie oder Präkordialschmerz. Allgemeinarzt 9:864
- Mader FH, Landendörfer P, Förstl H (2009) Demenz: Herausforderung für den Hausarzt. Diagnostik, Therapie und Betreuung. Geriatr Journal Teil I (3):17–20 (Teil II (4) 31–35)
- Maier KP (2015) Erhöhte Leberwerte. Wie weiter? Update 2015. https://www.dr.falkpharma.de/uploads/tx_tocme2/FGK_1_15_Maier_Screen.pdf. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Mainz A (2013) Nicht-sichtbare Hämaturie. DEGAM-S1-Handlungsempfehlung. AWMF-Reg.-Nr. 053/028
- Mall M (2015) Tachykardie des Neugeborenen. Bay Arztebl 10:485
- Markwalder K, Hatz C, Raeber PA (1995) Die Tropenrückkehrer in der Praxis. Schweiz Med Wochenschr 125:163–170
- Mayer T (2018) Erstes Anfallsereignis. Beginnende Epilepsie oder nicht? Allgemeinarzt 5:48–51
- Mayer Th (2012) Anfallserkrankungen. Es muss nicht immer Epilepsie sein. Allgemeinarzt 32(2):12–15
- Mellies U (2017) Schlafstörung beim Kind. Schwerer zu erkennen als bei Erwachsenen. Allgemeinarzt 39(17):52–56
- Meyer F (1996) Blutdruckmessung des Patienten als diagnostisches Hilfsmittel. Allgemeinarzt 18
- Meyer F (2014) Zur vestibulären Diagnostik schwindelkranker Senioren im hausärztlichen Setting. Primary Care 14(3):46–47
- Meyer F, Meyer E (2017) Hörsturz hinter Klostermauern. Allgemeinarzt 16:116–118
- Middeke M (2017) Arterielle Hypertonie. Das Leid mit den Leitlinien. Dtsch Arztebl 114(49):A-2344
- Mikat-Stevens NA, Larson IA, Tarini BA (2015) Primary-care providers' perceived barriers to integration of genetics services: a systematic review of the literature. Genet Med 17:169–176
- Moerchel Ch (2011) Tiefe Venenthrombose. Allgemeinarzt 2:30–32
- Mücke U, Mücke M, Stieber Ch, Klawonn F, Lechner W, Grigull K (2018) Seltene Erkrankungen. Diagnose-Hilfen für Hausärzte. Allgemeinarzt 13:14–16
- Mühlbacher J, Klinger M (2013) Das Kompartmentsyndrom des Unterschenkels – Diagnostik und Therapie. Zeitschrift Für Gefäßmedizin 10(2):7–14
- Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakina AG, Cappelleri JC, Hvidsten K (2007) Validation of the erection hardness score. J Sex Med 4(6):1626–1634
- Müller P, Heyland K (2011) Abklärung und Therapie der Obstipation im Kindesalter. Paediatrica 22(3):25–26
- Müller-Bühl U (2017) Phlebothrombose. In: Klimm H-D, Peters-Klimm F (Hrsg) Allgemeinmedizin. Der Mentor die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. Thieme, Stuttgart New York
- Murtagh J (2001) General practice, 2. Aufl. Ed McGraw-Hill, Sidney, S 246–266
- NVL (2017) Chronische Herzinsuffizienz. Nationale Versorgungsleitlinie. Langfassung, 2. Aufl. Vers. 3. AWMF-Reg. Nr. nvl-006
- NVL (2017) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. S3-Nationale Versorgungsleitlinie (NVL), 2. Aufl.
- Panse J, Brümmendorf TH (2018) Wer braucht Eisen? Allgemeinarzt 40(10):44–48
- Petri-Schreiber I (2005) Untersuchungen zur Blasenfunktion bei Kindern mit Enuresis. Fachbereich Medizin. Justus-Liebig-Universität, Gießen (Inauguraldissertation)
- Prautzsch H, Joos St (2017) Reduktion von Lungenembolien und Thrombosen bei hormoneller Kontrazeption? ZFA 93(9):342–347
- Prehn-Kristensen A (2018) Nichtorganische Schlafstörungen. S1-LL. AWMF-Reg.028/012

- Rabady S (2012) Beratungsanlass Beinschwellung. Differenzialdiagnostik in der Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 88(10):414–418. <https://doi.org/10.3238/zfa.2012.0414-0419>
- Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K, Schuldt K, Stang A, Poncar C et al (2003) Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 32(1):1–14
- Rabe T et al (2013) Depogestagene zur Kontrazeption bei der Frau. Gemeinsame Stellungnahme DGGEF und BVF. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 10(1):18–42
- Reim F, Ziegler U, Förch G, Stich A (2016) Flüchtlinge beim Hausarzt. Wichtige Infektionskrankheiten. *Allgemeinarzt* 17:16–23
- Riedl B, Peter W (2017) Basiswissen Allgemeinmedizin. Springer, Berlin Heidelberg
- Riemann D, Nissen C (2012) Sleep and Psychotropic Drugs. In: Morin CM, Espie CA (Hrsg) *Oxford handbook of sleep and sleep disorders*. Oxford Univ, Oxford
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013) Arthrose. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 54. RKI, Berlin
- Roche (2014) Kompendium der Urinanalyse. Urinstreifen und Mikroskopie
- Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM (1999) Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 11(6):319–326
- Rothe C et al (2019) Malariaphylaxe. Empfehlungen des Ständigen Ausschusses Reisemedizin (StAR) der DTG. *Flug u Reisemed* 26(3):105–132
- Roßhart S, Spangenberg HC (2011) Arzneimitteltoxische Hepatitis. *Falk Gastro Koll* 2:33–52
- Sander M, Gerlach K (2013) S1-Leitlinie Akuter Durchfall. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. AWMF-Registernr. 053/030
- Saurer G, Scherr D (2018) Synkopen-Empfehlungen. Die neuen Guidelines der ESC. *J Kardiologie* 25:295–296
- Schacherer D (2016) Ultraschall des Abdomens. Indikation beim alten Patienten. *Allgemeinarzt* 38(20):22–26
- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012) Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. AWMF-LL. Nr.051/001. Kurzfassung. *Dtsch Arztebl Int* 109(47):803–813. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
- Scherer M, Chenot J-F (2007) Die körperliche Untersuchung bei Nackenschmerzen. *CME* 83:507–521
- Scherer M, Plat E, Wollny A (2009) DEGAM LL Nr. 13. Diagnostik und Therapie von Nackenschmerzen. *Z Allg Med* 85(12):498–507
- Schlereth et al (2009) Hyperhidrose. *Dtsch Arztebl Int* 106(3):32–37. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0032>
- Schmidt-Voigt J (1985) Herz-Kreislauf-Funktionstests in der Praxis. Durchführung Auswertung. In: Mader FH (Hrsg) *Praxishilfen*, Bd. 6. Kirchheim Verlag, Mainz
- Schneider M, Krüger K (2013) Rheumatoide Arthritis. Frühdiagnose und Krankheitskontrolle. *Dtsch Arztebl Int* 110(27–28):477–484. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0477>
- Schübel J, Voigt K, Bründel K-H, Bergmann A (2016) Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis. DEGAM-S2k-LL Nr. 18. AWMF-Reg.-Nr.053-046
- Schüttfort V, Reiß C-P, Sadat-Khonsari M (2018) Asymptomatische Mikrohämaturie. Harmlos oder alarmierend. *Allgemeinarzt* 40(9):16–19
- Schwarze M, Schiltenswolf M (2017) Chronische Rückenschmerzen. Ab in die Psycho-Ecke? *Allgemeinarzt* 39(20):46–48
- Schweiger U, Salbach-Andrae H, Hagenah U, Tuschen-Caffier B (2010) S3-LL Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Reg.-Nr. 051/026
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB (2008) Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 112(5):970–978. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>
- Smolle J, Mader FH (2005) Beratungsproblem Haut. Diagnostik, Therapie und Pflege im Praxisalltag, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ständer S et al (2017) Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus. S2k-LL. AWMF-Register 013/048
- Stiefel P (2017a) So klären Sie erhöhte Leberwerte ab. *Mmw-fortschr Medizin* 159:18
- Stiefel P (2017b) "Bin so müde und schlapp": Befindlichkeitsstörung oder Alarmsymptom? *Mmw Fortschr Med* 159:56
- Stöberl C (2011) Klinische Differenzialdiagnose der Beinschwellung. Ein Leitfaden für die Praxis. *Z Gefäßmed* 8(1):11–18
- Stoll W, Rudolf GAE (2001) Schwindelerkrankungen: Ein Check-up-Konzept für die Praxis. Münster
- Straub RH (2018) Altern, Müdigkeit und Entzündungen verstehen. Springer, Berlin Heidelberg
- Taube K-M et al (2018) Psychosomatische Dermatologie. S1-LL. AWMF-Reg. Nr. 013/024 (Erstveröffentlichung 2012)
- Teresi J, Abrams R, Holmes D et al (2001) Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:613–620
- Tibaldi JM, Surks MI (1985) Effects of nonthyroidal illness on thyroid function. *Med Clin North Am* 69(5):899–911
- Torklus D, Hermann B (1997) Die kranke Schulter. *Allgemeinarzt* 19:26–40
- Trojan L (2018) Vermehrter Harndrang (Pollakisurie). <http://www.urologie.uni-goettingen.de/informationen/vermehrterharndrang.php>. Zugriffen: 11. Sept. 2018
- Universität Witten (2005) Demenz – evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie. Vers 5. Med Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke, Witten
- Vaccarella S et al (2016) Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med* 375:614–617
- Weber F, Grupp P (2012) Praktische Geriatrie. Ernährungsstörungen. Essen, Trinken, Sondenkost. Kirchheim Verlag, Mainz
- de Weerth C, Fuentes S, Puylaert Ph, de Vos W (2013) Intestinal Microbiota of infants with colic: development and specific signatures; 131(2):550–8. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1449>
- Wessel Skovlund C, Mørch LS, Kessing LV, Lange T, Lidegaard Ø (2018) Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. *Am J Psychiatry* 175(4):336–342. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060616> Epub 2017 Nov 17
- WHO-Definition für Sexuelle Gesundheit (2010) <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS (1997) Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 12:439–445
- Wienert V (2002) Proctalgia fugax. S1-LL. AWMF-Reg.Nr. 081/003 (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-003.pdf)
- Wiest R (2008) Erhöhte Transaminasen. Wann ist welche Diagnostik nötig? <http://www.bayerischerinternistenkongress.de/bik2015/vor-traege-2008/Wiest.pdf>. Zugriffen: 30. Juli 2019
- Wirth et al (2014) Prävention und Therapie der Adipositas. interdisz. S3-LL. Hg DAG, DDG, DGE, DGEM. Vers. 2.0. AWMF-Reg.-Nr.050/0014
- Wolff H, Fischer TW, Blume-Peytavi U (2016) Diagnostik und Therapie von Haar- und Kopfhauterkrankungen. *Dtsch Arztebl Int* 113:377–386. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.037>
- Zeigler A (2010) Plötzliche Bewusstlosigkeit. Was spricht für eine Synkope? *Allgemeinarzt* 32(18):40–42

