Duale Reihe

Hermann S. Füeßl, Martin Middeke

Anamnese und klinische Untersuchung

7. Auflage

Online-Version in via medici

Thieme

A Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung

1 Allgemeine Aspekte · 13

2 Anamnese · 16

3 Der informierte Patient · 51

4 Epidemiologie · 54

5 Allgemeinsymptome · 58

6 Körperliche Untersuchung und Befund · 78

B Blickdiagnosen

1 Allgemeines · 95

C Die Organsysteme im Detail, Untersuchung von Kindern und Bewusstlosen

1 Kopf- und Halsbereich · 141

2 Thorax · 187

3 Abdomen · 247

4 Urogenitaltrakt und Brustdrüse · 298

5 Peripheres Gefäßsystem · 338

6 Gelenke und Muskulatur · 352

7 Haut und Hautanhangsgebilde · 400

8 Lymphknoten · 429

9 Nervensystem und psychischer Befund · 434

10 Stoffwechsel und Endokrinium · 468

11 Untersuchung von Kindern · 488

12 Untersuchung von Bewusstlosen · 517

D Anhang

1 Labordiagnostik · 523

2 Glossar · 527

Gewidmet unserem Verleger
Dr. Albrecht Hauff,
der den entscheidenden Anstoß für dieses Buch gegeben hat.

Duale Reihe

Anamnese und klinische Untersuchung

Hermann S. Füeßl, Martin Middeke

Auskultationsbefunde Lunge: G. Würtemberger

7., überarbeitete Auflage

680 Abbildungen

Thieme

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Wichtiger Hinweis:

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.
Marken, geschäftliche Bezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Handelsnamen handelt.
Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.
Thieme Publikationen streben nach einer fachlich korrekten und unmissverständlichen Sprache. Dabei lehnt Thieme jeden Sprachgebrauch ab, der Menschen beleidigt oder diskriminiert, beispielsweise aufgrund einer Herkunft, Behinderung oder eines Geschlechts. Thieme wendet sich zudem gleichermaßen an Menschen jeder Geschlechtsidentität und nennt Autor*innen konkrete Beispiele, wie sie alle Lesenden gleichberechtigt ansprechen können. Die Ansprache aller Menschen ist ausdrücklich auch dort intendiert, wo im Text (etwa aus Gründen der Leseleichtigkeit, des Text-Umfangs oder des situativen Stil-Empfindens) z. B. nur ein generisches Maskulinum verwendet wird.

1. Auflage 1998
2. Auflage 2002
3. Auflage 2005
4. Auflage 2010
5. Auflage 2014
6. Auflage 2018

© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Germany
www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Martin Hoffmann, Neu-Ulm; Karin Baum, Paphos, Zypern; Joachim Hormann, Stuttgart
Mit Übernahmen aus: Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. Stuttgart: Thieme.
Layout: Ulrike Holzwarth, Büro für Gestaltung, Stuttgart
Covergestaltung: © Thieme
Bildnachweis Cover: © Thieme/K. Oborny
Filmbeiträge: Medienproduktion: TERRA NOVA Film Stuttgart; www.terra-nova.de
Satz: L42 AG, Berlin
Druck: Aprinta Druck GmbH, Wemding

DOI 10.1055/b000000572

ISBN 978-3-13-244309-9 1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-244310-5
eISBN (ePub) 978-3-13-244311-2

Vorwort

Auch im Zeitalter der digitalen Kommunikation hat das analoge Arzt-Patienten-Gespräch noch einen sehr hohen Stellenwert. Dies betrifft insbesondere die Erhebung der Anamnese. Auch die körperliche Untersuchung mag heute vielleicht manchen als antiquiert erscheinen. Sie verkennen dabei, dass auch im Zeitalter moderner Bildgebung und Labordiagnostik diese beiden Verfahren die Grundsäulen einer guten Medizin bleiben. Wenn ein Glasauge erst im CCT erkannt, die Aortenstenose nur bei der Routine-Echokardiografie festgestellt und der Zeruminalpfropf als Ursache einer Schwerhörigkeit gar nicht mehr einkalkuliert wird, dann stimmt etwas nicht mehr mit der Art, wie wir Medizin betreiben. Natürlich sind viele Methoden der Inspektion, Palpation und Auskultation technischen Untersuchungsverfahren bezüglich ihrer Sensitivität und Spezifität unterlegen und manche auch nie entsprechend evaluiert worden. Sie haben aber unschätzbare Vorteile, die weit über den unmittelbaren Wert als Diagnostikum hinausgehen. Unter anderem sind sie nebenwirkungsfrei, billig und beliebig oft wiederholbar. Vor allem aber werden sie von den meisten Patienten als Zeichen einer engagierten und unmittelbaren Zuwendung des Arztes betrachtet, wie sie keine App und kein Apparat je erzielen kann. Wir betrachten eine detaillierte und kenntnisreiche Anamnese als den Königsweg zur richtigen Diagnose und das wichtigste Mittel zur Vermeidung medizinischer Odysseen. Bezeichnenderweise ist auch durch die jüngst propagierte Initiative der medizinischen Fachgesellschaften „Klug entscheiden“ kein einziges Verfahren der unmittelbaren Patientenuntersuchung mit einer Negativempfehlung belegt worden. Die hohe Wertschätzung der körperlichen Untersuchung durch die Patienten sollten wir aber auch als therapeutisches Mittel einsetzen und sie nicht durch eigene Inkompetenz und Vernachlässigung schmälern. Gerade die Berührung des Kranken gilt seit jeher als archaisches Heilungsritual, das wir als Ärzte nicht leichtfertig aus der Hand geben sollten. Hierfür steht auch die moderne Berührungsmedizin.

Glücklicherweise haben diese Erkenntnisse an den meisten Fakultäten zu einer Art von Gegenbewegung geführt. Das Angebot an Lehrveranstaltungen zur ärztlichen Gesprächsführung und Anamnesetechnik ist umfangreicher geworden, die Bedeutung der körperlichen Untersuchung gewann durch die Prüfungsform OSCE („Objective Structured Clinical Evaluation“) größere Bedeutung. Das gestiegene Interesse der Medizinstudierenden an den ärztlichen Basistechniken spiegelt auch die hohe Nachfrage nach unserem Lehrbuch wider, das von der ersten Auflage die Nummer 1 auf diesem Markt ist. In der nun notwendig gewordenen siebten Auflage haben wir Kritik, Wünsche und Anregungen aus der Student*innenschaft und von Dozent*innen mehrerer Fakultäten berücksichtigt und umgesetzt. Kleine Fehler und Unklarheiten wurden beseitigt. Die online abrufbaren Herztöne und Geräusche wurden technisch optimiert, zudem demonstrieren wir nun die handwerklichen Untersuchungstechniken in mehreren Filmen. Mit der Aufnahme von Kasuistiken und wörtlichen Dialogen, einigen Seiten zur Historie der Auskultation und Perkussion sowie humorvollen Beiträgen wollen wir dem Leser zeigen, dass die Lektüre eines Lehrbuchs über die bloße Wissensvermittlung hinaus anregend, spannend und manchmal sogar amüsant sein kann. Damit sollte das Buch nicht nur eine didaktisch gut aufbereitete Lernhilfe zur Erlernung ärztlicher Basistechniken sein, sondern auch den Studenten höherer Semester stimulierende Einblicke in die Art der medizinischen Praxis geben, wie sie uns vorschwebt.

Unser Dank gilt dem Georg Thieme Verlag für die großzügige Ausstattung des Buchs. Herr Dr. Neuberger und vor allem Frau Dr. Horn-Zölch haben uns immer wieder mit großer Energie unterstützt. Dafür unseren herzlichen Dank. Wir hoffen, dass mit diesem Buch den Studierenden die Liebe zu Anamnese, zum unmittelbaren Umgang mit Patienten und zur körperlichen Untersuchung in die Köpfe und Herzen eingepflanzt wird.

München, im November 2021
Hermann S. Füeßl
Martin Middeke

Anschriften

Prof. Dr. med. Hermann S. **Füeßl**
Internist und Gastroenterologe
Wasserturmstr. 27a
85737 Ismaning

Prof. Dr. med. Martin **Middeke**
Hypertoniezentrum München HZM
Excellence Centre of the European Society of Hypertension (ESH)
Theatinerstraße 35
80333 München

Auskultationsbefunde Lunge

Prof. Dr. med. Gebhard **Würtemberger**
Obere Steige 28
79104 Freiburg

Inhaltsverzeichnis

Teil A Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung

1 Allgemeine Aspekte ... 13
Hermann S. Füeßl

1.1 Begegnung zwischen Arzt und Patient ... 13
1.2 Ziele der Begegnung zwischen Arzt und Patient ... 14

2 Anamnese ... 16
Hermann S. Füeßl, Martin Middeke

2.1 Grundregeln der Arzt-Patienten-Kommunikation ... 16
2.1.1 Sprache des Arztes – patientenadaptierte Kommunikation ... 18
2.1.2 Verhältnis Arzt–Patient ... 19
2.1.3 Der Arzt als Ratgeber, Vorbild, Freund ... 20
2.1.4 Empathie und Affekt ... 21
2.1.5 Äußeres Erscheinungsbild des Arztes (Kleidung, Habitus) ... 21
2.2 Einleitung des Gesprächs und Herstellung einer ersten Beziehung ... 22
2.3 Technik des Anamnesegesprächs ... 24
2.3.1 Verbale Kommunikation: Fragetypen, Zuhören ... 24
2.3.2 Nonverbale Kommunikation: Mimik, Gestik, Körpersprache, Empathie ... 27
2.3.3 Zusammenfassung ... 29
2.4 Bestandteile der Anamnese ... 30
2.4.1 Leitsymptom und aktuelle Anamnese ... 30
2.4.2 Frühere Erkrankungen mit Bezug zum Leitsymptom ... 31
2.4.3 Medikamentenanamnese ... 32
2.4.4 Auslösende Faktoren ... 35
2.4.5 Abgeschlossene medizinische Probleme ... 35
2.4.6 Systemüberblick ... 36
2.4.7 Psychosoziale Aspekte ... 37
2.4.8 Familienanamnese und Stammbaum ... 38
2.4.9 Berufsanamnese ... 39
2.5 Spezielle Probleme ... 40
2.5.1 Der schwierige Patient, Umgang mit Aggressionen ... 40
2.5.2 Der traurige Patient ... 40
2.5.3 Der hypochondrische Patient ... 41
2.5.4 „Heikle" Themen: Sexualität, Alkohol, Suchtverhalten ... 42
2.5.5 Körperliche Behinderung, Schwerhörigkeit, Blindheit ... 46
2.5.6 Verordnung von Medikamenten, Beipackzettel, Umgang mit Nebenwirkungen ... 47
2.6 Anwesenheit dritter Personen bei der Anamneseerhebung ... 47
2.7 Anamnese bei ausländischen Patienten ... 48
2.8 Anamnese im Alter ... 48
2.9 Gesprächsführung im Krankenhaus ... 49
2.9.1 Verhalten bei der Visite ... 50

3 Der informierte Patient ... 51
Hermann S. Füeßl

3.1 Allgemeines ... 51
3.2 Einbeziehung des Patienten in diagnostische und therapeutische Entscheidungen ... 51
3.3 Mitteilung einer malignen Krankheit ... 52

4 Epidemiologie ... 54
Martin Middeke

4.1 Definition und Allgemeines ... 54
4.2 Epidemiologische Grundbegriffe ... 54
4.3 Alters- und Geschlechtsabhängigkeit von Erkrankungen ... 56
4.4 Geografische Aspekte ... 56
4.5 Berufskrankheiten bzw. Krankheiten bei bestimmten Berufsgruppen ... 56
4.6 Chronobiologische Aspekte ... 57
4.7 Konstitution und Erkrankung ... 57

5 Allgemeinsymptome ... 58
Martin Middeke

5.1 Definition und Einteilung ... 58
5.2 Müdigkeit und Erschöpfung ... 59
5.3 Schlafstörungen ... 60
5.3.1 Altersabhängigkeit der Schlafstruktur ... 60
5.3.2 Formen der Schlaf-wach-Störungen ... 61
5.4 Gewichtsveränderungen ... 63
5.5 Fieber ... 66
5.6 Schwitzen ... 68
5.7 Durst ... 69
5.8 Schwindel (Vertigo) ... 70
5.9 Synkopen ... 73
5.10 Schmerzen ... 74

