

Wetten, dass Sie Robert N. Braun nicht kennen? Na gut, Sie kennen ihn vielleicht, aber dann gehören Sie eben zu jener kleinen Elite eher älterer Allgemeinärzte, die im Laufe der Weiterbildung mal mit dem Werk dieses Kollegen konfrontiert wurden. Nur, gelesen haben Sie seine Bücher auch nicht, oder doch? Und wenn, dann haben Sie zumindest die von ihm entwickelten Instrumente zur Verbesserung der Diagnostik nicht benutzt. Wette gewonnen?

Robert N. Braun verstarb am 13. September dieses Jahres. Er war einer jener (wenigen) Allgemeinärzte, die sich nicht nur Gedanken über unseren Beruf machten, sondern sich bemühten, seine Eigenartigkeit und Einzigartigkeit in adäquate Begriffe zu fassen. Das, was wir tagtäglich in der Praxis tun, korrekt zu bezeichnen. Nichts einfacher als das? Ein Beispiel: Haben Sie schon mal eine «Gastroenteritis» diagnostiziert? Oder einen «grippalen Infekt»? Ziemlich sicher. Diagnostiziert? Eben, vermutlich nicht. Was Sie bei der Anamnese festgestellt und bei der



hat, sondern was er nicht hat. Diagnosen (z.B. Appendizitis, Aids) sind nur ein kleiner Teil des allgemeinärztlichen Geschäfts. Das ist auch dem Patienten selber nicht immer leicht zu vermitteln, der nach einer Bezeichnung für seine Beschwerden lechzt. Zum braunschen Umgang mit Krankheit gehört deshalb ganz zentral der Einbezug der Patientin/ des Patienten in dieses Vorgehen dazu.

Robert N. Braun

Inspektion gesehen haben, waren Symptome und Befunde, vermutlich Durchfall oder/und Erbrechen im einen, eine Rötung des Pharynx, Husten, erhöhte Temperatur im anderen Fall. Jedoch keine -itis der Magen-Darm-Schleimhaut und keine Influenzaviren. Am Ende der Konsultation stand eben keine Diagnose (Shigellen-Infektion des Magen-Darm-Trakts oder Influenzaviren-Infektion, vulgo «Grippe»), sondern eine Pseudodiagnose, die nicht viel weiter hilft, im schlimmsten Fall sogar die weitere Verlaufsbeobachtung trübt. Für Braun stand am Ende der Konsultation «lediglich» ein «Beratungsergebnis», bestehend aus den entsprechenden Symptomen oder dem «Bild einer Krankheit». Die Beschränkung auf ein Beratungsergebnis erlaubt es dem Arzt, so die braunsche Theorie, dem nachfolgenden Verlauf gegenüber offener zu sein. Denn, und das ist ein weiterer Aspekt der braunschen Theorie, es gehört gerade nicht zu den Hauptaufgaben des Arztes in der Primärversorgung, Diagnosen zu stellen, sondern «abwendbar gefährliche Verläufe» auszuschließen. Anders gesagt: Letztlich geht es in unserem Beruf nicht darum, unter allen Umständen herauszufinden, was ein Patient

Wobei, und dies sei durchaus kritisch angemerkt, die Benennung an sich vielfach schon einen therapeutischen Wert besitzt. Was einen Namen hat – und sei er auch wissenschaftlich inkorrekt – verliert einen Teil seines Schreckens und seiner Macht (Rumpelstilzchen – ach, wie gut, dass niemand weiss ... – zerreisst sich in der Luft, sobald die schöne Müllers-tochter seinen Namen nennt). Was man benennen kann, mit dem kann man umgehen und dessen kann man habhaft werden (oder glaubt es wenigstens).

Wir werden in einer der nächsten Ausgaben von ARS MEDICI nochmals auf das Wirken und die Bedeutung von Robert N. Braun für die Allgemeinmedizin, auf seine systematische Analyse der täglichen Berufsausübung in der Hausarztpraxis, eingehen. Es lohnt sich, so meinen wir, Braun auch posthum kennenzulernen. Weil die Allgemeinmedizin eine wissenschaftliche Analyse verdient, die sich an einer praxisgerechten Fachsprache orientiert. Selbst wenn sich in unseren Krankengeschichten weiterhin die allseits beliebten «grippalen Infekte» tummeln.

Richard Altorfer