Serviceteil

[Stichwortverzeichnis](#) – 278

Stichwortverzeichnis

A

Abbau, intellektueller 260
 Abbauprozess 222
 ABCD²-Score 251
 Abdomen
 – akutes 138, 143
 – Auskultation 138
 Abdomenopathie 28, 143, 148
 Abdominaltumor 118
 Abgeschlagenheit 75
 Absenzen 194, 238
 Absicherung
 – rechtliche 14, 42
 Abwartendes Offenlassen 4, 12, 143
 Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV) 2, 4, 11, 21, 30, 41
 – Beispiele 11
 ACE-Hemmer 117
 Achillessehnenreflex 94
 ACR/EULAR-Klassifikationskriterien 76
 Adams-Stokes-Anfall 217, 219
 Adipositas 28, 103, 108, 158, 206
 Adnexitis 140, 173
 Aerophagie 148
 Afebrile Allgemeinreaktion (AFAR) 48
 Afebriler Husten 52
 Affektanfall 219
 Agranulozytose 167
 Akne 160
 Aktionstremor 199
 Akustikusneurinom 195, 254
 Akute respiratorische Erkrankung 28
 Alarmsymptom 11, 68, 89, 94, 105, 122, 132, 146, 158, 211, 251, 269
 Alarmzeichen 204
 Albtraum 214
 Algurie 28, 171, 173
 Alkoholabhängigkeit 268
 Alkoholentzug 193
 Alkoholhepatitis 150
 Alkoholintoxikation 265
 Alkoholkonsum 132
 Alkoholkonsumstörung 252
 Alkoholkrankheit 106, 130, 199, 217, 222, 240
 Alkoholmissbrauch 118, 150, 166, 209, 269
 Allergie 160
 Allergietest 124
 Allergisches Medikamentenfieber 49
 Allgemeinmedizin 2
 – Definition 2
 – Fachsprache 4
 Alltagsroutine 23
 Alopecia areata 156
 – diffusa 156
 Alopezie
 – androgenetische 156
 Altersschwäche 222
 Altersschwindel 105
 Alveolitis 123
 Alzheimer Demenz 221
 Ambulantes Blutdruckmonitoring 107, 108, 165, 196
 Aminkolpitis 180
 Amnesie
 – retrograde 265
 Amöbenabszess 242
 Amyotrophie 80
 Analfissur 152
 Analfistel 152
 Analkarzinom 152
 Analthrombose 152
 Anämie 28, 50, 105, 115, 120, 169, 233, 239
 – hypochrome 169
 – perniziöse 169, 187
 Anamnese 8
 Anamnestik 8, 41
 Anfall 28, 219
 – akuter symptomatischer 192
 – epileptischer 192, 252
 – psychogener 192, 217
 Angebot
 – strukturiertes 34
 Angina intestinalis 138
 Angina pectoris 63, 128
 Angst 115
 Angsterkrankung 187, 193
 Angststörung 105, 113, 186, 190, 199, 269
 Angulus infectious oris 96
 Ankle-Brachial-Index 224
 Anlaufschmerz 84
 Anorexia nervosa 268
 Anorexie 132, 154, 209, 268
 Anorgasmie 181
 Anpassungsstörung 113, 190, 249
 Antibabypille 175
 Anti-CCP-Antikörper 76
 Antikonzeptiva 175, 178
 Antriebsarmut 127
 Anwendungsziel 27
 AO 4 *Siehe* Abwartendes Offenlassen
 Aortenaneurysma 66, 68, 138, 140
 Aortendissektion 111
 Aortenisthmusstenose 108
 Aphasie 222
 Aphthe 166
 Aphthöse Stomatitis 49, 230
 Apnoe 53
 Apoplex 28, 128, 251
 Appendizitis 11, 50, 98, 130, 132, 136, 138, 140, 144
 Appetitlose Kinder 28
 Appetitlosigkeit 209, 268
 Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) 21
 Armvenenthrombose 80
 Arrhythmie, tachykardie 115
 Arteriitis temporalis 75, 211
 Arthritis
 – reaktive („postinfektiöse“) 73
 – rheumatoide 73, 75, 85
 – septische 73
 Arthritis urica 73, 82
 Arthropathie 28, 73, 235
 Arthrose 28, 66, 69, 71, 84, 260
 Arthrosis deformans 84
 Arzneimittelexanthem 160
 Arzneimittelfieber 50

Arzneimittelreaktion 130
 Arzneimitteltoxizität 150
 Arzt-Patienten-Kontakt 49
 ASH 150
 Assessment, geriatrisch 162, 260
 Assessmentinstrument 261
 – geriatrisches 261
 Asthma 28, 52, 120, 122
 Asthma, allergisches 123
 Asthma COPD Overlap (ACO) 122
 Aszites 206
 Ataxie 198
 Atemnot 28, 108, 120
 Atherosklerose 224
 Atypischer Krankheitsverlauf 11
 Audiometrie 165, 196
 Aufklärung 59, 138
 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 209
 Auge
 – rotes 263
 – trockenes 263
 Augen 28
 Augenprobleme 263
 Ausfluss 28, 180
 Ausscheidungsfähigkeit 260
 Ausschlag 28
 Autoimmunerkrankung 75, 167, 255
 Autoimmunthyreoiditis 233

B

Babinski-Reflex 194, 196, 198, 221, 253, 267
 Bagatelle 13, 23
 Baker-Zyste 227
 Bakteriurie 173
 Banalität 13, 38
 Bandscheibe 28
 Bandscheibenschaden 68, 71, 89
 Bandscheibenvorfall 66, 71, 87, 89, 94
 Barthel-Index 261
 Basilarismigräne 217
 Bauch 36
 Bauchaortenaneurysma 136, 143
 Bauchkrämpfe 28, 136
 Bauchschmerzen 28, 138, 140, 143
 BE 4 *Siehe* Beratungsergebnis (BE)
 Befindlichkeitsstörung 245
 Befreiungsmanöver 106
 Befunderhebungsfehler 16
 Begleitsymptom 245
 Bein 37
 – geschwollenes 28, 227
 Beinbeschwerden 235
 Beinkrampf 228
 Beinlängendifferenz 67, 69, 71, 72, 94, 235
 Beinödem 28, 29, 117
 Beinschmerzen 89, 224, 235
 Beinschwellung 227
 Beinschwellungen 117
 Beinvenenthrombose
 – tiefe 117, 227
 Belastung, emotionale 120

Belastung, familiäre 245
 Belastungsdyspnoe 102
 Belastungsreaktion 189
 Belastungsschmerz 84
 Belastungsstörung 113
 Benommenheit 105
 Beobachten
 – aufmerksames 12
 Beratung 5
 Beratungsanlass (BA) 5, 9, 35, 40
 Beratungsergebnis (BE) 4, 5, 9, 48
 – konkurrierendes 4
 Beratungskomplex 36
 Beratungsproblem 4, 5, 9, 34
 Beratungsursache (BU) 4, 5, 9, 21, 48
 – vorgeschobene 10, 186, 214, 257
 Beschwerdebild
 – ähnliches 4, 30
 Beschwerden, familiär bedingte 248
 Beschwerden, klimakterische 182, 187
 Beschwerden, psychogene 169
 Beuge- und Strecksynergismen 265
 Bewegungsapparat 36
 Bewegungsmangel 252
 Bewusstlosigkeit 28, 216, 265
 Bewusstseinsstörung 192
 Bewusstseinsstrübung 265
 Bild einer Krankheit 6, 10, 38
 Bindehautentzündung 263
 Binge-Eating-Störung 268
 Bioimpedanzanalyse 208
 Bipolare affektive Störung 187
 Bipolare Störung 249
 Bizepssehnenläsion 80
 Bizepssehnenruptur 78
 Blähungen 28, 148
 Blase
 – diabetische 171
 – überaktive 171
 Blasenentzündung 173
 Blasenstörung 89, 94
 Blasenwanddilataion 171
 Blässe 239
 Blutarmut 28
 Blutdruckerhöhung 108 *Siehe* Hypertonie
 Bluthusten 111, 125
 Blutspucken 28, 125
 Blutung
 – extradurale 263
 – subdurale 263
 Blutung, chronische 240
 Blutung, intrakranielle 266
 Blutung, subdurale 263
 BNP 102
 Body-Mass-Index (BMI) 206
 Borreliose 73, 76, 85, 89, 92, 197
 Bouchard-Arthrose 84
 Brachialgia paraesthetica 87
 Brachialgia paraesthetica nocturna 87, 197
 Brechdurchfall 28, 130, 242
 Bronchialkarzinom 52, 125
 Bronchiektasen 125
 Bronchitis 57, 125
 – akute 52
 – chronisch obstruktive 122
 Bronchoskopie 54, 58, 126
 Bronchospasmodiolysetest 122
 Brucellose 242