6 Körperliche Untersuchung und Befund 78
Hermann S. Füeßl, Martin Middeke

6.1 Allgemeines ... 78
6.2 Konstitutionstypen ... 78
6.3 Allgemeinzustand und Ernährungszustand ... 79
6.4 Vigilanz und Sprache ... 80
6.5 Körperhaltung und Gang ... 81
6.6 Gesicht, Mimik und Gestik ... 82

6.7 Geruch des Patienten ... 82
6.8 Entkleidung des Patienten ... 83
6.9 Ergänzung der Anamnese im Verlauf der körperlichen Untersuchung ... 83
6.10 Ausrüstung und Instrumentarium für die körperliche Untersuchung ... 83
6.11 Schematischer Ablauf der körperlichen Untersuchung ... 84
6.12 Mindestumfang der körperlichen Untersuchung ... 86
6.13 Vollständige Untersuchung oder Lokalbefund? ... 86
6.14 Dokumentation von Anamnese und körperlicher Untersuchung ... 87
6.15 Der Notfallpatient ... 88
6.16 Zur Bedeutung der klinischen Untersuchung ... 89
6.17 Auenbrugger, Laennec und Skoda: die Pioniere der Perkussion und Auskultation ... 90
Martin Middeke
6.17.1 Perkussion ... 90
6.17.2 Auskultation ... 90

Teil B Blickdiagnosen

1 Allgemeines ... 95
Hermann S. Füeßl, Martin Middeke

1.1 Beispiele für Blickdiagnosen ... 96
1.1.1 Blickdiagnosen Teil I ... 96
1.1.2 Blickdiagnosen Teil II ... 115

Teil C Die Organsysteme im Detail, Untersuchung von Kindern und Bewusstlosen

1 Kopf- und Halsbereich ... 141
Hermann S. Füeßl

1.1 Schädelkalotte und Gesichtsschädel ... 141
1.1.1 Anatomie ... 141
1.1.2 Untersuchungstechniken ... 141
1.2 Schädelform und -größe ... 144
1.3 Haut und Haare ... 144
1.4 Augen ... 145
1.4.1 Anamnese ... 146
1.4.2 Instrumentarium ... 146
1.4.3 Inspektion ... 146
1.4.4 Lider und Bulbus ... 146
1.4.5 Konjunktiven ... 148
1.4.6 Tränenorgan ... 150
1.4.7 Kornea, Sklera, Episklera ... 151
1.4.8 Vordere Augenkammer ... 153
1.4.9 Iris und Pupille ... 153
1.4.10 Linse ... 155
1.4.11 Bulbuspalpation ... 156
1.4.12 Ophthalmoskopie ... 156
1.4.13 Funktionsprüfungen ... 159
1.5 Nase, Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Ohren ... 164
1.5.1 Nase und Nasen-Rachen-Raum ... 165
1.5.2 Mund und Rachen ... 169
1.5.3 Kehlkopf ... 173
1.5.4 Untersuchung der Ohren ... 174
1.5.5 Funktionsprüfungen des Gehörs ... 176
1.5.6 Gleichgewichtsprüfung ... 179
1.6 Hals ... 179
1.6.1 Schilddrüse ... 180
1.6.2 Halsgefäße ... 181
1.7 Kopfschmerzen ... 183
1.7.1 Klassifikation ... 184
1.7.2 Anamnese ... 184
1.7.3 Untersuchung ... 186

2 Thorax ... 187
Martin Middeke

2.1 Allgemeines ... 187
2.2 Herz ... 187
2.2.1 Anatomie ... 187
2.2.2 Pulsmessung ... 188
2.2.3 Blutdruckmessung ... 192
2.2.4 Palpation ... 199
2.2.5 Perkussion ... 200
2.2.6 Auskultation ... 200
2.2.7 Jugularvenendruck ... 217
2.3 Knöcherner Thorax und Lunge ... 217
2.3.1 Inspektion ... 217
2.3.2 Palpation ... 219
2.3.3 Perkussion ... 220
2.3.4 Auskultation ... 223
2.4 Leitsymptome ... 227
2.4.1 Brustschmerz ... 227
2.4.2 Atemnot ... 239
2.4.3 Husten ... 244

3 Abdomen ... 247
Hermann S. Füeßl

3.1 Körperliche Untersuchung ... 247
3.1.1 Anatomie und Physiologie ... 247
3.1.2 Vorbereitung zur Untersuchung ... 248
3.1.3 Inspektion ... 250
3.1.4 Auskultation ... 252
3.1.5 Perkussion ... 254
3.1.6 Palpation ... 256
3.1.7 Untersuchung der Leistenregion ... 264
3.1.8 Inspektion des Anus und rektale Untersuchung ... 267

3.2 Anamnese wichtiger Leitsymptome ... 270
3.2.1 Bauchschmerzen ... 271
3.2.2 Sodbrennen ... 278
3.2.3 Dysphagie, Odynophagie ... 279
3.2.4 Übelkeit und Erbrechen ... 280
3.2.5 Aufstoßen, Meteorismus und Flatulenz ... 282
3.2.6 Diarrhö ... 284
3.2.7 Obstipation ... 287
3.2.8 Essstörungen und Anorexie ... 288
3.2.9 Gastrointestinale Blutung ... 290
3.2.10 Ikterus ... 293
3.2.11 Aszites ... 295
3.2.12 Geschmacks- und Geruchsstörungen ... 296

4 Urogenitaltrakt und Brustdrüse ... 298
Hermann S. Füeßl

4.1 Körperliche Untersuchung ... 298
4.1.1 Nieren, Harnleiter und Harnblase ... 298
4.1.2 Urinuntersuchung ... 304
4.1.3 Untersuchung der Genitalien ... 308
4.1.4 Untersuchung der Mammae ... 319
4.2 Anamnese ... 321
4.2.1 Allgemeine Aspekte ... 321
4.2.2 Symptomatologie ... 322
4.2.3 Anamnese bei Erkrankungen und Funktionsstörungen des männlichen Genitales ... 330
4.2.4 Anamnese bei Erkrankungen und Funktionsstörungen des weiblichen Genitales ... 333

5 Peripheres Gefäßsystem ... 338
Martin Middeke

5.1 Allgemeines ... 338
5.2 Arterielle Durchblutungsstörungen ... 339
5.2.1 Inspektion ... 339
5.2.2 Palpation ... 339
5.2.3 Auskultation ... 341
5.2.4 Funktionstests ... 342
5.2.5 Doppler-Untersuchung ... 343
5.2.6 Anamnese ... 344
5.3 Venöse Durchblutungsstörungen ... 345
5.3.1 Inspektion ... 346
5.3.2 Palpation ... 346
5.3.3 Funktionstests ... 347
5.3.4 Anamnese ... 348
5.4 Ödeme ... 349
5.4.1 Inspektion ... 350
5.4.2 Palpation ... 350
5.4.3 Anamnese ... 351

6 Gelenke und Muskulatur ... 352
Hermann S. Füeßl

6.1 Körperliche Untersuchung ... 352
6.1.1 Prinzipien der Gelenkuntersuchung ... 353
6.1.2 Untersuchung der oberen Extremität und des Schultergürtels ... 359
6.1.3 Untersuchung der unteren Extremität ... 371
6.1.4 Untersuchung der Wirbelsäule ... 382
6.1.5 Spezielle Gelenke ... 388
6.2 Anamnese ... 388
6.2.1 Symptomatik ... 388
6.2.2 Prinzipien der Anamnese bei Gelenkkrankheiten ... 391
6.3 Wichtige apparative und labordiagnostische Verfahren ... 395
6.3.1 Bildgebende Verfahren ... 396
6.3.2 Arthroskopie ... 398
6.3.3 Labordiagnostische Verfahren ... 398

7 Haut und Hautanhangsgebilde ... 400
Martin Middeke

7.1 Allgemeines ... 400
7.2 Morphologie und Physiologie der Haut ... 400
7.3 Untersuchung ... 403
7.3.1 Allgemeines ... 403
7.3.2 Inspektion ... 403
7.3.3 Palpation ... 418
7.4 Anamnese ... 418
7.4.1 Angeborene Dermatosen ... 419
7.4.2 Erworbene Dermatosen ... 419
7.4.3 Medikamenteninduzierte Hauterscheinungen ... 427
7.4.4 Juckreiz ... 427

8 Lymphknoten ... 429
Martin Middeke

8.1 Allgemeines ... 429
8.2 Inspektion ... 429
8.3 Palpation ... 430
8.3.1 Kopf und Hals ... 430
8.3.2 Axilläre Region ... 431
8.3.3 Inguinale Region ... 432
8.4 Anamnese ... 433

9 Nervensystem und psychischer Befund ... 434
Martin Middeke

9.1 Allgemeines ... 434
9.2 Anamnese und Untersuchung ... 434
9.2.1 Auftreten, Verhalten und Allgemeinzustand ... 436
9.2.2 Bewusstseinslage und Aufmerksamkeit ... 436
9.2.3 Sprache ... 436
9.2.4 Stimmung und Affektivität ... 436
9.2.5 Orientierung und Gedächtnis ... 437
9.2.6 Einsicht und Urteilsfähigkeit ... 438
9.2.7 Höhere kognitive Funktionen ... 438
9.2.8 Vorbereitung zur Untersuchung ... 438
9.2.9 Hirnnerven ... 439
9.2.10 Reflexe ... 444

9.2.11 Motorik ... 448
9.2.12 Koordination ... 450
9.2.13 Artikulation ... 454
9.2.14 Sensibilität ... 455
9.2.15 Vegetative Funktionen ... 461
9.3 Psychischer Befund ... 462
9.3.1 Anamnese ... 462
9.3.2 Untersuchung ... 462
9.4 Häufige Krankheitsbilder ... 463
9.4.1 Multiple Sklerose ... 463
9.4.2 Morbus Parkinson ... 463
9.4.3 Demenzielle Erkrankungen ... 464
9.4.4 Zerebrale Durchblutungsstörungen ... 466
9.4.5 Anfallsleiden ... 467

10 Stoffwechsel und Endokrinium ... 468

Hermann S. Füeßl

10.1 Allgemeines ... 468
10.2 Diabetes mellitus ... 469
10.2.1 Anamnese und allgemeine Inspektion ... 470
10.2.2 Körperliche Untersuchung ... 472
10.3 Fettstoffwechselstörungen ... 473
10.4 Purinstoffwechselstörungen ... 475
10.4.1 Anamnese ... 475
10.4.2 Körperliche Untersuchung ... 475
10.5 Porphyrien ... 476
10.5.1 Hepatische Formen ... 476
10.5.2 Erythropoetische Formen ... 477
10.6 Speicherkrankheiten ... 477
10.6.1 Morbus Wilson ... 477
10.6.2 Hämochromatose ... 477
10.7 Adipositas ... 478
10.8 Anorexie ... 479
10.8.1 Anamnese ... 480
10.8.2 Körperliche Untersuchung ... 480
10.9 Erkrankungen der Schilddrüse ... 481
10.9.1 Hyperthyreose ... 482
10.9.2 Hypothyreose ... 482
10.10 Hypophysäre Störungen ... 482
10.11 Erkrankungen der Nebenniere ... 484
10.11.1 Cushing-Syndrom ... 484
10.11.2 Morbus Addison ... 485
10.11.3 Conn-Syndrom ... 485
10.11.4 Phäochromozytom ... 485
10.12 Erkrankungen der Nebenschilddrüse ... 486
10.13 Hoch- und Minderwuchs ... 487

11 Untersuchung von Kindern ... 488

Hermann S. Füeßl

11.1 Körperliche Untersuchung ... 488
11.1.1 Besonderheiten der Untersuchung von Kindern ... 488
11.1.2 Untersuchung von Neugeborenen ... 491
11.1.3 Untersuchung des Kindes im ersten Lebenshalbjahr (U2–U4) ... 493
11.1.4 Untersuchung von Kindern im zweiten Lebenshalbjahr (U5, U6) ... 501
11.1.5 Untersuchung von Kindern im 2. und 3. Lebensjahr (U7, U8) ... 503
11.1.6 Untersuchung von Kindern im 4.–10. Lebensjahr ... 506
11.1.7 Problem Misshandlung ... 506
11.1.8 Untersuchung von Kindern in der Pubertät ... 507
11.2 Anamnese ... 510
11.2.1 Besonderheiten bei der Anamnese von Kindern ... 510
11.2.2 Technik des Anamnesegesprächs ... 511
11.2.3 Familienanamnese ... 512
11.2.4 Persönliche Anamnese ... 512
11.2.5 Spezielle Anamnese bei häufigen Symptomen im Kindesalter ... 514

