



Training der Anamneseerhebung mit Simulationspatienten

Leitfaden Anamnese

I. Aster-Schenck, Universitätsklinikum Würzburg, Medizinische Klinik und Poliklinik

1. Allgemeine Hinweise

1.1. Anamnese: Was ist das?

Im Rahmen der **Anamnese** (von griech. ἀνάμνησις *anamnêsis* „Erinnerung“) wird die Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuellen Beschwerden erhoben. Ein klinisch tätiger Arzt erhebt während seiner beruflichen Laufbahn im Durchschnitt etwa 200.000 Anamnesen (Kurtz S et al.: Teaching and learning communication skills in Medicine. Oxon, Radcliffe 1998).

Bei der Anamneseerhebung lernen sich Arzt und Patient kennen: Hier entscheidet sich, wie ihr Vertrauensverhältnis sein wird. Ein gelungener Beziehungsaufbau mit einer vollständigen und strukturierten Anamnese ist entscheidend für die richtige Diagnosestellung und Therapie.

Die Anamnese erfordert vom Arzt große Aufmerksamkeit, ganze Zuwendung und tiefes Einfühlungsvermögen. Es geht nicht nur um inhaltliche Information. Der Patient offenbart sich gleichzeitig nonverbal durch Gestik, Wortwahl, Tonfall und mit seiner ganzen Erscheinung.

1.2. Vorgehen bei der Anamnese

Grundsätzlich ist es unser Ziel zuallererst, einen „Draht“ zu dem Patienten zu bekommen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Ohne das ist es fast unmöglich, eine erfolgreiche Anamnese durchzuführen, da der Patient sich ansonsten nicht „in der Situation geborgen“ fühlt und intime wichtige Information nicht preisgeben wird.

Meist wird das Anamnesegespräch deshalb mit einer Frage begonnen, auf die der Patient ganz individuell antworten kann und seine aktuellen Beschwerden schildert. Die offene Frageform macht es dem Patienten leichter, seine Beschwerden auf seine Weise zu schildern. Im „strukturierten Teil“ wird der Arzt dann das Gespräch mit standardisierten Fragen eingrenzen um so alle Bereiche

der Anamnese zu erfragen. Die Reihenfolge und die Schwerpunkte der Anamnese sind von der Fragestellung abhängig. Gezielte Fragen ergänzen die Standardanamnese und dienen dazu, die möglichen Differentialdiagnosen einzukreisen. Beispiel: Zur Differentialdiagnose beidseitiger Beinödeme die Fragen „Müssen Sie nachts Wasserlassen?“, „Gibt es tageszeitliche Schwankungen?“, „Haben Sie an Gewicht zugenommen?“ oder „Können Sie flach liegen?“

Man sollte sich während des Gespräches nur Notizen machen, um sich dem Patienten eingehend widmen zu können und den Redefluss des Patienten nicht zu unterbrechen. Aufzeichnung von Beschwerden erfolgen in den Worten des Patienten und nicht umgesetzt in Fachbegriffe mit vorzeitiger Kategorisierung (nicht: „klagt über Angina pectoris“, sondern „klagt über Schmerzen in der linken Brust“).

- Sorgen Sie dafür, dass Sie während des Anamnesegespräches mit dem Patienten möglichst ungestört sind.
- Vermeiden Sie bewusst den Eindruck, dass Sie unter Zeitdruck stehen.
- Schaffen Sie eine Situation, die es dem Patienten erleichtert, sich Ihnen anzuvertrauen

2. Ablauf der Anamnese¹

2.1. „Ouvertüre“

1. Patienten mit Namen begrüßen, Blickkontakt!
2. Sich selbst vorstellen mit Namen und Position
3. Gespräch auf gleicher Höhe (z. B. Stuhl neben Bett)
4. Kurzen Ausblick auf den nun folgende Ablauf geben

2.2. Aktuelle Beschwerden und ihre Entwicklung

Verlauf, Vorgeschichte der aktuellen Erkrankung und frühere Erkrankungen mit Bezug zum Leitsymptom durch offene Fragen („Was führt Sie zu uns?“) erfassen.

- Feststellen der Hauptbeschwerden/Leitsymptome
- Differenzierung der Beschwerden:

1. Lokalisation: **Wo?** (Oberflächlich, tief, wandernd oder ausstrahlend)
2. Qualität: **Wie** beschaffen? (dumpf, spitz, bohrend, ...)
3. Schweregrad: **Wie** sehr? (leicht, schwer, unerträglich, vernichtend, ...)
4. Zeitliches Auftreten: **Wann** zum ersten Mal? Bei welcher Gelegenheit?
5. Verlauf: **Wie** verlaufend? (gleich, zunehmend, wellenförmig)

¹ Die Gliederung der Anamnese entspricht der im PKU Skript von W. Burghardt und R. Jahns empfohlenen

- 6. Auslöser: **Wann**, bei welcher Gelegenheit oder Tätigkeit?
- 7. Begleitsymptome?
- 8. Behinderung: **Was** geht nicht mehr?