Brustschmerz 63
 Brustwandsyndrom 28, 63
 Bruxismus 213
 B-Symptomatik 154, 158
 BU 4 *Siehe* Beratungsursache (BU)
 Bulbuskontusion 263
 Bulimie 269
 Burning-Mouth-Syndrom 169
 Burnout-Syndrom 189
 Bursitis
 – calcarea 78
 – subacromialis 79
 Bursopathien 73, 75, 235

C

C6-Syndrom 79
 C7-Syndrom 79
 Campylobacter jejuni 134, 242
 Canolitholithiasis 106
 Candidose 166
 Catarrhal child 57
 CED 148
 CEDE 140
 Centor-Score 55
 Chagas-Krankheit 242
 Charcot-Fuß 235
 Checklisten
 – Nr. 1 Fieber 51
 – Nr. 2 Husten 54
 – Nr. 3 Halsschmerzen 56
 – Nr. 4 Luftwege 58
 – Nr. 5 Pseudokrupp 60
 – Nr. 6 Interkostalneuralgie 62
 – Nr. 7 Thoraxschmerzen 64
 – Nr. 8 Lumbalschmerzen 67
 – Nr. 9 Kreuzschmerzen 70
 – Nr. 10 Glutäalschmerzen 72
 – Nr. 11 Arthropathie 74
 – Nr. 12 Polyarthrit 77
 – Nr. 13 Schulterschmerzen 81
 – Nr. 14 Gicht 83
 – Nr. 15 Arthrose 86
 – Nr. 16 Polyarthrit 88
 – Nr. 17 Bandscheibenschaden 91
 – Nr. 18 Fazialislähmung 93
 – Nr. 19 Ischialgie 95
 – Nr. 20 Mundwinkelentzündung 97
 – Nr. 21 Lymphadenitis 99
 – Nr. 22 Knieverstauchung 101
 – Nr. 23 Herzinsuffizienz 104
 – Nr. 24 Schwindel 107
 – Nr. 25 Hypertonie 109
 – Nr. 26 Herzschmerzen 112
 – Nr. 27 Polymorphe Herzbeschwerden 114
 – Nr. 28 Tachykardie 116
 – Nr. 29 Beinödeme 119
 – Nr. 30 Dyspnoe 121
 – Nr. 31 Asthma-COPD-Emphysem 124
 – Nr. 32 Blutspucken 126
 – Nr. 33 Hypotonie 129
 – Nr. 34 Brechdurchfall 131
 – Nr. 35 Erbrechen 133
 – Nr. 36 Durchfall 135
 – Nr. 37 Bauchkrämpfe 137
 – Nr. 38 Oberbauchschmerzen 139
 – Nr. 39 Unterbauchschmerzen 142
 – Nr. 40 Abdomenopathien 145
 – Nr. 41 Obstipation 147
 – Nr. 42 Blähungen 149
 – Nr. 43 Hepatopathie 151
 – Nr. 44 Proktalgie 153
 – Nr. 45 Pruritus 155
 – Nr. 46 Haarausfall 157
 – Nr. 47 Schwitzen 159
 – Nr. 48 Hautausschlag 161
 – Nr. 49 Ohrenscherzen 163
 – Nr. 50 Ohrgeräusche 165
 – Nr. 51 Stomatitis 168
 – Nr. 52 Zungenbrennen 170
 – Nr. 53 Pollakisurie 172
 – Nr. 54 Algurie, Dysurie 174
 – Nr. 55 Hormonelle Verhütungsmittel 177
 – Nr. 56 Pillenroutinekontrolle 179
 – Nr. 57 Fluor 181
 – Nr. 58 Klimax 183
 – Nr. 59 Skrotum 185
 – Nr. 60 Depression 188
 – Nr. 61 Nervöse Erschöpfung 191
 – Nr. 62 Epilepsie 194
 – Nr. 63 Morbus Menière 196
 – Nr. 64 Multiple Sklerose 198
 – Nr. 65 Tremor 200
 – Nr. 66 Psychosoziale Genese 202
 – Nr. 67 Tabula diagnostica 205
 – Nr. 68 Adipositas 208
 – Nr. 69 Appetitlosigkeit 210
 – Nr. 70 Kopfschmerzen 213
 – Nr. 71 Schlaflosigkeit 215
 – Nr. 72 Synkope 218
 – Nr. 73 Anfälle 220
 – Nr. 74 Demenz 223
 – Nr. 75 Claudicatio intermittens 226
 – Nr. 76 Phlebothrombose 229
 – Nr. 77 Lymphknotenvergrößerung 231
 – Nr. 78 Schilddrüse 234
 – Nr. 79 Fußbeschwerden 236
 – Nr. 80 Muskelkrämpfe 238
 – Nr. 81 Anämie 241
 – Nr. 82 Tropenrückkehrer 244
 – Nr. 83 Müdigkeit 247
 – Nr. 84 Familienproblematik 250
 – Nr. 85 Schlaganfall 253
 – Nr. 86 Hörverlust, akut 256
 – Nr. 87 Sexualität 259
 – Nr. 88 Geriatrie 262
 – Nr. 89 Augen 264
 – Nr. 90 Kopfprellung 267
 – Nr. 91 Essstörung 270
 – Nr. 92 Suizidalität 272
 Cheilitis angularis 96, 241
 Chemotherapie 156
 China-Restaurant-Syndrom 79
 Chirodiagnostik 61
 Chlamydien 73
 Chlamydien-Zervizitis 141, 180
 Cholangiopathie 148
 Cholangitis 138
 Choledocholithiasis 138
 Cholestase 150
 Cholezystitis 50, 138
 Cholezystopathie 148
 Chondroosteopathia costalis 113
 Chronic fatigue syndrome 245
 Chronisches Müdigkeitssyndrom 245

Claudicatio intermittens 28, 224, 237
 Claudicatio spinalis 224
 Clostridium difficile 134
 Clusterkopfschmerz 211
 Coccygodynie 69
 Colitis 75, 255
 – hämorrhagische 134
 – ulcerosa 134
 Coloskopie 131, 137, 139, 142, 145, 147, 149, 153, 205, 241
 Commotio cerebri 265
 COPD 28, 52, 103, 120, 122
 Costochondritis 63
 Coxarthrose 65, 84
 Coxsackie-A-Virus 166
 CRP-Wert 52
 Cushing-Syndrom 108, 206

D

Darmerkrankung
 – chronisch-entzündliche 140
 Darmgrippe 28
 Darmkatarrh 134
 Darmverschluss 136, 146
 D-Dimere 227
 Defäkographie 146
 Defizit, kognitives 189
 DEGAM 2, 20, 21
 Dehydratation 134
 Dekompensation, kardiale 117
 Delir 222, 252
 Demenz 28, 186, 190, 209, 221, 260, 269
 – vaskuläre 221
 Demenz-Detektions-Test (DemTect) 221, 261
 Dengue-Fieber 242
 Dennie-Morgan-Falte 160
 Densitometrie 205
 Depression 28, 113, 148, 154, 176, 182, 186, 189, 193, 201, 206, 209, 214, 222, 233, 245, 260, 268, 271
 Dermatitis
 – atopische 154, 160
 Dermatoze 160
 Desogestrel 175
 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2
 Diabetes mellitus 82, 92, 146, 154, 169, 171, 203, 245, 255, 258, 268
 Diabetische Neuro-Osteo-Arthropathie 235
 Diadochokineseversuch 107
 Diagnose 5, 10, 21, 42
 Diagnosefehler 16
 Diagnostik 5, 41
 – individuelle 6
 – intuitive 5, 6, 20, 61
 – örtliche 61
 – programmierte 2, 4, 7
 Dialyseenzephalopathie 222
 Diaphanoskopie 185
 Diarrhö 28, 134
 Dienogest 175
 Differenzialdiagnostik 5, 30
 Dimension, bio-psycho-soziale 245
 Diphtherie 59
 Diplakusis 254
 Diskopathie 28, 89