12 Untersuchung von Bewusstlosen ... 517

Hermann S. Füeßl

12.1 Allgemeines ... 517
12.2 Anamnese ... 518
12.3 Inspektion und körperliche Untersuchung ... 519

Teil D Anhang

1 Labordiagnostik ... 523

1.1 Anmerkungen zur Labordiagnostik ... 523
1.2 Wichtige Normalwerte der Laboratoriumsdiagnostik ... 523
1.3 Körperfettgehalt ... 526

2 Glossar ... 527

Sachverzeichnis ... 537

Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung

A

© BirgitKorber/stock.adobe.com

© BirgitKorber/stock.adobe.com

Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung

1 **Allgemeine Aspekte** 13

2 **Anamnese** 16

3 **Der informierte Patient** 51

4 **Epidemiologie** 54

5 **Allgemeinsymptome** 58

6 **Körperliche Untersuchung und Befund** 78

1 Allgemeine Aspekte

1.1 Begegnung zwischen Arzt und Patient 13
1.2 Ziele der Begegnung zwischen Arzt und Patient 14

© Liudmila Dutko/stock.adobe.com

Hermann S. Füeßl

1.1 Begegnung zwischen Arzt und Patient

Die Begegnung zwischen Patient und Arzt in der Sprechstunde stellt eigentlich einen höchst ungewöhnlichen Vorgang dar: Zwei Unbekannte mit meist sehr unterschiedlichen Voraussetzungen treffen sich ohne Zeugen zu einem vertraulichen Gespräch. Der eine lädt seine Last ab und gewährt dabei innerhalb von Sekunden dem anderen Einblicke in sein Innerstes, das er einem anderen Menschen, selbst seinem engsten Angehörigen, vielleicht nie preisgeben würde. Der andere ist professionell daran gewöhnt, Klagen zu hören, und versucht, alle seine natürlichen und erlernten Fähigkeiten zu nutzen, um dem Patienten zu helfen. In die **Präsentation der Symptome** vonseiten des Patienten und die Perzeption des Gesagten vonseiten des Arztes fließen beider Erlebnisse, Gefühle, Herkunft, Bildungsstand, Gemütslage und Weltanschauungen mit ein. Auch insofern ist die Begegnung einmalig und nicht wiederholbar. Dies ist übrigens einer der Gründe für die schlechte Reproduzierbarkeit von Anamnesen. Insofern ist eine gute Anamneseerhebung zwar prinzipiell erlernbar, jedoch auch ein Teil der sog. „ärztlichen Kunst". Das Ergebnis ist daher ein Unikat wie jedes Kunstwerk.

Im Idealfall bildet das Verhältnis zwischen Arzt und Patient eine „Insel der Seligen" in der heute mehr denn je ausgeprägten Tendenz zu Misstrauen und Sich-Verstellen. Gerade deshalb trägt der Arzt ein hohes Maß an Verantwortung, den ihm entgegengebrachten Vertrauensvorschuss und die Informationen nach bestem Wissen und in integrer Weise zum Wohl des Patienten zu nutzen.

Sei es subjektiv durch vorhandene **Ängste**, sei es objektiv durch eine tatsächlich oder vermeintlich bedrohliche Krankheit – der Patient befindet sich gegenüber dem Arzt immer in einer unterlegenen Position. Der professionelle Umgang mit dem Patienten und die institutionalisierte Beziehung zwischen Helfer und Hilfsbedürftigem bergen für den Arzt immanent die Gefahr, sich überlegen zu fühlen. Dieses Gefühl der Überlegenheit kann seinen Ausdruck in einem autoritären oder arroganten Verhalten des Arztes finden, das sich negativ auf die Arzt-Patienten-Begegnung auswirken wird.

▶ Merke. Der den Patienten umfassend betreuende Arzt – in einer Zeit zunehmender Spezialisierung nötiger denn je – darf sich nicht nur als kompetenter Fachmann verstehen, sondern muss auch **dem Patienten ein Gefühl von Empathie und Verbundenheit vermitteln**. Nur so wird aus einer Arzt-Patienten-Begegnung eine vielleicht dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung (Abb. **A-1.1**).

A-1.1 Arzt-Patient-Beziehung: Hausbesuch

Hausbesuch heute.

(© Gina Sanders/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by models (nachgestellte Situation))

1.1 Begegnung zwischen Arzt und Patient

Die Begegnung zwischen Patient und Arzt in der Sprechstunde stellt einen höchst ungewöhnlichen Vorgang dar: Zwei Unbekannte mit meist sehr unterschiedlichen Voraussetzungen treffen sich ohne Zeugen zu einem vertraulichen Gespräch.
In die **Präsentation der Symptome** vonseiten des Patienten und die Perzeption des Gesagten vonseiten des Arztes fließen beider Erlebnisse, Gefühle, Herkunft, Bildungsstand, Gemütslage und Weltanschauungen mit ein.

Im Idealfall bildet das Verhältnis Arzt–Patient eine „Insel der Seligen" in der heute mehr denn je ausgeprägten Tendenz zu Misstrauen und Sich-Verstellen.

Sei es subjektiv durch vorhandene **Ängste**, sei es objektiv durch eine bedrohliche Krankheit – der Patient befindet sich gegenüber dem Arzt immer in einer unterlegenen Position.

▶ Merke.

A-1.1

1.2 Ziele der Begegnung zwischen Arzt und Patient

Angestrebtes Ziel der Begegnung zwischen Arzt und Patient ist die Befreiung des Patienten von seinen Beschwerden, zumindest aber deren Linderung.

Angestrebtes Ziel der Begegnung zwischen Arzt und Patient ist die Befreiung des Patienten von seinen Beschwerden, zumindest aber deren Linderung. Die demografische Entwicklung mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung bringt es mit sich, dass eine „Heilung“ im eigentlichen Wortsinn gerade im Bereich der Inneren Medizin eher die Ausnahme ist. Meist können funktionelle, degenerative und chronische Krankheiten nur in einer Art temporärer Balance gehalten werden. Dies bedeutet, dass die betroffenen Patienten über viele Jahre auf ihrem Lebensweg ärztlich begleitet werden müssen; je erfolgreicher die Medizin wird, umso länger.

„Ehe ein fähiger Arzt seinem Patienten eine Arznei verabreicht, macht er sich nicht nur mit der Krankheit, die er zu heilen gedenkt, vertraut, sondern auch mit den Lebensgewohnheiten und der Konstitution des kranken Menschen selbst.“ Dieses Wort Ciceros, obwohl mehr als 2000 Jahre alt, ist heute aktueller denn je und beleuchtet schlaglichtartig eines der wichtigsten Probleme der modernen Medizin.

Bei der ersten Begegnung sollte der Arzt eine **erste Beziehung aufbauen**, auf deren Basis ein vertrauensvolles Gespräch möglich ist, s. Kap. Grundregeln der Arzt-Patienten-Kommunikation (S. 16). Kernpunkt des ersten Gesprächs ist die Gewinnung von Information durch den Arzt im Rahmen der Anamnese.

Bei der ersten Begegnung ist es zunächst Aufgabe des Arztes, eine **erste Beziehung aufzubauen**, auf deren Basis ein vertrauensvolles Gespräch möglich ist. Dies wird erreicht durch höfliches, freundliches und zugewandtes Verhalten, s. Kap. Grundregeln der Arzt-Patienten-Kommunikation (S. 16). Kernpunkt des ersten Gesprächs ist die Gewinnung von Information durch den Arzt im Rahmen der Anamnese. Diese beginnt mit der Schilderung des führenden Symptoms.

► Merke.

► Merke. Versuchen Sie, durch gezieltes Nachfragen bei den Angaben des Patienten und durch Fragen zum Systemüberblick (S. 36) dem Patienten die Möglichkeit aufzuzeigen, seine Krankheit in Bezug auf seine gesamten Lebensumstände zu sehen.

Konzentriertes Zuhören und Fragen zur früheren Anamnese, Berufs- und Familienanamnese liefern wichtige Informationen und vermitteln dem Patienten den Eindruck von Sorgfalt und Mitgefühl. Ähnliches gilt für die körperliche Untersuchung.

Konzentriertes Zuhören und Fragen zur früheren Anamnese, Berufs- und Familienanamnese liefern nicht nur wichtige Informationen, sondern vermitteln auch dem Patienten den Eindruck von Gründlichkeit, Sorgfalt und Mitgefühl. Ähnliches gilt für die körperliche Untersuchung, die deshalb auch nicht vernachlässigt werden sollte, selbst wenn der Arzt die Wahrscheinlichkeit für gering hält, dabei entscheidende Hinweise für die Diagnose zu erhalten.

Am Ende der ersten Begegnung sollten Sie die erhobenen **Befunde mit dem Patienten besprechen** und ihm Ihre vorläufigen Überlegungen zum weiteren Vorgehen mitteilen. Gemeinsam müssen diagnostisches Vorgehen, evtl. auch schon therapeutische Maßnahmen und Ziele festgelegt werden. Anhand Ihres Verhaltens wird der Patient auch entscheiden, ob er mit Ihnen eine stillschweigende Übereinkunft erzielen kann oder nicht. Letztlich haben daher die meisten Ärzte die Patienten, die am besten zu ihnen passen.

Am Ende der ersten Begegnung sollten Sie die erhobenen **Befunde mit dem Patienten besprechen** und ihm Ihre vorläufigen Überlegungen zum weiteren Vorgehen mitteilen. Gemeinsam müssen das diagnostische Vorgehen, evtl. auch schon die therapeutischen Maßnahmen und Ziele festgelegt werden. Anhand der Reaktion des Patienten erfahren Sie vieles über dessen Grundeinstellung zur Medizin an sich. Ist er eher kritisch gegenüber medizinischen Maßnahmen eingestellt, lässt er vertrauensvoll alles über sich ergehen, möchte er „letzte Sicherheit“ durch apparative Diagnostik, neigt er zur Aggravation oder Dissimulation, bevorzugt er Zuwarten oder möchte er alles am liebsten operativ gelöst haben. Die denkbaren Möglichkeiten sind hier unbegrenzt. Anhand Ihres Verhaltens wird der Patient auch entscheiden, ob er mit Ihnen eine stillschweigende Übereinkunft erzielen kann oder nicht. Letztlich haben daher die meisten Ärzte die Patienten, die am besten zu ihnen passen – ein Phänomen, das beim Wechsel von Praxisinhabern immer wieder zutage tritt.

Die hier geschilderten Gesichtspunkte spielen vor allem beim geplanten Arztbesuch in der Praxis eine Rolle. Sie treffen prinzipiell aber auch auf Patienten im Krankenhaus, in der Notaufnahme oder beim Hausbesuch zu, wenngleich sich die Gewichtung verschiebt: Kommt ein Patient mit starken abdominellen oder Thoraxschmerzen, so wird man sich zunächst auf das akute Problem konzentrieren. Die Variationsbreite der ärztlichen Vorschläge und die Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten sind aus begreiflichen Gründen geringer, psychosoziale Aspekte spielen im Gespräch zunächst noch keine Rolle.

► Merke.

► Merke. Das **Ziel der ersten Begegnung** zwischen Arzt und Patient ist erreicht, wenn

- Der Arzt den Patienten so weit führen konnte, dass er seine Entscheidungen auf brauchbare Informationen stützen kann
- der Arzt Einblick in die Persönlichkeit des Patienten gewinnen konnte
- sich zwischen Arzt und Patient ein Vertrauensverhältnis aufzubauen beginnt
- dem Patienten das Gefühl der kompetenten Beratung, der klaren Perspektive, vielleicht auch nur etwas Trost, Hoffnung und Empathie vermittelt wurde
- der Patient die Gelegenheit hatte, sich im Sinne einer Katharsis auszusprechen.

Der letzte Punkt leitet bereits zur Therapie über, noch ehe eine spezifisch-therapeutische Maßnahme vorgenommen wurde.