- Bereits durchgeführte Maßnahmen (EKG, Röntgen, Therapien, ...)
- Hat der Patient selbst eine Erklärung für seine Beschwerden
Ggf. ergänzende Fremdanamnese



2.3. Eigenanamnese (Standardfragen)

Vorerkrankungen

- Auffälligkeiten bei Geburt und im Säuglingsalter
- Kinderkrankheiten (z.B. Mumps, Masern, Röteln)
- Herz-, Kreislauf-Krankheiten (z.B. Herzinfarkt, art. Hypertonie)
- Lungen-/Bronchialerkrankungen
(z.B. Tbc, Asthma bronchiale, COPD, Pneumonie, Pleuritis)
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (z.B. Magen-/Darmgeschwür, Gelbsucht)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Krampfanfälle)
- Psychische/psychiatrische Leiden (z.B. Depressive Störung)

Krankenhausaufenthalte/Operationen

Risikofaktoren (Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas ...)

Allergien (Kontrastmittel, Antibiotika, Nahrungsmittel, „Heuschnupfen“ ...)

Genussmittel:

Alkohol

Folgende Fragen haben eine hohe Sensitivität bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch:

1. Hatten Sie schon einmal das Gefühl, ihren Alkoholkonsum reduzieren zu müssen?
2. Waren Sie schon einmal über Kritik an Ihrem Trinkverhalten verärgert?
3. Hatten Sie wegen Alkoholkonsum schon einmal Schuldgefühle?
4. Haben Sie schon mal morgens Alkohol getrunken, „um in Schwung zu kommen“?

Nikotin

Angabe in „Pack Years“
Früherer Nikotinabusus

Drogen

Aktueller Konsum,
Früherer Konsum (Risiken für HIV, Hepatitis)

2.4. Vegetative Anamnese

- Appetit, Durst, Unverträglichkeiten
- Gewichtsveränderung, Fieber, Nachtschweiß (sog. B-Symptome), Infektneigung
- Husten, Auswurf (Beschaffenheit)
- Stuhlgang, Wasserlassen (Obstipation, Diarrhöe, Blut im Stuhl, Nykturie, Pollakisurie, Algurie, schäumender Urin bei Proteinurie)
- Schlaf (Einschlafstörung, Durchschlafstörung)

2.5 Gynäkologische Anamnese

- Menses
- Letzte Periode, Menstruationsbeschwerden?
- Menarche/Menopause
- Geburtenzahl
- Aborte
- Vaginale Blutungen

2.6. Medikamenten Anamnese

- aktuelle Medikamente: Wirkstoff , exakte Dosierung und Verträglichkeit
- frühere Medikation bei chronischen Erkrankungen

2.7. Familien- und Sozialanamnese

- Familienstatus
Überleitungsfrage z.B.: „*Wenn es Ihnen schlecht geht, wer kümmert sich dann um Sie?*“
Vom allein stehenden Patienten ausgehen, z. B.: „*Sie leben alleine?*“ statt „*Sind Sie verheiratet?*“ oder „*Haben Sie Familie?*“
- Familiäre Erkrankungen
 - ✓ familiär gehäufte Erkrankungen (Mammakarzinom, Kolonkarzinom etc.)
 - ✓ klassische genetische Erkrankungen (Hämophilie etc.)
 - ✓ Allgemeiner Gesundheitszustand der Angehörigen (gibt Hinweis auf psychosoziale Belastungen und auf familiäre Situation überhaupt)
- Beruf
 - ✓ Zufriedenheit mit der Tätigkeit?
 - ✓ Exposition gegenüber arbeitsmedizinisch relevanten Stoffen?
 - ✓ Arbeitslosigkeit?
 - ✓ Rentenbegehren?

2.8. Orientierende Psychische Anamnese

- Depressive Störung (Leitfragen mit hoher Sensitivität)
 - ✓ *Haben Sie in der letzten Zeit bemerkt, dass Sie weniger Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten hatten?*
 - ✓ *Fühlten Sie sich in der letzten Zeit niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos?*
- Angststörungen: (Leitfragen mit hoher Sensitivität)
 - ✓ *Fühlten Sie sich in den letzten Wochen durch Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung, Panikattacken oder übermäßige Besorgnis beeinträchtigt?*
 - ✓ *Vermeiden Sie Menschenmengen, öffentliche Plätze, alleine Reisen oder weit von zu Hause wegzufahren?*
- Somatoforme Störungen: Persistierende körperliche Symptome ohne fassbare somatische Ursache.
Beeinträchtigung familiärer, kommunikativer und sozialer Funktionen

2. Übergang zur körperlichen Untersuchung

Erklären des weiteren Vorgehens