Diskushernie 89
 Diskusprolaps 87
 Distress 61
 Distale Klavikulaosteolyse 79
 Distorsio genus 100
 Divertikulitis 136, 143
 Dokumentation 14, 37, 39, 42, 265
 Dokumentationspflicht 14
 Doppelbilder 263, 265
 Dopplersonographie 109, 119, 223, 226, 259
 Dornwarze 235
 double devil 71
 Down-Syndrom 96
 Dranginkontinenz 171
 Drehschwindel 164, 254
 Dreimonatskolik 136, 143
 Dreimonatsspritze 175
 Dringlichkeit 34, 38
 Drogenabhängigkeit 269
 Drogenkonsum 106, 132, 195, 209, 214
 Drogenproblem 199
 Drogenrausch 265
 drop attacks 105
 Drospirenol 175
 Druckerhöhung
 – intrakranielle 212
 Duodenitis 138
 Duplexsonographie 109, 119, 223, 225, 227, 238, 259
 Durchblutungsstörung
 – zerebrale 251
 Durchblutungsstörung, zerebrale 251
 Durchfall 28, 130, 134, 138, 141, 242
 Dysfunktion
 – kraniomandibuläre 164
 Dyspareunie 180, 257
 Dyspepsie
 – funktionelle 144, 148
 Dyspnoe 28, 102, 120
 Dystonie 237
 Dysurie 28, 171, 173

E

EBV 230
 EDV 38, 39
 EEG 192
 Effluvium 28, 156
 EHEC 134, 135
 Eilfall 254
 Einflussfaktoren
 – psychosoziale 69
 Ein-Jahres-Statistik 3
 Ein- und Durchschlafstörungen 214
 Eisenmangel 169, 239
 Eisenmangelanämie 96, 154, 156, 239, 245
 Ejaculatio praecox 257
 Ekzem
 – atopisches 154
 Elektrokardiogramm
 – Belastung 104, 109, 112
 – Langzeit 107, 109, 112, 116, 165, 196, 205, 208
 – Ruhe 62, 64, 77, 81, 104, 107, 109, 112, 114, 116, 119, 121, 126, 129, 133, 137, 139, 142, 145, 194, 196, 205, 208, 213, 215, 218, 220, 223, 226, 234, 253, 262
 – Stehen 129, 218

Elektrolytstörung 245
 Elektromyographie 238
 Elektroneurographie 70, 72, 95, 238
 Empfehlung 20
 Emphysem 28, 103, 122
 Empyem 80
 Endangitis obliterans 224
 Enddarm 28
 Enddarmbeschwerden 152
 Endocarditis 50
 – lenta 245
 Endometriumkarzinom 180
 Engpasssyndrom 80
 Enthesiopathie 75
 Entzugssymptomatik 158
 Enuresis nocturna 173
 Enzephalopathie 105
 Eosinophilie 160
 Epididymitis 184
 Epigastralgie 138
 Epiglottitis 59
 Epilepsie 28, 105, 192, 216, 219, 266
 Episkleritis 77
 Epistaxis 125, 241
 Epstein-Barr-Virus 73, 98
 Erbrechen 28, 130, 132, 136, 138, 141
 Erection Hardness Scores (EHS) 258
 Erektile Dysfunktion (ED) 257
 Erfahrungsmedizin 20
 Erkrankung
 – depressive 186
 – hepatobiliäre 154
 – somatoforme 154
 Ernährungsstörung 240
 Erschöpfung 75, 189
 – nervöse 28, 29, 182, 189
 Ertaubung 254
 Erysipel 48, 51, 118
 Essfreude 260
 Essstörung 28, 132, 206, 209, 246, 268
 Ethinyestraadiol 175
 Euthyroid-Sick-Syndrom 232
 Exanthem 28
 Exophthalmus 159
 Exsikkose 130, 134
 Extrapiramidale Symptome 223
 Extrauterin gravidität 136, 140

F

Facettensyndrom 65, 69, 71, 90
 Fachsprache 4
 Facies hippocratica 143
 Faktor, psychosomatischer 148, 152
 Fälle 2
 Fällestatistik 3
 Fälleverteilung 3, 9
 Fälleverteilungsgesetz 3
 Fallstrick 49, 78, 92, 206, 254, 265
 Fallverständnis
 – hermeneutisches 2
 Falsifizieren 6, 11
 Falsifizierung 6, 76, 82
 Familiäre Problematik 28, 201
 Familiäres Mittelmeerfieber 49
 Familie 248
 Familienmedizin 248

Familienproblematik 201, 248
 FAST-Test 251
 Faszientherapie 61
 Faszikulation 237
 Faulecken 28, 96
 Fazialisparese 28, 92
 Fehlernährung 268
 Felinose 51, 98, 231
 Femoroacetabuläres Impingement 71
 FeNO-Messung 124
 Fersensporn 235
 Fettleber 150
 Fettleibigkeit 206
 Fettsucht 28
 Fettverteilungsmuster 206
 FEV1 124
 Fever of unknown origin (FUO) 49
 Fibromyalgie 37, 75, 80, 197
 Fibromyalgiesyndrom 61, 63, 113
 Fieber 28, 48, 173, 230, 242
 – uncharakteristisches (UF) 48
 – unklare Ursache 49
 Fieberkrampf 49
 – bei Kindern 193
 Fieberschub 49
 Filariose 242
 Finger-Nase-Versuch 267
 Fingerperimetrie 253, 264
 Flankenschmerzen 65
 Flash-Technik 23
 Flatulenzen 28, 148
 Fluor 28, 180
 Flussvolumenkurve 124
 Fontaine-Stadien 224
 Forschung
 – berufstheoretische 10
 Frailty 120, 222
 Fraktur 61, 68, 71, 235
 Fremdkörper 53, 57, 124, 162, 164, 180, 263
 Fremdkörperaspiration 52, 53, 59
 Fremdkörpergefühl 122
 Frenzelbrille 106, 107
 frozen shoulder 78
 Früherfassung 11
 Früherkennung 2, 221
 Frühstadium 10, 227
 Frühsymptom 197
 Frühzeichen 211
 Fruktose 148
 FSME-Infektion 49
 Funktionelle Dyspepsie (Reizmagen) 209
 Fußbeschwerden 28, 235
 Fußfehlstellung 69, 71, 94
 Fußheberparese 89
 Fußpuls 94
 Fußübel 235

G

Gaenslen-Handgriffzeichen 76
 Gallenblasenstein 136
 Gallenkolik 138
 Gallenwegsstenose 150
 GAS-Pharyngitis 55
 Gastritis 138
 Gastroenteritis 28, 130, 138, 140
 Gastroskopie 54, 126, 131, 133, 135, 137, 139, 145,

170, 205, 241
 Gedächtnisambulanz 221
 Gedächtnisstörung 221
 Gedankenkreisen 189
 Gefäßdoppler 109, 119, 223, 226, 259
 Gefäßverschluss 28
 Gehörgangsekzem 162
 Gehörgangsfurunkel 162
 Geldzähltest 261
 Geldzähltest n. Nikolaus 261
 Gelegenheitsanfall
 – zerebrale 192
 Gelenkempyem 80
 Gelenkerguss 227
 Gelenkinfektion 82
 Gelenkmaus 86
 Gelenkschmerzen 73, 78
 Gelenkschwellung 73, 76
 Genese
 – psychosoziale 201
 Genetische Beratung 51
 Genodermatose 160
 Genogramm 248
 GERD 138
 Gereiztheit 189
 Geriatrie 28, 260
 Geriatriische Depressionsskala 186, 261
 Gesäßschmerzen 71
 Geschmacksempfindung 209
 Gesichtsfeldprüfung 253, 264
 Gesichtsoedem 93
 Gestoden 175
 Gesundheit, sexuelle 257
 Gesundheitsführung 2
 Gesundheitsstörung
 – geringfügige 13
 Gewerbegefährte 255
 Gewichtsabnahme 75
 Gewichtsverlust 269
 Gicht 28, 82
 Gichtanfall 82
 Gichttophi 82
 Giemen 123
 Gilbert-Meulengracht-Syndrom 150
 Gingivitis 166
 Gingivostomatitis herpetica 166
 Girlandenzunge 169
 Glasgow Coma Scale 265
 Glaukom 212
 Glaukomanfall 11
 – akuter 263
 Glenohumeralgelenk 78
 Gliadinunverträglichkeit 148
 Gliederschmerzen 48
 Globusgefühl 55, 232
 Glossitis 166
 Glossitis simplex 169
 Glossodynie 169
 Glottisödem 59
 Glutäago 71
 Glutäalschmerzen 28, 71
 Gonarthrose 65, 84
 Gonorrhö 98
 Grippaler Infekt 20, 49, 242
 Grübeln 189
 Gruppe-A-Streptokokken-Pharyngitis 55
 Gynäkomastie 151, 184