© Gstudio/stock.adobe.com

© Gstudio/stock.adobe.com

2 Anamnese

2.1 Grundregeln der Arzt-Patienten-Kommunikation 16
2.2 Einleitung des Gesprächs und Herstellung einer ersten Beziehung. . . 22
2.3 Technik des Anamnesegesprächs. 24
2.4 Bestandteile der Anamnese 30
2.5 Spezielle Probleme. 40
2.6 Anwesenheit dritter Personen bei der Anamneseerhebung 47
2.7 Anamnese bei ausländischen Patienten. 48
2.8 Anamnese im Alter 48
2.9 Gesprächsführung im Krankenhaus 49

Hermann S. Füeßl, Martin Middeke

2.1 Grundregeln der Arzt-Patienten-Kommunikation

2.1 Grundregeln der Arzt-Patienten-Kommunikation

Oft beginnt die Beziehung zum Patienten mit einer Terminabsprache.

Die Beziehung des Patienten zum Arzt beginnt bereits bei der telefonischen Terminvereinbarung. Die Person, die den Anruf entgegen nimmt, ist das erste Aushängeschild der Praxis oder des Krankenhauses. Ihr Verhalten am Telefon legt bereits den Grundstein für eine weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Patienten.

► Merke.

► Merke. Auch in der Hektik des Alltags sollten Sie sich immer wieder Folgendes ins Gedächtnis rufen: Für Sie als Arzt bedeutet der anstehende Kontakt mit einem Patienten meist nur einen routinemäßigen Vorgang in der langen Kette von Begegnungen, die der „Job" mit sich bringt; für den Patienten kann der Kontakt mit dem Arzt ein ganz außergewöhnliches Ereignis darstellen, das er vielleicht seit Langem vor sich herschiebt, da es für ihn mit Ängsten und Ungewissheit beladen ist. Seien Sie sich daher, so schwer es auch fallen mag, immer wieder der Einmaligkeit dieser Begegnung bewusst!

Bevor Sie das erste Gespräch mit einem Patienten beginnen, sollten Sie sich die **verfügbaren Informationen ansehen und einprägen.** Dazu gehören z. B. die persönlichen Daten. Besonders wichtig ist es zu wissen, ob und und wenn ja, warum der Patient von einem anderen Arzt überwiesen wurde, welches Ergebnis früher durchgeführte Untersuchungen hatten und welche Diagnosen bereits von anderen Ärzten gestellt wurden.

Bevor Sie das erste Gespräch mit einem Patienten beginnen, sollten Sie sich die **verfügbaren Informationen ansehen und einprägen.** Dazu gehören z. B. die persönlichen Daten auf dem Krankenschein wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnort, Beruf usw. Der erfahrene Mediziner kann allein aufgrund dieser Daten die wahrscheinlichen Diagnosen anhand epidemiologischer Grundkenntnisse einengen. Besonders wichtig ist es zu wissen, ob und warum der Patient von einem anderen Arzt überwiesen wurde, welches Ergebnis früher durchgeführte Untersuchungen hatten und welche Diagnosen bereits von anderen Ärzten gestellt wurden. Dadurch sparen Sie nicht nur viel Zeit, sondern vermitteln auch dem Patienten das Gefühl, Sie hätten sich mit „seinem Fall" bereits beschäftigt. Allerdings ist es wichtig, dem Patienten die Quellen Ihrer Vorkenntnisse zu nennen, z. B. den Überweisungsschein, frühere Arztbriefe, Telefonate mit vorbehandelnden Ärzten, unter Umständen auch einmal Angehörige.

Zu Beginn des Kontakts sollten Sie den Patienten mit einem **Händedruck begrüßen** und sich mit Namen und Funktion vorstellen. Insbesondere Medizinstudenten in Famulatur oder im Praktischen Jahr und Vertreter des ständigen Arztes sollten **keine Unklarheiten über ihre Stellung lassen**. Es klingt banal, doch muss der Arzt sich dazu selbstverständlich von seinem Stuhl erheben. Leider werden die Grundformen der Höflichkeit im Alltag von Kliniken und Praxen nicht immer eingehalten. Als Faustregel kann gelten, den Patienten so zu behandeln, wie der Inhaber eines Geschäfts mit einem guten Kunden umgehen würde. Man stelle sich auch immer wieder vor, wie man selbst behandelt werden möchte, wenn die Rollen einmal vertauscht sind. Die Vorstellung ist beim Arzt-Patienten-Kontakt mehr als eine gesellschaftliche Pflichtübung: Sie versucht vielmehr eine Vertrauenssituation zu schaffen, in der sich der Patient öffnen kann. Es gibt nur wenige Menschen, die sich als Patienten einer Institution, z. B. eines Krankenhauses oder einer Poliklinik, empfinden; vielmehr legen die meisten Wert darauf, Patient bei Dr. XY zu sein. Dieses Verhältnis ist dabei

A-2.1 Mögliche Sitzpositionen beim Anamnesegespräch

a Arzt und Patient sitzen sich gegenüber. (© fizkes/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by models)
b Der Patient sitzt neben dem Schreibtisch. (© Alexander Raths/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by models)

gar nicht an die Qualifikation des Arztes gebunden und kann sich unter Umständen auch schon auf Studenten im Praktischen Jahr oder ganz junge Ärzte beziehen. Häufig sind es gerade die jüngsten Kollegen, die durch ein zugewandtes, weder durch Dünkel noch Routine geprägtes Verhalten das besondere Vertrauen von Patienten gewinnen. Daraus wird ersichtlich, welchen wichtigen Beitrag das persönliche Verhalten des Arztes für die Begründung eines vertrauensvollen Verhältnisses leistet.

Zum höflichen und zugewandten Umgang mit dem Patienten gehört es, die **formelle Anrede** wie „Frau Meier“ oder „Herr Schmidt“ zu **benutzen**. In Ausdrücken wie „Opa“ für einen älteren Herrn oder „Mutter“ für eine alte Dame liegt ein Moment der Demütigung und Depersonalisation, das nicht dadurch abgemildert wird, dass viele Patienten sich an diese Redewendungen in langjähriger Erfahrung mit Ärzten gewöhnt haben. Wann immer möglich, sollten Sie zumindest bei der Vorstellung nicht schon ungleiche Machtverhältnisse andeuten. Bedenken Sie, dass der Patient sich ohnehin durch Offenbarung seiner tiefsten Ängste seinem Arzt gegenüber zumindest vorübergehend in eine untergeordnete, abhängige Position begibt. Wer würde je bei geschäftlichen Verhandlungen eingangs darauf hinweisen, er habe Eheprobleme, oder auf einer Party verkünden, er sei inkontinent.

Die **Atmosphäre**, in der die Anamneseerhebung stattfindet, ist von größter Bedeutung für den **Abbau emotionaler Barrieren**. Ohne sie kommt eine fruchtbare Kommunikation nicht zustande. Vermitteln Sie dem Patienten den Eindruck, Sie stünden nun voll zu seiner Verfügung, nichts sei Ihnen im Augenblick wichtiger, als ihm zuzuhören. Dazu gehört, dass Sie **Störungen** des Gesprächs, vor allem Telefonate, soweit wie möglich von sich **fern halten**. Im Allgemeinen werden Sie an einem Schreibtisch dem Patienten gegenüber sitzen (Abb. **A-2.1a**). Diese Stellung hat zwar den Vorteil, dass Sie dem Patienten gut in die Augen sehen können, wenn Sie den Blick kurz von Ihren Notizen erheben. Allerdings kann der Schreibtisch bei entsprechender Größe auch den Charakter einer Barriere zwischen Ihnen und dem Patienten gewinnen. In dieser Hinsicht ist es günstiger, wenn der Patient neben dem Schreibtisch sitzt (Abb. **A-2.1b**).

Vermeiden Sie unbedingt den Eindruck, Sie stünden unter Zeitdruck – obwohl Sie das meist sein werden. Dazu gehört, dass Sie nicht im Stehen mit dem Patienten sprechen, sich nicht auf die Tür zubewegen, nicht unruhig von einem Fuß auf den anderen treten usw. Seine Ungeduld nicht zu zeigen, kann sehr anstrengend sein, und nicht wenigen Kollegen fällt es schwer, bei umständlichen oder weitschweifigen Patienten über längere Zeit die Contenance zu bewahren. Sie sollten aber dem Patienten auch nicht unbeschränkt Zeit geben, sonst werden Sie evtl. mit irrelevanter Information überschüttet. Manchmal ist es erforderlich, den Patienten in seinem Redefluss zu unterbrechen, doch sollten Sie nicht zu oft zu diesem Mittel greifen.

Der oft vorgebrachte Einwand, Ärzte würden von Patienten „zu Tode geredet“, wenn man sie nicht in die richtigen Bahnen lenken würde, trifft in Wahrheit nicht zu. Tatsächlich haben Untersuchungen aus allgemeinärztlichen Praxen gezeigt, dass die meisten Patienten nach etwa 1,43 min (± 8 s) dem Arzt durch verbale und nonverbale Signale zu erkennen geben, dass sie nun mit ihren Schilderungen am Ende seien und der Arzt jetzt etwas zu ihren Problemen sagen solle.

Zum höflichen und zugewandten Umgang mit dem Patienten gehört es, die **formelle Anrede** wie „Frau Meier“ oder „Herr Schmidt“ zu **benutzen**. In Ausdrücken wie „Opa“ für einen älteren Herrn oder „Mutter“ für eine alte Dame liegt ein Moment der Demütigung und Depersonalisation.

Die **Atmosphäre** ist von größter Bedeutung für den **Abbau emotionaler Barrieren**. Ohne sie kommt eine fruchtbare Kommunikation nicht zustande. Dazu gehört, dass Sie **Störungen** (v. a. Telefonate) möglichst von sich **fern halten**.
Im Allgemeinen werden Sie an einem Schreibtisch dem Patienten gegenüber sitzen (Abb. **A-2.1a**). Der Schreibtisch kann aber auch den Charakter einer Barriere gewinnen. Dann ist es günstiger, wenn der Patient neben dem Schreibtisch sitzt (Abb. **A-2.1b**).

Vermeiden Sie unbedingt den Eindruck, Sie stünden unter Zeitdruck – obwohl Sie das meist sein werden.

Den ersten Sekunden der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, einschließlich der korrekten Anrede und Begrüßung, kommt entscheidende Bedeutung zu.

Die ersten Sekunden der Kommunikation zwischen Arzt und Patient einschließlich der korrekten Anrede und Begrüßung entscheiden darüber, wie weit sich der Patient Ihnen gegenüber öffnet, inwieweit er Ihren diagnostischen und therapeutischen Ratschlägen folgen und wie zufrieden er letztlich mit Ihnen als Arzt sein wird. Details s. Kap. Einleitung des Gesprächs (S. 22) und Kap. Technik des Anamnesegesprächs (S. 24).

2.1.1 Sprache des Arztes – patientenadaptierte Kommunikation

Lassen Sie den Patienten seine Beschwerden in den ersten Minuten des anamnestischen Gesprächs frei und ohne Unterbrechung vortragen. Aus der Art der spontanen Schilderung werden Sie schnell **herausfinden**, wie informiert er ist, **welches Verständnis er selbst von seinen Beschwerden hat**, ob er mehr zur neutralen präzisen Beobachtung, zur fortlaufenden Interpretation oder zur mystisch-okkulten Betrachtungsweise neigt. Sie erhalten Informationen über den medizinischen Informationsgrad, den Bildungshintergrund und die Artikulationsfähigkeit des Patienten, sodass Sie Ihre Gesprächsführung und Ihre Formulierungen darauf abstimmen können.

Sowohl eine Zuflucht des Arztes in einen **falschen Abstraktionsgrad** (z. B. relativ geringes Risiko: „Was ist ein relativ geringes Risiko?“ Relativ wozu?) als auch eine **zu starke Konkretisierung** kann mehr verwirren als aufklären. Wenn dem Patienten z. B. jedes kleinste Detail eines diagnostischen Eingriffs erklärt wird, wird er bald „den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen“.

