

Donner-Banzhoff N, Michiels-Corsten M, Bösner S. Diagnostizieren in der Allgemeinpraxis. Z Allg Med 2017; 93: 493–498

Leserbrief von Dr. Waltraud Fink

Diagnostik in der Allgemeinpraxis:
Was gelehrt werden kann

Die Studie, der eine Videobeobachtung allgemeinärztlicher Konsultationen zugrunde liegt, konzentriert sich auf den diagnostischen Prozess. Die Erkenntnisse sollen „die Lehre der Allgemeinmedizin unterstützen“. Dabei vermisst man eine Referenz zu den von Praxisforscher Robert N. Braun geschaffenen Fachwissen und -begriffen. Braun beschäftigte sich intensiv mit der Diagnostik in der Allgemeinpraxis im Hinblick auf eine adäquatere Ausbildung. Anfangs schaute er sich gleichsam selbst über die Schulter. Später analysierte er Praxis-Tonbandmitschnitte, was am eindrucklichsten im ersten Lehrbuch dargestellt ist [1]. Zur Optimierung der Diagnostik erarbeitete er über 80 diagnostische Programme [2]. Das Neuartige bei Brauns wissenschaftlicher Arbeit war, dass er die Rahmenbedingungen berücksichtigte. Er nannte sie *Handlungszwänge* und subsumierte darunter finanzielle, zeitliche Begrenztheit, den Einfluss der Gesellschaft, die Gesundheitsstörungen sowie die Patienten- und Arzt/Ärztin-Charakteristika.

Der Arzt soll Patienten beim Vorbringen ihrer Beschwerden nicht unterbrechen. Gedanklich kann er jedoch seine Diagnostik bereits folgendermaßen strukturieren [3]:

- Scheint die Art des gesundheitlichen Problems offensichtlich zu sein, versuchen erfahrene Ärzte eine *Direkte Diagnostik*.
- Ist es ein körperlich eingegrenztes Problem, wird eine *Örtliche Routine* angezeigt sein.
- Werden allgemeine Beeinträchtigungen geschildert, braucht es eine *Allgemeine Routine*.

All diese Vorgehensweisen erfolgen problemorientiert mit „intuitiv-individueller“ Gestaltungsmöglichkeit. Wo eine *Programmierte Diagnostik* möglich ist,

setzt sie einen Qualitätsstandard für eine gezielte Anamnese und für den Umfang der Untersuchungen [4].

Im publizierten Aufsatz werden andersartige Begriffe verwendet, die aber ungefähr dieselben Sachverhalte, die hausärztliche Diagnostik betreffend, beschreiben wollen: Sie kommen damit einigen berufstheoretischen Begriffen inhaltlich nahe.

Die *getriggerten Routinen* sind in etwa der *Problemorientierung* gleichzusetzen. Beim *hypothetiko-deduktiven Vorgehen* werden *Schablonen* an das vorgebrachte Beschwerdebild angelegt: Sie entwickeln sich im Laufe der Aus- und Weiterbildung und werden später durch die Erfahrung individuell modifiziert. Sie beinhalten typische Symptome und charakteristische klinische Befunde für eine bestimmte Krankheit.

- Passt das präsentierte Leiden zu dieser, zu jener Krankheit? Gibt es einen eindeutigen Beweis, kann die Krankheit *diagnostiziert* werden?
- Handelt es sich nur um eine wohlbegründete Vermutung, dann wird das Bild dieser Krankheit klassifiziert, wo im Hintergrund immer die „Falsifizierung“ steht.
- Häufig kommt man nicht über die Symptomebene hinaus. Hier dient das Anlegen der Schablonen dem Ausschluss von Diagnosen. All diese Fälle werden nach Braun meist abwartend offen als Symptome oder Symptomgruppen klassifiziert. Langjährige Fällestatistiken haben gezeigt, dass diese Art der Beratungsergebnisse die Hälfte aller Erkrankungen in der Allgemeinpraxis ausmacht.

Die *kasuographischen* Begriffe mit ihren Beschreibungen dienen ebenfalls als *Schablonen*, als diagnostisches Tool speziell für Situationen, wo „sich keine präzise Erklärung für die Beschwerden des Patienten formulieren lässt“. Sie sind Fachbegriffe für allgemeinärztliche *Beratungsergebnisse* [5]. Es wäre aufschlussreich, die in der Studie analysierten Beratungsprobleme angeführt zu sehen.

Bei Kenntnis von Brauns berufstheoretischen Arbeiten hätten die beobachteten Mediziner ihr Vorgehen entsprechend beschreiben können. Die Studienautoren könnten – auch nachträglich – das wertvolle Video-Material im Sinne der Braunschen berufstheoretischen Begrifflichkeit untersuchen und überprüfen. Es wäre ein Beitrag zur Verfestigung der von Braun erarbeiteten Grundlagen und in der weiteren Folge zur Erweiterung des lehrbaren (Fach)wissens in der Allgemeinmedizin [6].

Korrespondenzadresse

Dr. med. Waltraud Fink
3722 Straning 153
Österreich
Tel.: +43 (0)2984 37039
waltraud.fink@gmx.at

Literatur

1. Braun RN. Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1970
2. Braun RN. Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1976
3. Braun RN, Fink W, Kamenski G. Lehrbuch der Allgemeinmedizin – Theorie, Fachsprache und Praxis. Wien: Berger, Horn, 2007
4. Fink W, Kamenski G, Konitzer M. Diagnostic protocols – a consultation tool still to be discovered. J Eval Clin Pract 2017; doi 10.1111/jep.12710 [Epub ahead of print]
5. Braun RN (neu hrsg. u. bearb. von Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D). Braun Kasuographie: (K)ein Fall wie der andere – Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung. 3. Auflage. Wien: Berger, Horn, 2010
6. Braun RN. Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. Einführung in die eigenständige Forschungsmethode. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris: Springer, 1988