H

H2-Atemtest 149
 Haarausfall 28, 156
 Haemophilus influenzae 59
 Haftungsrisiko 175
 Hallux rigidus 84, 235
 – valgus 235
 Halluzinationen 220, 272
 Halsschmerzen 28, 55
 Hämarthros 80, 100
 Hämatozele 184
 Hämaturie 11, 171
 Hamilton-Muster 156
 Hämochromatose 150
 Hämoptye 28, 125
 Hämoptyse 11, 28, 53, 125
 Hämorrhagien
 – subkonjunktivale 53
 Hämorrhoidalprolaps 152
 Hämorrhoiden 152
 Hand-Fuß-Mund-Krankheit 166
 Handlungsanweisung 20
 Hantavirus 49
 Hantavirusinfektion 51
 Harndrang 171, 173
 Harnentleerung
 – schmerzhaft 28
 Harnleiterkolik 136, 173
 Harnröhrenenge 171
 Harnsäuregicht 82
 Harnsediment 173
 Harnsperre 173
 Harnstreifentest 173
 Harnwegsinfektion 68, 171, 173
 Hashimoto-Thyreoiditis 98, 232
 Hausarztinternist 41
 Hausbesuch 39, 40
 Hausstauballergie 58
 Hautausschlag 28, 160
 Hauterkrankungen 160
 Hautjucken 154
 Hauttumor 160
 Hautturgor 131
 Heberden-Arthrose 84
 Heimunterbringung 260
 Heiserkeit 53, 57, 59
 Heißhungeranfall 268
 Helicobacter 138
 Hemiparese 221, 251
 Hepatitis 50, 138, 209, 242
 Hepatitis A 150
 Hepatitis B 73, 150
 Hepatitis C 73, 150
 Hepatomegalie 102
 Hepatopathie 28, 150
 Hernie 140
 – inkarzierte 66
 Herpesbläschen 93
 Herpes simplex 92
 Herpes zoster 61, 65, 89
 – oticus 162
 – simplex 167
 Herzbeschwerden
 – polymorphe 28, 113, 115
 Herzinfarkt 61, 103, 111, 128, 132, 138, 143
 Herzinsuffizienz 28, 52, 102, 113, 115, 117, 120, 171, 214

Herzjagen 115
 Herzklopfen 115
 Herz-Kreislauf 36
 Herzneurose 113
 Herzrasen 28
 Herzrhythmusstörungen 106, 115, 128, 193, 217, 219
 Herzschmerzen 28, 110
 Herzschwäche 117
 Herzstechen 105
 Herztod, familiärer 217
 Hexenschuss 28, 65
 Hiatushernie 138
 Hilfsmittel 48
 Hinterwandinfarkt 138
 Hirnblutung 193
 Hirndruck 132
 Hirngefäßaneurysma 212
 Hirntumor 193, 204, 211, 222, 252
 HIV 98, 197, 230
 HIV-Infektion 49, 92, 134, 154, 167
 Hoden 28
 Hodenaffektion 141
 Hodensack 184
 Hodensack, Veränderung 184
 Hodentorsion 184
 Hodentumor 184
 Hodgkin-Lymphom 230
 Hoffmann-Tinel-Zeichen 88
 Hormonersatztherapie 182, 252
 Hormonimplantat 175
 Hormonspirale 175
 Hormonstatus 182
 Hörstörung 254
 Hörsturz 29, 164, 195, 254
 Hörverlust 29, 164, 254
 Hüftkopfnekrose 85
 Hühnerauge 235
 Husten 28, 123
 – afebriler 52
 – akuter 52
 – bellender 59
 – blutiger 125
 – chronischer 52
 – subakuter 52
 HWS-Syndrom 28, 87
 Hydridentorsion 184
 Hydrops
 – endolymphatischer 195
 Hydrozele 184
 Hyperakusis 254
 Hypercholesterinämie 252
 Hyperhidrosis 29, 158, 182
 Hyperlipidämie 224
 Hyperlipoproteinämie 82
 Hypermenorrhö 240
 Hypersalivation 96
 Hyperthyreose 29, 103, 113, 115, 154, 156, 158, 187, 190, 199, 232, 245
 Hypertonie 29, 103, 108, 115, 214, 252, 255, 268
 Hyperurikämie 82
 Hypochondrische Störung 113
 Hypoglykämie 158, 193, 199, 217, 219, 251
 Hyposphagma 263, 264
 Hypothyreose 13, 117, 146, 154, 156, 187, 190, 206, 232, 245
 Hypotonie 29, 106, 127
 Hysterie 219

I
 Ikterus 150
 Ileosakralgelenksyndrom 65, 69, 71, 94
 Ileus 132, 136, 138, 140, 144, 148
 Immundefekt 240
 Impaktbildung 146
 Impetigo contagiosa 96
 Impfungen 48
 Impingement
 – femoroacetabuläres 71
 Impingement-Syndrom 78
 Impotentia coeundi 258
 Impotenz 258
 Improvisieren 26
 Inappetenz 265
 Indexpatient 248
 Infektarthritis 73
 Infektion 115, 122, 158, 167, 193, 230, 245
 Infertilität 268
 Influenza 255
 Insertionstendopathie 71
 Insomnie 29, 214
 Insuffizienz, venöse 117
 Insult
 – zerebrovaskulärer 251
 Intentionstremor 198, 199
 Intercostago 61
 Interkostalneuralgie 61
 Interkostalschmerzen 29
 International Index of Erectile Function (IIEF) 258
 Intoxikation 132, 158
 Intuition 6
 Iritis 75
 Ischialgie 71, 94
 Ischias 29
 ISG-Blockierung 69
 ISG-Syndrom 69
 Item 26

J
 Juckempfindung 154
 Jucken 154
 – perianales 153
 Juckreiz 29
 Juvenile rheumatoide Arthritis 76

K
 Kachexie 268
 Kalkaneodynien 235
 Kalziumantagonist 117
 Kapselschmerz 73
 Kardiomyopathie 102
 Kardiophobie 113
 Karpaltunnelsyndrom 75, 87
 Karunkel 172
 Karzinom 11
 Kasographie 4, 68
 Katarrh 29, 57
 Katzenkratzkrankheit 49, 98
 Keine-Ahnung-Fall 36, 203
 Kennerschaft 6, 227
 Keratitis 263
 Keratokonjunktivitis epidemica 263

Keratokonjunktivitis 263
 Keuchhusten 52, 53
 Kiefergelenkreizung 162
 Kinderwunsch 258
 Kindesmisshandlung 265
 Kipptisch-Test 218
 Klassifikationsbereich 30
 Klassifizierung 10, 41
 Klimakterium 158, 182
 Klimax 29, 182
 Knalltrauma 254
 Knickfuß 235
 Kniegelenkschmerz 100
 Kniegelenkserguss 100
 Knieschmerzen 89
 Knieverstauchung 29, 100
 Knöchel-Arm-Index 224
 Knochenmarködem 235
 Knochenmetastasen 61, 63, 66, 68, 71
 Kokzygodynie 65
 Kolik 29, 136, 143
 – abdominelle 136
 Kollagenosen 49, 76, 197
 Kollaps 105, 128, 193, 219, 266
 Kolonisation 55
 Kolonkarzinom 140, 143
 Kolontransit 146
 Kolpitis 173, 180
 Kommunikationsfähigkeit 260
 Kompartmentsyndrom 228
 Kompressionssonographie 100, 121, 227, 229
 Konjunktivitis 73
 Kontaktallergie 166
 Kontaktdermatitis 96
 Kontaktdermatitis 154
 Kontaktfrage 34
 Kontrazeptiva 175
 Konus-Kaudasyndrom 90
 Kopfdruck 105
 Kopfprellung 29, 265
 Kopfschmerz 11, 29, 108, 127, 211, 239, 243, 265
 Kopfschütteltest 256
 Koplik-Flecke 168
 Koprostase 146
 Koronare Herzkrankheit (KHK) 102, 103, 113, 158, 257, 258
 Koronarsyndrom
 – akutes 63, 110, 113, 115, 128, 138
 Körperbeschwerden, funktionelle 113
 Körperbeschwerden, somatoforme 113
 Körpermassenindex 206
 Körperschemastörung 269
 Krampf, abdominaler 144
 Krampfanfall 29, 192, 221
 Krampi 29, 237
 Krankengut
 – unausgelesenes 2
 Krankheit
 – Seltene 3 Siehe Seltene Krankheit
 Krankheitserkenntnis 26
 Krankheitsmodell
 – biopsychosoziales 201
 Kratzläsion 154
 Kreislauffunktionsprobe 127
 Kreislaufkollaps 216
 Kreislaufregulationsstörung 127
 Kreislaufschwäche 127, 128, 193, 219, 266

Kreuzschmerzen 29, 65, 68, 71
 – extravertebrale 65
 – nichtspezifische 68
 – spezifische 68
 Kribbeln 61, 127
 Krise
 – hypertensive 211, 212
 – persönliche 189
 Krisenintervention 271
 Kristallarthropatie 76
 Krupp 59
 Kunstfehler 16
 Kurzatmigkeit 120
 Kurzdiagnostik 55
 – intuitive 52, 65, 68
 Kurzprogramm 22
 Kurztitel 27

L

L5-Syndrom 89
 Labyrinthitis 255
 Lagerungsschwindel 195
 – paroxysmaler 105, 252
 Laktose 148
 Langfassung, Programminhalt 30, 41
 Langtitel 27
 Langzeitblutdruckmessung 107, 108, 165, 196
 Langzeit-EKG 116
 Laryngitis 59
 Laryngoskopie 54, 56
 Laryngospasmus 59
 Larynxfremdkörper 59
 Lasègue-Test 65, 94
 Laxanzienabusus 134
 Lebensbedingung, familiäre 248
 Lebensbewältigung 189
 Leberbefunde, pathologische 150
 Lebererkrankung 245
 Leberschaden 160
 Leberzirrhose 96, 117, 148, 150
 Leishmaniose 242
 Leistenbruch 141, 184
 Leistungsknick 245
 Leitlinien 17, 20
 Leitsymptom 21, 117, 251, 263
 Leptospiren 49
 Leptospirose 51, 242
 Leukämie 204
 Leukozytose 53
 Levonorgestrel 175
 Lhermitte-Zeichen 198
 Libidoverminderung 257
 Lichen 168
 Lichenifikation 161
 – planus 169
 Lidrandentzündung 263
 Lidschluss 92
 Lidschwellung 263
 Lingua plicata 169
 Linksherzinsuffizienz 102
 Lipödem 117, 235
 Liquordruckänderung 255
 Liquorpunktion 198
 Liquorrhö 267
 Listerien 49
 Listeriose 51