2.1.1 Sprache des Arztes – patientenadaptierte Kommunikation

Die Vorinformation, die der Arzt von einem Patienten hat, und der erste persönliche Eindruck sollten mitbestimmend für die Form der Kommunikation sein. Eine Marktfrau wird an ihren Arzt andere Erwartungen stellen und bedarf anderer Worte als der Direktor eines Unternehmens, zwischen dem 25-jährigen Studenten mit Prüfungsangst und einer 75-jährigen Witwe mit Typ-2-Diabetes liegen Welten. Allerdings werden Höflichkeit, Freundlichkeit und Zugewandtheit des Arztes nicht schichten- oder altersspezifisch, sondern von jedem Menschen als angenehm empfunden. Lassen Sie den Patienten seine Beschwerden in den ersten Minuten des anamnestischen Gesprächs frei und ohne Unterbrechung vortragen. Aus der Art der spontanen Schilderung werden Sie schnell **herausfinden**, wie informiert er ist, **welches Verständnis er selbst von seinen Beschwerden hat**, ob er mehr zur neutralen präzisen Beobachtung, zur fortlaufenden Interpretation oder zur mystisch-okkulten Betrachtungsweise neigt. Sie erhalten Informationen über seinen Bildungshintergrund und seine Artikulationsfähigkeit, sodass Sie Ihre Gesprächsführung und Ihre Formulierungen darauf abstimmen können. Manchmal werden Sie nur aus Untertönen erfahren, ob der Patient voller Zutrauen oder voller Skepsis gegenüber der wissenschaftlichen Medizin ist, welche Erfahrungen er bisher mit medizinischen Institutionen gemacht hat oder ob er eher alternativen Heilmethoden anhängt.

Bei jungen Medizinern kann man oft erleben, dass sie **Hemmungen** vor einem **direkten Ansprechen der Probleme** haben, Zuflucht in einem **falschen Abstraktionsgrad** suchen und damit unverständliche Informationen geben. Was versteht man unter einem relativ geringen Risiko (relativ wozu?), einem optimalen Therapieerfolg (welchen Erfolg konkret?), einem minimalen Eingriff (was geschieht dabei wirklich?). Die **abstrakte Ausdrucksweise** erfordert das ständige Mitdenken des Gesprächspartners, da er ständig die verschiedenen konkreten Möglichkeiten in Betracht ziehen muss, will er den wirklichen Inhalt der Ausführungen erfassen. Auch eine **zu starke Konkretisierung** kann mehr verwirren als aufklären. Wenn Sie dem Patienten jedes kleinste Detail eines diagnostischen Eingriffs oder einer pathophysiologischen Überlegung erklären, wird er am Ende „den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen“. Es hat sich gezeigt, dass Patienten selbst nach kurzer Zeit nur einen kleinen Anteil dessen wiedergeben können, was ihnen der Arzt mitgeteilt hat.

► Merke.

► Merke. Der Mensch ist ein Augenwesen. Versuchen Sie, durch **Vergleiche und Beispiele** möglichst anschaulich zu sein und durch einfache bildliche Darstellungen dem Patienten zu erklären, was Sie sagen wollen. Hinter vermeintlich so komplizierten Wörtern wie einer perkutanen transluminalen Angioplastie oder einer endoskopischen Konkrementextraktion verbirgt sich nichts anderes, als dass „verstopfte Rohre wieder durchgängig gemacht werden“. Selbst Autoimmunerkrankungen lassen sich mit einfachen Worten erklären.

Vermeiden Sie medizinische Fachtermini und Ausdrücke des Klinikjargons sowie Abkürzungen im Gespräch mit dem Patienten.

Vermeiden Sie medizinische Fachtermini und Ausdrücke des Klinikjargons sowie Abkürzungen im Gespräch mit dem Patienten. Wenn Sie fragen, ob der Test positiv war, denkt mancher Patient genau das Gegenteil dessen, was Sie darunter verstehen. Ausdrücke wie Rezidiv, lokal, intermittierend, Orthostase, BKS etc. werden von den wenigsten Patienten im korrekten medizinischen Sinn aufgenommen.

Stammen Arzt und Patient aus derselben Gegend, so kann der **Gebrauch eines lokalen Dialekts** oder zumindest eines lokalen Sprachkolorits **bei bestimmten Patienten** zum Aufbau einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient nützlich sein.

Stammen Arzt und Patient aus derselben Gegend, so kann der **Gebrauch eines lokalen Dialekts** oder zumindest eines lokalen Sprachkolorits **bei bestimmten Patienten** zum Aufbau einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient nützlich sein. Möglicherweise artikuliert der Patient eher seine Sorgen und Nöte, wenn er in seinem vertrauten Dialekt mit einem Arzt spricht, bei dem er sich im wahrsten Sinne des Wortes voll „verstanden“ fühlt. Verwenden Sie dieses Mittel, falls sich die Möglichkeit dazu ergibt.

Die Art und Weise, wie Sie mit Patienten sprechen, wird geprägt von Ihrem Eindruck, den Sie von der Persönlichkeit des Patienten haben **(patientenadaptierte Kommunikation)**. Autoritätsgläubige, eher infantil strukturierte Patienten mit geringem allgemeinem Informationsgrad empfinden es durchaus als angenehm, wenn sie sich vertrauensvoll in die Hände eines Arztes begeben können („Herr Doktor, Sie werden schon wissen, was für mich am besten ist, schließlich sind Sie der Arzt."). Bei diesen Patienten kann man es sich durchaus erlauben, den „großen allwissenden Heiler" zu spielen, und es bedarf keiner langatmigen Erklärungen der eigenen Vorschläge und Entscheidungen. Dieser Typus des Patienten wird allerdings immer seltener und dürfte vielleicht sogar bald aussterben.

Zunehmend häufiger erlebt der Arzt heute den **gut informierten Patienten**, der sich aus der Presse, anhand von Fachliteratur und Internet und durch Gespräche im Bekanntenkreis kundig, oft „pseudokundig" gemacht hat. Er fordert vom Arzt wesentlich mehr Zeit und Zuwendung, will alles detailliert erklärt haben und neigt eher zu Skepsis und Aggression. Dieser Patiententypus tendiert dazu, das aus dem Geschäftsleben gewohnte Verhalten auf das Arzt-Patienten-Verhältnis zu übertragen. Er wünscht Garantien, Sicherheiten, exakte Vorhersagen und konsultiert daher oft mehrere Ärzte wegen desselben Problems. Im Hintergrund steht dabei gelegentlich der Rechtsanwalt. Zwar machen solche Patienten das Leben des Arztes nicht leichter, jedoch darf man nicht vergessen, dass hinter solchen Verhaltensweisen oft bei Weitem größere Ängste stehen als beim vertrauensseligen Typus. Die Kenntnis auch der seltensten Komplikation einer Therapie und die Skepsis gegenüber dem Beruf des Arztes bei gleichzeitig bestehendem Leidensdruck bringt diesen Patiententypus oft in schwere Konflikte. Er lehnt sich gegen die in jeder Krankheit immanente Tendenz zur Regression auf und reagiert zunächst meist aggressiv.

In solchen Fällen ist es für den Arzt zunächst einmal wichtig, mit seinen Vorschlägen wirklich auf der Höhe der derzeitigen medizinischen Erkenntnisse zu sein. Dies stellt die Basis für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu diesen Patienten dar. Die Sprache des Arztes sollte eher technisch und wissenschaftlich orientiert sein. Man hüte sich auch davor, den allwissenden Medizinmann zu spielen, der keine fremden Götter neben sich duldet – im Gegenteil: Hier sollte man eher aktiv vorschlagen, noch mit einem anderen Kollegen zu sprechen, und vielleicht sogar den Weg dazu bahnen, falls der Patient dies wünscht. Patienten mit dieser Grundstruktur wollen aktiv in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Man vergesse aber nie, dass der Patient letztlich der Betroffene ist und sich oft in großer Entscheidungsnot befindet, ob er einem ärztlichen Rat folgen soll oder nicht.

Die Art, wie Sie mit Patienten sprechen, wird geprägt von Ihrem Eindruck, den Sie von seiner Persönlichkeit haben **(patientenadaptierte Kommunikation)**. Autoritätsgläubige, eher infantil strukturierte Patienten mit geringem Informationsgrad empfinden es oft als angenehm, sich vertrauensvoll in die Hände eines Arztes zu begeben.

Zunehmend häufiger erlebt der Arzt heute den **gut informierten Patienten**. Er fordert vom Arzt wesentlich mehr Zeit und Zuwendung, will alles detailliert erklärt haben und neigt eher zu Skepsis und Aggression. Er wünscht Garantien, Sicherheiten, exakte Vorhersagen und konsultiert daher oft mehrere Ärzte wegen desselben Problems. Hinter solchen Verhaltensweisen stehen oft große Ängste.

In solchen Fällen ist es für den Arzt zunächst einmal wichtig, mit seinen Vorschlägen wirklich auf der Höhe der derzeitigen medizinischen Erkenntnisse zu sein. Dies stellt die Basis für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu diesen Patienten dar.

2.1.2 Verhältnis Arzt–Patient

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird durch viele Faktoren beeinflusst. Grundstein für eine fruchtbare Zusammenarbeit ist, **das Vertrauen** des Patienten durch zugewandtes, mitfühlendes Zuhören, individuell angepasste Beratung und mitmenschliche Begleitung zu **gewinnen**. Diese ideale Vorstellung findet ihre Grenzen in der Persönlichkeit des Arztes und in dessen persönlichen Bedürfnissen. Von keinem Arzt kann man erwarten, sich generell und jederzeit mit den Leiden und Nöten eines Patienten zu identifizieren. Würde er dies tun, so wäre er physisch und psychisch bald nicht mehr in der Lage, seinen Beruf auszuüben. Tatsächlich leiden viele Ärzte unter dem sog. **„Helfer-Syndrom"**. Darunter versteht man das ständige Insuffizienzgefühl von medizinischem Personal, nicht allen Patienten in für beide Seiten zufriedenstellender Weise helfen zu können, obwohl viele unter dieser Prämisse ihren Beruf gewählt haben. Dabei werden auch eigene intensive Versorgungswünsche auf den Patienten projiziert und mehr oder weniger bei dessen Versorgung befriedigt. Möglicherweise sind u. a. deshalb Ärzte die Berufsgruppe mit einer der höchsten Raten an Suizid und Alkoholismus.

Die Lösung dieses Problems kann nur darin liegen, dass das potenziell nie endende persönliche Engagement Grenzen finden muss. Aus Gründen der Selbsterhaltung muss der Patient für den Arzt letztlich ein „Fall" sein. Die ärztliche Kunst der Patientenführung besteht darin, den Patienten dieses „Fall-Sein" nicht spüren zu lassen. Auch das vertraulichste Gespräch muss ein Ende finden, niemand hat unbegrenzt Zeit. Man versäume nicht, dies dem Patienten auch klarzumachen, selbst auf die Gefahr hin, den einen oder anderen zu enttäuschen. Patienten, die dafür kein Verständnis haben, wird man früher oder später enttäuschen müssen.

2.1.2 Verhältnis Arzt–Patient

Grundstein für eine fruchtbare Zusammenarbeit ist, **das Vertrauen des Patienten** durch zugewandtes, mitfühlendes Zuhören, individuelle Beratung und mitmenschliche Begleitung zu **gewinnen**. Kein Arzt kann sich jederzeit mit den Leiden und Nöten eines Patienten identifizieren, sonst wäre er physisch und psychisch bald nicht mehr in der Lage, seinen Beruf auszuüben. Tatsächlich leiden viele Ärzte unter dem sog. **„Helfer-Syndrom"**, d. h. dem ständigen Insuffizienzgefühl, nicht allen Patienten in für beide Seiten zufriedenstellender Weise helfen zu können.

Die Lösung dieses Problems kann nur darin liegen, dass das persönliche Engagement Grenzen finden muss. Aus Gründen der Selbsterhaltung muss der Patient für den Arzt letztlich ein „Fall" sein. Die ärztliche Kunst der Patientenführung besteht darin, den Patienten dieses „Fall-Sein" nicht spüren zu lassen.

Das Verhältnis sollte von **zugewandter Distanz** geprägt sein. Durch zu große Nähe und beliebige Verfügbarkeit beraubt man sich seiner ärztlichen Autorität. Es gibt aber evtl. auch Patienten, die der Arzt seit vielen Jahren als Patient und/oder auch als Freund über private Aktivtäten kennt. In diesen Fällen kann die Anamnese oft problemorientierter gefasst werden, da familiäres und soziales Umfeld bekannt sind und Beschwerden besser in ein Gesamtbild eingeordnet werden können („**erlebte Anamnese**").

Es wäre fatal, würde der Arzt versuchen, seine eigene Persönlichkeit zu verbiegen oder sich zu verstellen. Sie können keinen Menschen voll verstehen und erfassen, und **mit einigen Patienten werden Sie nie eine vertrauensvolle Basis finden**. Spürt man das, so sollte man es auch dem Patienten mitteilen, falls er die Behandlung nicht von sich aus abbricht.

2.1.3 Der Arzt als Ratgeber, Vorbild, Freund

So wie Sie den Patienten während des Anamnesegesprächs beobachten und sich ein Urteil über ihn bilden, so wird auch er Sie beobachten und einschätzen. In der Sprechstundensituation, v. a. aber während der Visite im Krankenhaus, stehen Sie für ihn im Rampenlicht, und jedes Ihrer Worte, jede Ihrer Gesten wird wahrgenommen, beurteilt und interpretiert. Bedenken Sie, dass der Vorgang, der für Sie professionelle Routine ist, für den Patienten zum zentralen Ereignis der kommenden Wochen werden kann.

Sie werden die Akzeptanz Ihrer Ratschläge sicher erhöhen, wenn der Patient den Eindruck hat, dass Sie Ihr Leben selbst danach gestalten.

Bedenken Sie, dass Sie mit ihrer ärztlichen Tätigkeit, ob Sie es wollen oder nicht, auch **indirekt einen Einfluss auf das** engste (Familie) und weitere (Arbeitsplatz) soziale **Umfeld des Patienten** nehmen.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis sollte von **zugewandter Distanz** geprägt sein. Durch allzu große Nähe und beliebige Verfügbarkeit beraubt man sich selbst seiner ärztlichen Autorität, die wohlverstanden ein wichtiges Instrument erfolgreicher Patientenführung ist. Nicht zuletzt deshalb enden Behandlungen von nahen Verwandten oft mit einem Missklang. Dennoch mag es Patienten geben, die der Arzt seit vielen Jahren nicht nur als Patient, sondern als Mitbürger einer kleinen Gemeinde oder als Freund über private Aktivtäten kennt. In diesen Fällen kann die Anamnese kürzer und problemorientierter gefasst werden, da der Arzt das familiäre und soziale Umfeld des Patienten kennt und daher die aktuellen Beschwerden besser in ein Gesamtbild einordnen kann. Diese „**erlebte Anamnese**" ist kann sehr hilfreich sein und ggf. zur schnelleren Diagnosestellung beitragen, wird aber immer seltener in Zeiten von gelockerten und wechselnden sozialen Strukturen, hoher Mobilität und angestellten Ärzten, die nicht in eigener Praxis tätig sind.

Es wäre fatal, würde der Arzt versuchen, seine eigene Persönlichkeit zu verbiegen oder sich zu verstellen. Sie können keinen Menschen voll verstehen und erfassen, und **mit einigen Patienten werden Sie nie eine vertrauensvolle Basis finden**. Spürt man das, so sollte man es auch dem Patienten mitteilen, falls er die Behandlung nicht von sich aus abbricht. In aller Regel finden aber die meisten Patienten den Arzt, der zu ihnen passt und umgekehrt. Dies wird aus mehreren repräsentativen Umfragen der letzten Jahre deutlich. Bei aller öffentlichen Kritik an „der Ärzteschaft" fühlen sich doch die meisten Befragten von „ihrem Arzt" gut bis sehr gut betreut.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist in der pluralistischen Informationsgesellschaft nicht leichter geworden. Der Sturz des „Halbgottes in Weiß" bringt für Ärzte und Patienten ebenso viele neue Probleme mit sich, wie man alte gelöst glaubte. Gerade die neuen Medien führen bei vielen Menschen zum Phänomen, „overnewsed", jedoch „underinformed" zu sein und aus Furcht vor lauter möglichen Risiken keine rationalen Entscheidungen mehr treffen zu können.

2.1.3 Der Arzt als Ratgeber, Vorbild, Freund

Ebenso wie Sie den Patienten während des gesamten Anamnesegesprächs beobachten und sich ein Urteil über seine Persönlichkeit bilden, so wird auch er Sie beobachten und einschätzen. Durch Ihre Worte und Ihr Verhalten liefern Sie dem Patienten unbewusst eine Fülle von Informationen über sich. In der Sprechstundensituation, vor allem aber während der Visite im Krankenhaus, stehen Sie für den Patienten im Rampenlicht, und jedes Ihrer Worte, jede Ihrer Gesten wird vom Patienten wahrgenommen, beurteilt und interpretiert. Viele junge Ärzte machen sich nicht bewusst, welche Konsequenzen in den Augen des Patienten die scheinbar unwichtigsten Floskeln haben können. Bedenken Sie, dass der Vorgang, der für Sie professionelle Routine ist, für den Patienten zum zentralen Ereignis der kommenden Wochen werden kann. Man hüte sich vor missverständlichen Formulierungen, gedankenlos ausgesprochenen Floskeln und vor allem vor Formulierungen, die vom Patienten als Spott empfunden werden können.

Sie werden die Akzeptanz Ihrer Ratschläge sicher erhöhen, wenn der Patient den Eindruck hat, dass Sie Ihr Leben selbst danach gestalten. Gerade mit Geboten zur Diätetik im klassischen Sinn einer gesunden Lebensführung werden Sie wenig Gehör finden, wenn Sie selbst offensichtlich dagegen verstoßen. Der Musikkritiker muss zwar das hohe C nicht besser singen können als der Startenor; dennoch wirkt ein Arzt mit 30 % Übergewicht, der seinem Patienten eine Reduktionsdiät erklären soll, leicht unglaubwürdig. Ähnlich, wenngleich weniger für den Patienten offensichtlich, verhält es sich mit Rauchen, Alkoholkonsum oder leichtfertiger Einnahme von Psychopharmaka.

Die Funktion eines Ratgebers in vielen Lebenslagen, vielleicht auch eines Freundes, haben sich viele Ärzte in der Praxis erarbeitet, die „Hausärzte" im besten Sinn des Wortes sind. Noch treffender für dieses sehr vertrauliche Verhältnis ist der amerikanische Begriff des „Family Doctors". Bedenken Sie, dass Sie mit Ihrer ärztlichen Tätigkeit, ob Sie es wollen oder nicht, auch **indirekt einen Einfluss auf das** engste (Familie) und weitere (Arbeitsplatz) soziale **Umfeld des Patienten** nehmen. So gesehen, hat auch die höchst private Begegnung zwischen Arzt und Patient einen gesamtgesellschaftlichen Einfluss.

2.1.4 Empathie und Affekt

2.1.4 Empathie und Affekt

▶ Definition. Unter Empathie versteht man die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich in die Einstellung und Probleme anderer Menschen einzufühlen.

▶ Definition.

Im Unterschied zur Sympathie vermeidet man bei der Haltung der Empathie eine bewertende Zustimmung zu Einstellungen, Gefühlen, Ideen oder Handlungen eines Menschen. Der Arzt sollte sich davor hüten, in seiner Handlungsweise durch ein Versinken in den emotionalen Regungen des Patienten (Freude, Schmerz, Trauer) zu sehr beeinflusst zu werden. Eine vollständige Trennung zwischen affektiven Regungen und Entscheidungen kann keinem Arzt ganz gelingen. So wird man mit der Indikation zu invasiven Untersuchungen selbst bei objektiver medizinischer Notwendigkeit bei sehr ängstlichen Patienten zurückhaltender sein als bei zuversichtlichen, vielleicht sogar fordernden Patienten. Dennoch empfiehlt es sich, seine medizinische Handlungsfähigkeit durch die Haltung einer **mitfühlenden Distanz** zu bewahren. Schulen Sie Ihr Einfühlungsvermögen, indem Sie sich fragen, wie Sie selbst in der Lage des Patienten reagieren würden, und zeigen Sie das Ihrem Patienten auch. Das kann durch mitfühlende Gesten oder Worte geschehen. Scheuen Sie sich nicht, Ihren Patienten auch einmal anzufassen, die Hand zu geben oder ihm den Arm auf die Schulter zu legen. Versuchen Sie nicht, jeden emotionalen Ausbruch des Patienten wie Trauer, Weinen, Schreien usw. gleich zu unterdrücken. Vielleicht kommt der Patient gerade deshalb zu Ihnen. Es wäre der falsche Weg, hier nur die technologischen Lösungen der Medizin anzubieten, die in vielen Situationen ohnehin nur Scheinlösungen sein können. Bedenken Sie, dass der Kranke von der Stunde des Auftretens der Beschwerden nicht mehr der gleiche Mensch ist wie zuvor.

Der Arzt sollte sich davor hüten, durch ein Versinken in den emotionalen Regungen des Patienten (Freude, Schmerz, Trauer) zu sehr beeinflusst zu werden. Schulen Sie Ihr Einfühlungsvermögen, indem Sie sich fragen, wie Sie selbst in der Lage des Patienten reagieren würden, und zeigen Sie das Ihrem Patienten auch. Das kann durch mitfühlende Gesten oder Worte geschehen (kurz: einfühlendes Verstehen). Versuchen Sie nicht, jeden emotionalen Ausbruch des Patienten wie Trauer, Weinen, Schreien usw. gleich zu unterdrücken. Vielleicht kommt der Patient gerade deshalb zu Ihnen.

Wie jeder Patient Stimmungen, Gefühle und Launen hat, so gilt das auch für den Arzt selbst. Auch seine Reaktion auf das Verhalten von Patienten ist durch seine Tagesform beeinflusst. Je mehr Sie sich der Mechanismen von **Übertragung** und **Gegenübertragung** bewusst sind, umso besser werden Sie in der Lage sein, Ihre Gefühle zu kontrollieren. Lernen Sie auch die Punkte zu erkennen, über die zu sprechen Ihnen selbst unangenehm ist und auf die Sie evtl. mit Abwehr, Rückzug, Aggression oder Verlegenheit reagieren. Im Idealfall gelingt es Ihnen sogar, aus den Gefühlen, die ein Patient bei Ihnen hervorruft, diagnostische Schlüsse zu ziehen. Zum Beispiel können Patienten in Ihnen Mitleidsgefühle, Insuffizienzgefühle oder Gefühle des Bewundertwerdens erzeugen und Sie auf diese Weise in Ihren Entscheidungen zu manipulieren versuchen. Gestehen Sie sich diese Gefühle ein, sprechen Sie auch mit Kollegen darüber, aber lassen Sie sich davon nicht überwältigen. Für ein langfristig fruchtbares Arzt-Patienten-Verhältnis sollten Sie versuchen, in allen Situationen möglichst konsequent eine freundlich-zugewandte, einfühlsame, jedoch sachlich-distanzierte Haltung einzunehmen.

Auch die Reaktion des Arztes auf das Verhalten von Patienten ist durch seine Tagesform beeinflusst. Je mehr Sie sich der Mechanismen von **Übertragung** und **Gegenübertragung** bewusst sind, umso besser werden Sie in der Lage sein, Ihre Gefühle zu kontrollieren. Lernen Sie die Punkte zu erkennen, über die zu sprechen Ihnen unangenehm ist. Für ein langfristig fruchtbares Arzt-Patienten-Verhältnis sollten Sie versuchen, möglichst konsequent eine freundlich-zugewandte, einfühlsame, jedoch sachlich-distanzierte Haltung einzunehmen.

▶ Merke. Patienten möchten nicht bemitleidet, sondern verstanden werden. Wir Ärzte sollten niemanden mit unserem Mitleid beschämen. Hingegen ist Mitgefühl eine wichtige Voraussetzung für einfühlendes Verstehen im Sinne von Empathie.

▶ Merke.

2.1.5 Äußeres Erscheinungsbild des Arztes (Kleidung, Habitus)

2.1.5 Äußeres Erscheinungsbild des Arztes

Wie Sie nicht wissen, welcher Mensch Sie als Ihr nächster Patient erwartet, so wenig weiß der Patient, welcher Mensch ihn als sein Arzt erwartet. Häufig können sich Patienten ihre Ärzte nicht aussuchen, z. B. im Krankenhaus. **Versuchen Sie daher, im Hinblick auf Ihr Äußeres einen neutralen Mittelweg zu gehen**, der von möglichst vielen Patienten akzeptiert werden kann. Peinliche Körperpflege ist unbedingt erforderlich, da man sich bei der körperlichen Untersuchung sehr nahe kommt. Bezüglich der Kleidung empfiehlt sich für das Gespräch mit Erwachsenen konservative, gepflegte Kleidung und ein weißer Kittel. Haben Sie es mit Kindern zu tun, so baut legere Kleidung ohne den weißen Kittel eher Ängste ab.