Lochienstau 49
 Loop-Recorder 216
 Lues 55, 98, 197, 230
 Luftnot 120
 Luftwegekatarrhe 29
 Lumbago 65
 Lumbalschmerzen 29, 65
 Lumboischialgie 71, 94
 Lungenasthma 122
 Lungenblähung 29
 Lungenembolie 53, 111, 115, 120, 125, 138, 217, 227
 Lungenfunktionsprüfung 54, 121, 122, 124
 Lungenkrebs 120, 125
 Lungenödem 53
 Lungentuberkulose 120
 LWS-Syndrom 29, 68
 Lyme-Arthritis 75, 85
 Lymphadenitis 29, 98
 Lymphadenitis mesenterialis 98, 140
 Lymphadenopathie 49
 Lymphknoten 29, 37
 Lymphknotenentzündung 98
 Lymphknotenschwellung 98, 230
 Lymphknotenvergrößerung 230
 Lymphödem 117, 235
 Lymphom 204
 Lymphozytose 53

M

Magen-Darm-Grippe 130
 Magen-Darm-Katarrh 146
 Magen-Darm-Störung 242
 Magersucht 268
 Malabsorptionssyndrom 148
 Malaria 12, 13, 49, 50, 242
 Malaria tropica 242
 Malignität 230
 Malignome 11, 37, 53, 55, 66, 68, 69, 71, 90, 92, 94, 103, 111, 123, 125, 130, 132, 138, 141, 143, 146, 148, 150, 152, 154, 158, 162, 167, 169, 171, 180, 182, 184, 190, 203, 206, 209, 221, 228, 230, 232, 239, 245, 269
 Mammakarzinom 182
 Mangelernährung 268
 Manometrie
 – anorektale 146
 Marasmus senilis 222
 Marburger Herz-Score 110
 Mariken 152
 Masern 49, 52
 Mastdarm 29
 Mastdarmstörung 89, 94
 Mattigkeit 29, 128, 197, 245
 Maul- und Klauenseuche 168
 Mäusekot 51
 McIsaac-Score 55
 Mediasklerose 224
 Medikamentenfieber
 – allergisches 49
 Medikamentenmissbrauch 214
 Medikamentennebenwirkungen 52
 Mein Fall 7
 Memory-Ambulanz 221
 Menière-Trias 195
 Meningeom 92
 Meningitis 87, 211, 242, 252, 255
 Meniskusläsion 100
 Menorrhagie 240
 Meralgia paraesthetica 71
 Mesenterialarterienverschluss 136
 Mesenterialgefäßverschluss 138, 141, 144
 Mesenterialinfarkt 138
 Mesenterialischämie 140
 Metastasen 68
 Metastasen, knöcherne 61, 63
 Meteorismus 29, 136, 144, 148
 Migräne 193, 212, 217
 Mikrohämaturie 173
 Miktionsprotokoll 174
 Miktionsstörungen 173
 Milzpathologie 138
 Milzvergrößerung 98
 Mini-Mental-Status-Test (MMST) 186, 221, 261
 Mini-Nutritional Assessment (MNA) 261
 Minipille 175
 Mittelmeerfieber
 – familiäres 49
 Mittelohrentzündung 164
 Mobbing 135
 Mobilität 260
 Moeller-Hunter-Glossitis 169
 Monoarthropathie 82
 Mononucleosis infectiosa 98
 Mononukleose 167, 230, 255
 Morbus Adamantiades-Behçet 166
 Morbus Addison 233
 Morbus Alzheimer 221
 Morbus Basedow 232
 Morbus Bechterew 66, 69
 Morbus Crohn 134, 167, 255
 Morbus Hodgkin 231
 Morbus Horton 213
 Morbus Menière 29, 164, 195
 Morbus Parkinson 146, 190, 222
 Morbus Pfeiffer 230
 Morbus Raynaud 177
 Morbus Reiter 73
 Morbus Still 76
 Morbus Winiwarter-Buerger 224
 Morgenmüdigkeit 127
 Morgensteifigkeit 69, 76, 84
 Morsicatio buccarum 166
 Müdigkeit 29, 73, 75, 102, 127, 128, 197, 232, 245
 Mukositis 166
 Multimorbidität 260
 Multiple Sklerose 29, 146, 197, 254, 255
 Mumps 49, 184
 Mundtrockenheit
 – chronische 169
 Mundwinkelrhagaden 96
 Muskelatrophie 237
 Muskelfaserriss 227
 Muskelkrampf 29, 237
 Muskelschmerzen 37, 61, 73, 75, 78
 Muskelzerrung 65, 228
 Myalgie 37, 61, 69, 71, 75, 87, 94, 237
 Mykoplasmen 73
 Myofasziale Schmerzen 71
 Myogelosen 61, 65
 Myokardinfarkt 132
 Myokarditis 111
 Myopathien 73
 Myringitis 48, 162
 Myxödem 206, 232

N

Nabelhernie 140
 Nachtschweiß 75
 Nackenschmerzen 87
 Nackensteifigkeit 211
 Nahrungsmittelunverträglichkeit 130, 134, 144, 148
 Narkolepsie 193, 214, 219
 Nasensekretion 51
 NASH 150
 Nationale Versorgungsleitlinien 21
 Nausea 132
 Nebenhodenauffektion 141
 Nephrolithiasis 138, 140
 NERD 138
 Nervenkompression 68
 Nervenwurzelirritation 61, 71
 Nervenwurzelläsion 94
 Nervosität 158, 187, 233
 Neuralgie 61, 71, 237
 Neuroborreliose 92
 Neuromyelitis optica 197
 Neuritis vestibularis 105
 Neuro-Osteo-Arthropathie 235
 Neuropathie 146, 154, 158, 224
 Neutral-Null-Methode 84
 NGASR-Skala 271
 Nicht-alkoholische Steatosis Hepatis 150
 Nichts aufgefallen (n. a.) 39
 Niedrigprävalenzbereich 13
 Nierenauffektion 69
 Nierenerkrankung 108
 Niereninsuffizienz 117, 154, 239
 Nierenkolik 136
 Nierenlager 173
 Nierenlagerklumpfschmerz 67
 Nierenstau 66
 Nierenstein 173
 Nierensteinleiden 136
 N. ischiadicus 71
 Norgestimat 175
 Normaldruckhydrozephalus 222
 Norovirus 130
 Nosographie 4
 Notarzt-Begleitung 251
 Notfall 211, 242, 251, 254
 Notfalldienst 39
 NSTEMI 110
 N. thoracicus longus 78
 NT-proBNP 102
 NYHA-Klassifikation 102
 Nykturie 102, 171
 Nystagmus 106, 107, 253
 Nystagmusbrille 106

O

Oberbauchschmerz 28
 Oberbauchschmerzen 29, 138
 Objektiv 26, 35, 41
 Obstipation 29, 146
 Ochsenhunger 268
 Ödem 29, 102, 206
 – prätibiales 29
 Offenlassen
 – abwartendes 12

Ohnmacht 29, 128, 216, 219, 266
 Ohr 37
 Ohrensausen 127
 Ohrenschmerzen 29, 162, 254
 Ohrgeräusche 29, 164, 254
 Okkasionsanfall 192
 Oligoklonale Banden 198
 Omalgie 29, 78
 Omarthrose 78
 Onychomykosen 160
 Ophthalmoskopie 194
 Orchitis 184
 Ordnungsprinzip
 – inneres 3
 Orphan disease *Siehe* Seltene Krankheit
 Orthorexia nervosa 268
 Orthostase-Syndrom 106, 127, 217
 Osteoarthritis 84
 Osteochondrose 61
 Osteomalazie 69
 Osteopathie 61
 Osteoporose 66, 68, 260
 Otagie 29, 162
 Otitis externa circumscripta 162
 Otitis externa diffusa 162
 Otitis media 50
 Otosklerose 164
 Otoskopie 51, 56, 60, 133, 135, 139, 142, 163, 165, 213
 Ottawa Knee Rules 100
 Ovarialzyste 140
 Ovulationshemmer 175
 Oxyuren 181