Häufig können sich Patienten ihre Ärzte nicht aussuchen, z. B. im Krankenhaus. **Versuchen Sie daher, im Hinblick auf Ihr Äußeres einen neutralen Mittelweg zu gehen**, der von möglichst vielen Patienten akzeptiert werden kann.

A-2.2

A-2.2 Visite

Versetzen Sie sich in die Lage eines schwer kranken und ans Bett gefesselten Patienten im Krankenhaus, der sich dieser Gruppe von Ärzten bei der Visite gegenübersieht. Welche Gefühle empfinden Sie? Beschreiben Sie, welchen Eindruck die einzelnen Ärzte auf Sie machen und wodurch dieser Eindruck zustande kommt.

(© K. Oborny/Thieme)

Ob es wünschenswert ist oder nicht, die Kleidung bestimmt wesentlich den ersten Eindruck, den der Patient von seinem Arzt hat (wie auch Sie den Patienten danach beurteilen). Kein Arzt soll bei der Ausübung seines Berufs seine Persönlichkeit verbiegen. **Seien Sie sich aber der Wirkung Ihres Äußeren auf den Patienten bewusst (Abb. A-2.2).**

Ob es wünschenswert ist oder nicht, die Kleidung bestimmt wesentlich den ersten Eindruck, den der Patient von seinem Arzt hat (wie auch Sie den Patienten danach beurteilen). Viele Patienten bereiten sich auf den Arztbesuch mit spezieller Körperpflege vor und ziehen besonders gute Kleidung an. Es wäre ein Ausdruck von Unhöflichkeit, dem Patienten diesbezüglich wesentlich nachzustehen. Bedenken Sie, dass legere Kleidung, obwohl von Ihnen als Ausdruck eines freundlichen, antiautoritären Wesens aufgefasst, bei Patienten leicht Rückschlüsse auf Sie als Person hervorrufen und Ihre Kompetenz und Sorgfalt bei der Ausübung Ihres Berufs in schlechtem Licht erscheinen lassen kann. Kein Arzt soll bei der Ausübung seines Berufs seine Persönlichkeit verbiegen. **Seien Sie sich aber der Wirkung Ihres Äußeren auf den Patienten bewusst (Abb. A-2.2).**

2.2 Einleitung des Gesprächs und Herstellung einer ersten Beziehung

Das Gespräch mit dem Patienten ist zentraler Teil der ärztlichen Tätigkeit. Es beginnt mit der Begrüßung und Vorstellung. Dies ist keinesfalls selbstverständlich. Vor allen Dingen im „Klinikbetrieb“ werden oft einfachste Umgangsformen nicht berücksichtigt.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Guten Morgen, Frau Müller, mein Name ist Schneider, ich bin Student im Praktischen Jahr. Ich möchte gern Ihre Krankengeschichte aufnehmen und Sie anschließend untersuchen.

Ein Händedruck erleichtert und fördert die Kontaktaufnahme. Erfahrene Untersucher variieren die Art ihres Händedrucks bei verschiedenen Patienten.

Ein Händedruck erleichtert und fördert die Kontaktaufnahme. Erfahrene Untersucher variieren die Art ihres Händedrucks in Anbetracht des Alters, des Schweregrads der Erkrankung, des Temperaments des Patienten usw. Werden Patienten in der Ambulanz oder Praxis aus dem Warteraum aufgerufen, wird man sich zunächst auf einen Händedruck mit kurzer Begrüßung beschränken.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Frau Müller? (nach der entsprechenden Patientin im Warteraum suchend). Guten Morgen. Mein Name ist Schneider. Bitte kommen Sie mit mir in das Untersuchungszimmer. Im Untersuchungszimmer wird man fragen: Was führt Sie zu mir (zu uns)?, *oder:* Welche Beschwerden haben Sie? Weiter: Ich schlage vor, Sie schildern mir zunächst einmal Ihre Beschwerden.

Der Patient sollte immer über das weitere Vorgehen informiert werden.

Der Patient sollte immer darüber informiert werden, was ihn erwartet, d. h. die nächsten Schritte sollten möglichst genau und vollständig bekannt gegeben werden.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Wenn ich mir ein ausreichendes Bild über Ihre Beschwerden verschafft habe, werde ich Sie untersuchen. Wir haben hierfür genügend Zeit.

Versuchen Sie, es Ihrem Patienten bereits verbal so angenehm wie möglich zu machen. **Schenken Sie dem Patienten Ihre volle Aufmerksamkeit.** Lassen Sie sich während der Anamnese nicht stören.

Versuchen Sie, es Ihrem Patienten bereits verbal so angenehm wie möglich zu machen. Er wird es Ihnen sehr danken. Man kann hierbei nicht genug auch auf „Kleinigkeiten“ achten. **Schenken Sie dem Patienten Ihre volle Aufmerksamkeit.** Lassen Sie sich während der Anamnese möglichst nicht vom Telefon stören (Abstellen oder das Personal entsprechend instruieren).

Bei der Begrüßung von Menschen mit Migrationshintergrund sollten Sie sich Mühe geben, den Namen richtig auszusprechen. Dies gelingt natürlich nicht immer. Es kann sehr beleidigend sein, wenn man sich über einen Namen „lustig macht“, weil man ihn evtl. nicht richtig aussprechen kann – das Defizit liegt hier beim Arzt und nicht beim Patienten. Deshalb müssen Sie in Zweifelsfällen nach der korrekten Aussprache fragen.

Bei der Begrüßung von Menschen mit Migrationshintergrund sollten Sie sich Mühe geben, den Namen richtig auszusprechen. Wenn man sich über die korrekte Aussprache des Namens nicht sicher ist, sollte man nachfragen.

▶ Praktisches Beispiel. Habe ich Ihren Namen korrekt ausgesprochen? Wie wird Ihr Name richtig ausgesprochen?

▶ Praktisches Beispiel.

Leider kommt es auch immer wieder vor, dass Menschen mit Migratiosnhintergrund geduzt werden. Beim Umgang mit solchen Patienten kann man gelegentlich noch andere Absonderlichkeiten beobachten, wie sehr lautes Sprechen oder eine Art Babysprache, was wohl die Sprachbarriere überbrücken soll. Dies sind untaugliche Mittel, die nur von der Gedankenlosigkeit des Untersuchers zeugen.

Patienten mit Migrationshintergrund sollten Sie nicht – wegen vermeintlich besserer Verständlichkeit – duzen.

▶ Merke. Patienten bewerten den Arzt nach dem allerersten Eindruck.

▶ Merke.

Der erste Moment der Begegnung entscheidet oft über alles oder nichts in der Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist daher sehr wichtig, den Patienten offen, freundlich, aufmerksam, warmherzig und mit persönlichem Interesse zu empfangen und zu begrüßen. Das äußere Erscheinungsbild (Kleidung, Körperpflege, Haltung) sollte dem Arztberuf angemessen sein. Der Patient nimmt eine Vielzahl von Eindrücken sehr schnell wahr und entscheidet häufig unterbewusst, ob der Arzt „gut“ ist oder nicht. Hierzu zählen auch Stimme, Diktion, Gesichtsausdruck, Augenkontakt, Gesten und Körperhaltung. Es sollte Kongruenz bestehen zwischen der nonverbalen und der verbalen Kommunikation. Umgekehrt wird man selbst als Arzt den Patienten aufgrund der genannten Kriterien rasch beurteilen.

Der erste Moment entscheidet oft über alles oder nichts. Es ist daher sehr wichtig, den Patienten offen, freundlich, aufmerksam, warmherzig und mit persönlichem Interesse zu begrüßen. Das äußere Erscheinungsbild sollte dem Arztberuf angemessen sein (u. a. Stimme, Diktion, Gesichtsausdruck, Augenkontakt, Gesten und Körperhaltung). Umgekehrt wird man den Patienten so rasch beurteilen.

Eine Beziehung wird umso eher und leichter aufgebaut, wenn man das Interview auch auf persönliche Aspekte des Patienten ausdehnt. Man sollte sich hierfür einige Minuten Zeit nehmen und neben der rein medizinisch orientierten Anamnese auch etwas „tratschen“. Nach unserer Erfahrung **empfiehlt es sich** jedoch, **nach der Begrüßung zunächst direkt die medizinischen Probleme anzusprechen** und die persönlichen Aspekte (Alter, Beruf, Familienstand, Kinder, Herkunft, Gewohnheiten, spezielle Interessen usw.) im weiteren Verlauf des Gesprächs zu erfragen und somit die persönliche Beziehung zu vertiefen.

Eine Beziehung wird umso eher und leichter aufgebaut, wenn man das Interview auch auf persönliche Aspekte des Patienten ausdehnt. Man sollte sich hierfür einige Minuten Zeit nehmen.

▶ Merke. Einfachheit und Klarheit im Ausdruck, Interesse und Anteilnahme sind einige der Faktoren, die zur Echtheit im Umgang mit dem Patienten gehören und zu wirklichem Vertrauen führen.

▶ Merke.

Ärzte befinden sich in der außergewöhnlichen, ja einmaligen Situation, dass sie **ohne Tabus alle Patientenbelange erfragen** dürfen. Je mehr vom Patienten und über ihn erfahren wird, umso mehr wird zur Lösung seines medizinischen Problems beigetragen. Das ist zum einen eine große Chance, viel über das Leben und die große Vielfalt von Persönlichkeiten und Erfahrungen zu lernen, bedeutet zum anderen aber auch ein hohes Maß an **Verantwortung** im Umgang mit allen Informationen.

Ärzte befinden sich in der außergewöhnlichen, ja einmaligen Situation, dass sie **ohne Tabus alle Patientenbelange erfragen** dürfen. Das bedeutet selbstverständlich auch ein hohes Maß an **Verantwortung** im Umgang mit allen Informationen.

▶ Merke. Zu vermeiden sind Expertenhaltung, Verallgemeinerungen, Verurteilen, Bagatellisieren, Ungeduld und Langeweile.

▶ Merke.

Die **Anamnese** (gr. anamnesis = Erinnerung) ist erst perfekt, wenn nicht nur der Patient sich an seine Krankengeschichte erinnert und diese vom Arzt dokumentiert wird, sondern wenn der Arzt sozusagen die **„Essenz“ des einzelnen Patienten** erfasst hat und sich in Zukunft an diese besondere Person erinnert.

Die **Anamnese** (gr. anamnesis = Erinnerung) ist erst perfekt, wenn der Arzt sozusagen die **„Essenz“ des Patienten** erfasst hat und sich in Zukunft an diese besondere Person erinnert.

▶ Merke. Es ist die Aufgabe des Arztes, neben der rein sachlichen Ebene eine menschliche Beziehung aufzubauen und zu pflegen.

▶ Merke.

Bereits bei der ersten Begegnung findet zwischen Patient und Arzt auf der emotionalen Ebene eine – z. T. unbewusste – Interaktion statt, die weitgehend durch die eigene Entwicklung und Erfahrung bestimmt wird.

Bereits bei der ersten Begegnung findet auf der emotionalen Ebene eine Interaktion statt.

2.3 Technik des Anamnesegesprächs

Gewöhnlich macht der Student seine **ersten Patientenerfahrungen im stationären Bereich**. Es ist oft nicht einfach, im Krankenhaus eine intime Atmosphäre zu schaffen. Bei schwer kranken Patienten wird man sich auf das aktuell Notwendigste beschränken v. a. hinsichtlich der Befragung. Bei diesen Patienten ist die körperliche Zuwendung von großer Bedeutung.

Ist der Patient nicht bettlägerig und in einem Mehrbettzimmer, kann man zur Anamneseerhebung eine **ungestörte Atmosphäre** in einem anderen Raum aufsuchen (Tab. **A-2.1**).

2.3 Technik des Anamnesegesprächs

Man sollte zunächst zweckmäßigerweise zwischen der stationären und der ambulanten Situation unterscheiden. Gewöhnlich macht der Student seine **ersten Patientenerfahrungen im stationären Bereich**. Es ist oft nicht einfach, im Krankenhaus eine intime Atmosphäre zu schaffen, die eine umfassende Anamnese und klinische Untersuchung erlaubt. Bei schwer kranken Patienten wird man sich auf das aktuell Notwendigste beschränken, insbesondere hinsichtlich der Befragung. Dies gilt auch für sehr erschöpfte Patienten oder bei starken Schmerzen. Bei diesen Patienten ist hingegen die körperliche Zuwendung (z. B. während des Gesprächs den Arm oder die Schulter halten) von großer Bedeutung. Es ist hierbei erlaubt, sich auf den Bettrand zum Patienten zu setzen.