P

Paget-von-Schroetter-Syndrom 79
 Palmarerythem 151
 Palpitation 115
 Panikattacke 113, 115
 Pankreasinsuffizienz 148
 Pankreatitis 134, 138, 140
 Pankreatopathie 132, 134, 138, 148
 Pankreopathie 144
 Papatacci-Fieber 51
 Papierausdruck 40, 41
 Parästhesien 89, 197
 Parese 90
 Parkinson-Erkrankung 146
 Parkinson-Tremor 199
 Parsonage-Turner-Syndrom 79, 80
 Partnerprobleme 258
 Patellarsehnenreflex 94
 Patient
 – älterer 52
 Patienten-Arzt-Gespräch 40
 Patient Health Questionnaire-Depression (PHQ-D) 186
 Pavor nocturnus 214
 PCR-Nachweis 53
 PDF 40, 41
 Pediatric Glasgow Coma Scale 265
 Pemphigoid 154
 Perforation 140, 144
 – gedeckte 138, 141, 143
 Perianalabszess 152
 Perianalbereich 152
 Perianalekzeme 152
 Perianalthrombose 152
 Periarthritis humeroscapularis 78
 Periarthropathien 73, 75, 85
 Perikarditis 111, 138
 Perimenopause 182
 Periodisches Fieber 49
 Periodisches Fieber, Aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, Lymphadenopathie (PFAPA) 49
 Periorbitalphlegmone 263
 Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) 28, 82, 90, 94, 117, 224, 235, 237, 258
 Peristaltik 138
 Peritonitis 138
 Peritonsillarabszess 55
 Perlèche 29, 96
 Perniziösa 169
 Pertussis 53, 59
 PFAPA-Syndrom 50, 166
 Pfeiffer'sches Drüsenfieber 55, 98
 Pflegebedürftigkeit 260
 Pflegegrad 262
 Phäochromozytom 108
 Pharyngitis 29, 49
 Phimose 173
 Phlebödem 117
 Phlebographie 227
 Phlebothrombose 29, 100, 117, 227
 Phlegmone 50, 82
 Pillenkontraindikation 175
 Pillenkontrolle 29
 Pillenroutinekontrolle 178
 Pillenverbot 29
 Piriformis-Syndrom 65, 71, 94
 Plantarfasziitis 235
 Plasmodium falciparum 242
 Plattfuß 235
 Pleuraerguss 120
 Pleuritis 111, 143
 Plummer-Vinson-Syndrom 169
 Pneumonie 49, 52, 120, 138, 143
 – poststenotische 53
 Pneumothorax 53, 120
 Pollakisurie 29, 171, 173
 Polyarthrit
 – chronische 28, 29, 75
 Polydipsie 171
 Polymorphe Herzbeschwerden 113
 Polymorphe, wahrscheinlich nicht organische Beschwerden (PWN) 106, 115
 Polymyalgia rheumatica 37, 71, 75, 80, 87
 Polyneuropathie 237
 Polypen 152
 Polysomnographie 109, 215, 247
 Polyurie 171
 Portioektomie 180
 Postcholestektomiebeschwerde 148
 Postmenopause 180
 Postthorakotomie-Syndrom 61
 Postthrombotisches Symptom 117
 Posttraumatische Belastungsstörung 190
 Posturales orthostatisches Tachykardiesymptom (POTS) 127
 Potenzstörung 258
 Prädelir 199
 Prädelir, alkoholisches 199
 Prader Willi-Syndrom, selten 206
 Präkordiag 29

Präkordialschmerz 61, 113
 Praxisbeobachtung 203
 Praxisjargon 27
 Praxissoftware 39
 Prehn-Zeichen 184
 Primäreffloreszenz 160
 Primary Care rule 227
 Problemorientierung 8
 Proctalgia fugax 152
 Programmierte allgemeinmedizinische Diagnostik 6
 Programmierte Diagnostik 4, 7
 – Grenzen 23
 Proktalgie 29, 152
 Proktoskopie 142, 153
 Prolaps 89
 Prostatahyperplasie 171, 173
 Prostatakarzinom 68
 Prostatitis 140, 152, 173
 Protrusion 89
 Pruritus 29, 154
 – anogenitalis 154
 Pseudoappendizitis 98
 Pseudodemenz 222
 Pseudokrapp 29, 59
 pseudoradikuläre Schmerzausbreitung 71
 pseudoradikuläre Schmerzen 65
 Psoriasis 75, 160
 Psoriasis-Arthritis 76, 85
 Psyche 37
 Psychogene Beschwerden 169
 Psychogene Problematik 110
 Psychose 187, 271
 Psychosoziale Genese 29, 69, 201
 Psychotrauma 249
 Ptyalismus 168
 Pulmonale Hypertonie 118
 Pulsoxymetrie 121, 124
 Pupillenerweiterung 265
 Pupillenreaktion
 – gestörte 265
 Pupillenveränderung
 – einseitig 263
 Pyelonephritis 173

Q

Qualitätskontrolle 17
 Qualitätskonzept 3, 17
 Qualitätsmanagement 21
 Qualitätssicherung 2, 17, 22

R

Rachenabstrich 55
 Radikulitis 89
 Radikulopathie 80, 89
 Rarität 13, 22
 Ratschow-Lagerungsprobe 224
 Rauchen 252, 255
 Rauchen und Suizidrisiko 176
 Raucherkatarrh 53
 Reaktion, psychogene 219
 Rechtsherzinsuffizienz 102, 117
 Rechtsvorschriften 14
 Reflux
 – gastroösophagealer 52
 Refluxösophagitis 111, 138, 169
 Reisediarrhö 134
 Reizblase 171
 Reizdarmsyndrom 134, 143, 146, 148
 Reizhusten 102
 Reizmagen 132, 209
 Reizung, peritoneale 138
 Rektale Untersuchung 35
 Rektoskopie 147, 149, 153
 Rektumkarzinom 152
 Restharnbildung 171
 Restless-Legs-Syndrom 214, 237
 Rheumafaktor 77
 Rheumaknoten 75
 Rheumatoide Arthritis 50, 235
 Rhinosinusitis
 – allergische 52
 Rhizarthrose 84
 Richtlinie 17
 Rickettsiose 242
 Riechverlust 209
 Ringelröteln 73
 Rinne-Stimmgabelversuch 107, 165, 196, 256
 Rinne-Versuch 254
 Rippenfraktur 61, 63
 Risikofaktor 224, 252, 268, 271
 Risikostratifizierung 216
 Riva-Rocci 108
 Romberg-Stehversuch 107, 256
 ROM-III-Kriterien 146, 147
 Rotatorenmanschettenruptur 78
 Röteln 73, 230
 Routine
 – individuelle 6
 – intuitive 6
 Rückenschmerzen 89
 – chronische 69
 Ruhedyspnoe 102
 Ruheschmerz 84
 Ruhetremor 199
 Rumpel-Leede-Test 241
 Rußregen 263

S

Sakrago 29, 68
 Salmonellen 50, 73, 134, 242
 Salmonellenenteritis 130
 Salpingitis 140, 173
 Sarkoidose 197, 231
 Sarkopenie 268
 Sauerstoffsättigung 121, 124
 Schädelfraktur 266
 Schädel-Hirn-Trauma 193, 265
 Schädelprellung 29, 265
 Schallleitungsschwerhörigkeit 254
 Scharlach 55
 Schellong-Test 107, 127, 218
 Schichtarbeit 214
 Schilddrüse 29, 232
 Schilddrüsenautonomie 232
 Schilddrüsenenerkrankung 190
 Schilddrüsenfunktionsstörung 182, 222
 Schilddrüsenknoten 232
 Schilddrüsenstörung 232
 Schistosomiasis 242
 Schlafapnoe 108, 118, 214, 246
 Schlafapnoesyndrom, obstruktives 118
 Schlaflosigkeit 29, 214
 Schlafstörung 182, 214, 245
 Schlaganfall 29, 92, 187, 199, 260
 Schlaganfallrisiko 252
 Schleiersehen
 – plötzliches 263
 Schließmuskelschwäche 152
 Schluckstörung 209
 Schmerzen
 – anorektale 152
 – pseudoradikuläre 65
 Schonhinken 91
 Schubladentest 101
 Schulter-Arm-Syndrom 79
 Schulterschmerzen 29, 78
 Schultersteife 78
 Schulteruntersuchung 78
 Schürzengriff 79
 Schwangerschaft 61, 130, 132, 146, 154, 173
 Schwangerschaftstest 205
 Schwarzwerden 127
 Schwarzwerden vor den Augen 105
 Schweißausbruch 105, 136, 182
 Schwindel 15, 29, 105, 127, 193, 216, 239, 265
 – nicht vestibulärer, unsystematischer 105
 – peripher-vestibulärer 105
 – psychogener (phobischer) 105
 – zentral-vestibulärer 105
 Schwitzen 29, 158, 217
 Score 26, 42, 76, 110
 Sehstörung 105
 Sehverschlechterung 263
 Seitenstechen 61
 Sekundäreffloreszenz 160
 Selbständigkeit 260
 Selbstmordgedanke 271
 Selbstmordgedanken 271
 Selbstmordgefährdung 29
 Selbsttötung 271
 Selbstversorgungsfähigkeit 261
 Seltene Krankheit 3, 13, 49, 102, 160, 203, 237, 245, 269
 Seltenheit 14
 Sensibilitätsstörung 89
 Sepsis 49, 242
 Sexualität 29, 257
 Sexualprobleme 257
 Sexual Transmitted Diseases (STD) 180, 197, 257
 Sexueller Missbrauch 152
 Shigellen 73
 Sigmadivertikulitis 141
 Sinterfraktur
 – osteoporotische 61
 Situation, psychosoziale 143
 Skapulokostales Syndrom 79
 Skrotalhernie 184
 Skrotalschmerz 184
 Skrotum 29, 184
 Skybala 146
 soldiers heart 113
 Somatisierungsstörung 111
 Sonographie 51, 56, 67, 70, 74, 77, 81, 83, 86, 89, 100, 131, 133, 137, 139, 142, 145, 147, 149, 151, 155, 159, 170, 172, 174, 185, 208, 231, 234, 238, 241, 244, 247, 270
 Soor 169
 Sorbit 148

Spannungskopfschmerz 211
 Spasmus 237
 Spider-Nävi 151
 Spielunlust 265
 Spinalkanalstenose 69, 71, 89, 94, 237
 Spirometrie 52, 54, 121, 124
 Spondylarthritis 75
 Spondylarthrose 84, 89
 Spondylitis ankylosans 69
 Spondylodisitis 66
 Spondylolisthesis 68
 Spondylolyse 68
 Spontanhämarthros 80
 Sprachfunktion 265
 Spreizfuß 235
 Sprue 148
 Sputum 52
 Status asthmaticus 53
 Steatosis hepatis 150
 STEMI 110
 Sternotomie 61
 Stichwörter 26
 Stiff-Person-Syndrom 237
 Stimmgabelversuch 254
 Stomatitis 29, 166
 Stomatitis aphthosa 166
 – epidemica 168
 Störfeld 61
 Störung
 – somatoforme 143
 Störung, dissoziative 219
 Störung, somatoforme 143, 197
 Streptokokken 73
 Streptokokkenangina 98
 Stress 199
 Stressinkontinenz 171
 Stridor 124
 – inspiratorischer 53, 59
 Stroke mimics 251
 Stroke Unit 251
 Struma 232
 Struma diffusa 233
 Stuhl-Aufsteh-Test 261
 Stuhlinkontinenz 152
 Stuhlkultur 131, 135, 145
 Stuhlträgheit 146
 Stuhlverstopfung 29, 146
 Sturz 260
 Sturzneigung 106
 Subakromialsyndrom 79
 Subileus 136
 Subjektiv 26, 34, 41
 Subklinische Hyperthyreose 233
 Substanzmissbrauch 150, 187
 Sucht 209
 Suchterkrankung 190, 249
 Suizidalität 29, 176, 187, 271
 Suizidgedanken 186
 Suizidrisiko 178
 Suizidversuch 271
 Symbol 39
 Symptom 10
 Symptomatik 26
 – unklare 29
 Symptomgruppe 10
 Symptom, postthrombotisches 117
 Synchrondrosis costalis 61
 Synchrondrosis sternalis 61

Syndrom
 – postthrombotisches 228
 – zervikobrachiales 87
 Synkope 29, 105, 128, 192, 216, 219, 266
 Syphilis 98, 167
 Systematik
 – zweidimensionale 48
 Szintigraphie 86, 234

T

Tabula diagnostica 20, 29, 37, 52, 67, 132, 203
 Tachykardie 29, 115, 239
 Tachypnoe 102
 Tagesschläfrigkeit 214
 Taillenumfang 206
 Tandemstand 261
 Taubheitsgefühle 61
 Teerstuhl 239
 Temperaturerhöhung 49
 Tendinitis 75
 Tendomyosen 65
 Tendopathien 73, 87
 Tendovaginitis 235
 Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) 221
 Thalassaemia minor 241
 Thoracic-Outlet-Syndrom 79
 Thoraxschmerzen 29, 63
 Thromboembolie
 – venöse 175, 178
 Thrombophlebitis 29, 227
 Thrombose 227, 235
 Thromboserisiko 182
 Thyreoiditis de Quervain 233
 Thyresiditis, subakut 50
 Tietze-Syndrom 63, 113
 Timed „Up & Go“-Test 261
 Tinnitus 29, 164
 T-LOC 216
 Todd'sche Lähmung 252
 Tonsillitis 48, 98, 230
 TPO-Antikörper (MAK) 232
 Trägerstatus 55
 Trainingsmangel 120
 Tränenkanal 263
 Tränensäcke 263
 Transaminasen 150
 Transitorische ischämische Attacke (TIA) 105, 193, 217, 219, 251
 Trauerreaktion 186
 Tremor 29, 199
 – dystoner 199
 – essentieller 199
 Trendelenburgzeichen 67, 70, 72, 89
 Trigeminoautonome Zeichen 213
 Trigemineuralgie 212
 Triggerpunkt 61, 65, 71, 75
 Trimenonkolik 143
 Trommelfelleinziehung 162
 Trommelfellrötung 162
 Tropenkrankheit 50, 242
 Tropenrückkehrer 29, 242
 Troponinschnelltest 110
 Troponin-Wert 110
 Trypanosomiasis 242
 TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) 232

TSH-Wert 232
 Tubenfunktionsstörung 164
 Tubenkatarrh 162
 Tuberkulose 53, 120, 158, 230, 242, 245
 Tumorerkrankung 49
 Tumorkachexie 117
 Typhusinfektion 50, 242

U

Übelkeit 132, 217, 254, 265
 Übergewicht 29, 206, 252
 Überlaufblase 171
 Uhrentest 186
 Uhr-Ergänzungstest 261
 Uhthoff-Phänomen 197
 Ulcus pepticum 138
 Ulkuskrankheit 138
 Umweltgifte 245
 Unabwendbar gefährlich 11
 Unausgelesenes Krankengut 2
 Uncharakteristisches 6
 Uncharakteristisches Fieber (UF) 48
 Uncharakteristische Symptome 38, 42
 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) 53, 103, 118, 128, 132, 146, 154, 156, 158, 160, 164, 167, 190, 199, 206, 214, 217, 233, 237, 240, 255, 258
 Unklare Symptomatik 29
 Unterbauchschmerzen 28, 29, 140
 Unterernährung 268
 Untersuchung
 – rektale 35
 – vaginale 35
 Unwohlsein 254
 Urethritis 73
 Urinsediment 173
 Urinstatus 171, 173
 Urolithiasis 141, 173
 Ursache
 – vermutete 40
 Urtikaria 154

V

Vaginale Untersuchung 35
 Vaginalmykose 180
 Vaginalring 175
 Vaginitis 180
 Vaginitis candidomycetica 180
 Valsalva-Manöver 254
 Varikosis 117
 Varikozele 184
 Varizellen 167
 Valsalva-Pressversuch 107, 165, 196, 218, 256
 Vaskulitis 75
 Venenentzündung 30
 Venenthrombose 227
 VERAH 260
 Verantwortung
 – geteilte 63
 – Teilung der 40
 Verhütungsmittel 175
 Verlegter Tränenkanal 263
 Verletzungsfolgen 63
 Vermutung 40

Verschluss, arterieller [224](#)
 Verstopfung [30, 146](#)
 Vertigo [30](#)
 Vertigosyndrom [105](#)
 Verwirrtheit [30, 193](#)
 Videoaufzeichnung [216, 219](#)
 Vigilanz [260](#)
 Virilisierungszeichen [157](#)
 Visite [39](#)
 Visusminderung [263](#)
 Visusprüfung [198](#)
 Visusstörung [197](#)
 Vitalkapazität [124](#)
 Vitamin-B-12-Mangel [169, 187, 222](#)
 Vitamin-B-12-Mangel-Anämie [239](#)
 Vitamin-B-Komplex-Mangel [169, 187](#)
 Vogelhalterlunge [49](#)
 Vomit [30](#)
 Vorgehen
 – individuelles [7](#)
 – intuitives [7](#)
 Vorhofflattern [115](#)
 Vorhofflimmern [115, 252](#)
 Vorkommen
 – regelmäßiges [3](#)
 Vorlaufphänomen [67, 70, 72, 91, 95](#)
 Vorschaltdiagnostik [30, 49, 110, 146, 162, 164, 171, 173, 189, 227, 245, 258](#)
 Vorsorge [2](#)
 Vorsorgekoloskopie [146, 152](#)
 Vortestwahrscheinlichkeit [227](#)
 Vortex [27, 41](#)
 Vulvovaginitis [180](#)

W

Wachstumsschmerzen [235](#)
 Wachstumsstörung [269](#)
 Wächterlymphknoten [230](#)
 Wahrnehmungsstörung [192](#)
 waist-to-hip ratio [208](#)
 Wangenbeißen [166](#)
 Wassereinlagerungen [102](#)
 Wasserlassen
 – häufiges [30](#)
 – schmerzhaftes [29](#)
 Weber-Stimmgabelversuch [107, 165, 196, 256](#)
 Weber-Versuch [254](#)
 Wechselbeschwerden [30, 182](#)
 Wechseljahre [182](#)
 Wells-Score Beinvenenthrombose [227](#)
 Wells-Score Lungenembolie [111](#)
 WHO-5-Fragebogen [186](#)
 Wirbelkörperbrüche [69](#)
 Wirbelkörperfraktur
 – osteoporotische [65](#)
 Wirbelsäulenklumpfschmerz [67](#)
 WONCA [2](#)
 Wurzelreizung [89](#)

X

Xerostomie [169](#)

Y

yellow flags (Warnsignale) [69, 242](#)
 Versinnungen [73, 242](#)

Z

Zahnstein [166](#)
 Zeitbedarf [37, 41](#)
 Zeitfaktor [6](#)
 Zeitproblem [23](#)
 Zentralnervöse Ursachen [132](#)
 Zephalgie [30](#)
 Zerumen [164](#)
 Zervikalsyndrom [87, 106](#)
 Zervikobrachiales Syndrom [78, 164](#)
 Zervizitis [180](#)
 Zittern [30, 199, 216](#)
 Zöliakie [15, 148](#)
 Zönaesthesia [155](#)
 Zoster [49](#)
 Zoster ophthalmicus [263](#)
 Zoster oticus [92](#)
 Zungenbelag [169](#)
 Zungenbiss [216](#)
 Zungenbrennen [30, 169](#)
 Zupfstest [157](#)
 Zustand
 – dissoziativer [219](#)
 Zustand, dissoziativer [219, 252](#)
 Zustand, psychogener [252](#)
 Zwangserkrankung [186](#)
 Zwangsstörung [269](#)
 Zweidimensionale Systematik [48](#)
 Zyanose [124](#)
 Zyklusstörung [268](#)
 Zystitis [50, 140, 173](#)
 Zystopyelitis [48](#)
 Zystoskopie [172, 174](#)