Ist der Patient nicht bettlägerig und in einem Mehrbettzimmer untergebracht, kann man zur Anamneseerhebung eine ungestörte Atmosphäre in einem anderen Raum aufsuchen. Ist dies nicht möglich, so sollten im Krankenzimmer die **Bedingungen für eine ungestörte Anamnese und Untersuchung** geschaffen werden (Tab. **A-2.1**).

A-2.1 Bedingungen für eine ungestörte Anamnese und Untersuchung im stationären Bereich

- Es sollten keine dringenden Untersuchungen anstehen.
- Das nichtärztliche Personal sollte informiert werden, um unnötige Störungen zu vermeiden.
- Man bitte die Besucher (auch von anderen Patienten), draußen zu warten.
- Radio- und Fernsehapparat sollten ausgeschaltet sein.
- Falls vorhanden, kann ein Vorhang oder Wandschirm benutzt werden, um die Intimität zu verbessern.
- Der Patient sollte bequem liegen, mit angehobenem Oberkörper.
- Die Augenhöhe von Untersucher und Patient sollte gleich sein, d. h., der Untersucher sollte neben dem Bett auf einem Stuhl sitzen; falls möglich, sollte der Patient ebenfalls auf einem Stuhl sitzen und entweder seine eigene Kleidung tragen oder einen Bademantel (falls er nur ein klinikeigenes Nachthemd trägt).

Aufgabe. Es ist eine gute Übung, wenn Sie zu Hause ein Patienteninterview und eine Visite simulieren: Erfahren Sie, wie es ist, wenn Sie im Bett liegen und jemand (oder eine ganze Gruppe, siehe Abb. **A-2.2**) über Ihnen steht und persönliche Dinge mit Ihnen erörtert. Sie werden schnell zu dem Schluss kommen, dass die natürliche Kongruenz zwischen zwei Individuen durch eine solche Position aufgehoben ist.
Ähnliches können Sie für die Ambulanz- und Praxissituation simulieren. Wenn Sie zwischen sich und dem Patienten einen breiten Schreibtisch aufbauen, halten Sie den Patienten auf Abstand. Die Beziehung ist distanziert, eher autoritär und dominant. Die Möbel sollten bequem sein und so platziert werden, dass eine angenehme Unterhaltung möglich ist. Hierbei ist wieder auf gleiche Augenhöhe zu achten. Die Position zueinander sollte Augenkontakt ermöglichen, aber nicht unbedingt erzwingen. Der Abstand zum Patienten sollte 1 m nicht überschreiten. Bewährt hat sich das Gespräch über die Schreibtischecke (Abb. **A-2.1b**). Das Sprechzimmer sollte ruhig und abgeschirmt sein von äußeren Einflüssen (Telefon, Sprechanlage, andere Patienten, Personal usw.).

2.3.1 Verbale Kommunikation: Fragetypen, Zuhören

2.3.1 Verbale Kommunikation: Fragetypen, Zuhören

Merke. Fragen sind das Handwerkszeug der Anamnese.

Die **Befragung** sollte **offen beginnen**. Offene oder ungerichtete Fragen zu Beginn des Interviews ermöglichen es dem Patienten, sein Anliegen frei in eigener Sprache zu schildern.

Praktisches Beispiel.

- Schildern Sie mir Ihre Beschwerden!
- Wie können wir Ihnen helfen?
- Was bedrückt Sie?
- Wie ist das passiert?

Lassen Sie dem Patienten genug Zeit, seine Geschichte zu erzählen und den Ablauf aus seiner Sicht zu entwickeln. Schenken Sie ihm dabei Ihre **volle Aufmerksamkeit**. Schüchterne oder zurückhaltende Patienten müssen evtl. ermuntert werden, weiter zu erzählen.

Lassen Sie dem Patienten genug Zeit, seine Geschichte zu erzählen. Schenken Sie ihm Ihre **volle Aufmerksamkeit**.

▶ Praktisches Beispiel.

- Erzählen Sie mir noch mehr über Ihre Beschwerden, Krankheit usw.
- Können Sie das noch etwas ausführlicher schildern?
- Wie war das mit den Herzbeschwerden?

Es ist vorteilhaft, die Schilderung des Patienten zusammenzufassen:

- Wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie die Herzbeschwerden seit …?

▶ Praktisches Beispiel.

Sie demonstrieren dem Patienten so, dass Sie ihn richtig verstanden haben, erlauben ihm Korrekturen und notwendige Erläuterungen. **Zusammenfassungen** sind auch ein geeignetes Mittel, um einen evtl. ungehemmten Redefluss „elegant" zu unterbrechen. Sie können dem Patienten dann erneut Gelegenheit für seine Schilderung geben. Werden Sie nicht ungeduldig oder nervös, wenn Pausen auftreten.

Durch **Zusammenfassen des Gesagten** demonstrieren Sie dem Patienten, dass Sie ihn richtig verstanden haben.

Die Qualität der Informationen, die Sie durch offenes Fragen erhalten, ist ungetrübt: Die Informationen sind nicht bereits durch direktes Befragen gefiltert. Der Patient wird es sehr zu schätzen wissen, wenn er seine persönliche Geschichte vollständig erzählen kann. Die Versionen einer Krankengeschichte können sehr stark wechseln. Der Anfänger ist von diesem Phänomen überrascht. Aber auch „erfahrene" Ärzte lassen sich noch gelegentlich davon verwirren. Die Schilderungen ändern sich im Laufe der Zeit und bei wiederholter Befragung, selbst bei ein und demselben Frager. Ein Grund hierfür ist, dass der Patient unweigerlich seine Geschichte an die Bedürfnisse der Frager adaptiert. Ein anderer Grund ist, dass die Krankengeschichte natürlich kontinuierlich fortschreitet und auch frühere Symptome unter einem neuen Blickwinkel betrachtet werden.

Die Qualität der Informationen, die Sie durch offenes Fragen erhalten, ist ungetrübt: Die Informationen sind nicht bereits durch direktes Befragen gefiltert. Der Patient wird es sehr zu schätzen wissen, wenn er seine persönliche Geschichte vollständig erzählen kann. Versionen einer Krankengeschichte können sehr stark wechseln. Schilderungen ändern sich im Laufe der Zeit und bei wiederholter Befragung.

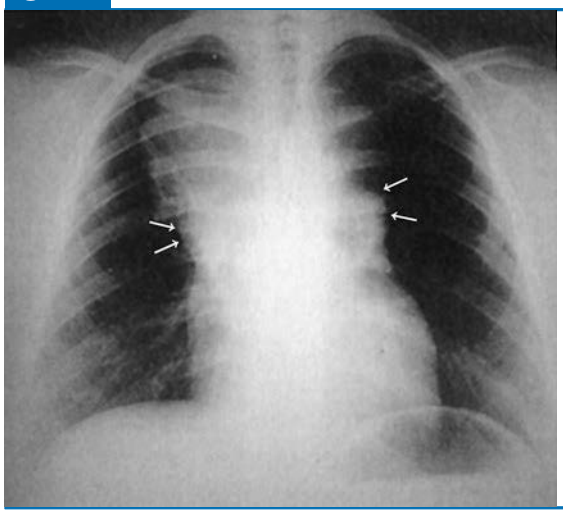
Bemühen Sie sich um **einfache, klare Formulierungen** und sagen Sie, was Sie meinen. Die medizinische Wissenschaft bedient sich, wie jede andere Disziplin, einer Fülle von Fachtermini meist griechischen und lateinischen Ursprungs. Diese sind sehr nützlich im Gespräch mit Kollegen, bauen aber Verständnisbarrieren und Berührungsängste gegenüber Patienten auf. Bedenken Sie, welch langen Weg Sie zurücklegen mussten, um in die Situation zu kommen, in der Sie heute sind. Vor allem bei Patienten der älteren Generation, für die der Arzt noch eine sakrosankte Autoritätsperson darstellt, bestehen häufig Hemmungen, direkt nachzufragen, was mit einem Ausdruck gemeint ist. Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten im folgenden Beispiel:

Bemühen Sie sich um **einfache, klare Formulierungen** und sagen Sie, was Sie meinen. Vor allem bei Patienten der älteren Generation, für die der Arzt noch eine Autoritätsperson darstellt, bestehen häufig Hemmungen, direkt nachzufragen, was mit einem Ausdruck gemeint ist. Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten im folgenden Beispiel:

▶ Klinischer Fall. Bei einem 65-jährigen Patienten wurden auf dem Röntgenbild des Thorax vergrößerte Hiluslymphknoten festgestellt (Abb. **A-2.3**). Dem Patienten wird dieser Befund mitgeteilt und die Möglichkeit einer malignen Erkrankung diskutiert. „Wir müssen in diesem Fall eine Mediastinoskopie machen, Herr Meyer", sagt der betreuende Arzt. „Ich habe für Sie bereits einen Termin am kommenden Dienstag in der chirurgischen Abteilung vereinbart. Bitte kommen Sie nüchtern. Wenn Sie noch Fragen haben, dann rufen Sie mich an."

▶ Klinischer Fall.

⊙ A-2.3 **Vergrößerte Hiluslymphknoten (→) bei Morbus Hodgkin**



(Arastéh et al. Duale Reihe Innere Medizin. Thieme; 2018)

⊙ A-2.3

Überfordern Sie den Patienten nicht mit Fragen, bei denen er aus einer langen Reihe von Möglichkeiten die für ihn zutreffende **auswählen muss.**

Überfordern Sie den Patienten nicht mit Fragen, bei denen er aus einer langen Reihe von Möglichkeiten die für ihn zutreffende **auswählen muss.** Wenn Sie in rascher Folge aufzählen, ob jemand irgendwann Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Bauchschmerzen, Aufstoßen, Sodbrennen oder Blut im Stuhl hatte, so werden die meisten Patienten kaum zuverlässige Angaben machen oder vielleicht nur zum letzten, tatsächlich perzipierten Punkt Stellung nehmen. Vergessen Sie nicht, dass der Laie die gängigen Symptome gastrointestinaler Krankheiten nicht ständig in seinem aktiven Wortschatz führt.

Vermeiden Sie Suggestivfragen! Die „Leading Question" sollte auch in der Anamnese keinen Platz haben. Patienten neigen dazu, den fragenden Arzt eher zu bestätigen.

Vermeiden Sie Suggestivfragen! Die „Leading Question" kann der Richter im amerikanischen Strafprozess untersagen, sie sollte auch in der Anamnese keinen Platz haben. Patienten – und nicht nur sie – neigen grundsätzlich dazu, den fragenden Arzt eher zu bestätigen als ihm zu widersprechen. Fragen Sie also nicht: „Hat der Schmerz in den linken Arm und in den Hals ausgestrahlt?", oder schlimmer noch: „Sie erzählen mir von Schmerzen im linken Knie. Aber andere Gelenke waren doch nicht betroffen?" Dies ist schon fast keine Frage mehr, sondern eine latente Drohung des Arztes, die der Patient verneint, aus der Furcht heraus, eine Bejahung könnte möglicherweise seine Krankheit in den Augen des Arztes noch viel schlimmer machen, als sie ohnehin ist.

Vermeiden Sie unscharfe und vage Formulierungen bei sich selbst und geben Sie sich auch nicht mit vieldeutigen Auskünften des Patienten zufrieden. Unter dem Begriff „Durchfall" verstehen verschiedene Personen völlig unterschiedliche Phänomene. Vertrauen Sie nicht blind auf Angaben des Patienten. Bei der Lektüre der Arztbriefe über frühere stationäre Aufenthalte werden Sie diese Informationen oft nicht bestätigt finden.

Vermeiden Sie unscharfe und vage Formulierungen bei sich selbst und geben Sie sich auch nicht mit vieldeutigen Auskünften des Patienten zufrieden. Tumor bedeutet für den Arzt evtl. nur eine harmlose Schwellung, für den Patienten aber bereits Krebs! Unter dem Begriff „Durchfall" verstehen verschiedene Personen völlig unterschiedliche Phänomene. Auch Begriffe wie Allergie, Magenschmerzen, Gallenkolik, Sehstörungen, Hautausschlag, Kreislaufstörungen, Erkältung, Schwindel, Rheuma oder Herzanfall sollten in einer Anamnese präzisiert werden. Vorsicht auch bei medizinischen Fachausdrücken oder Diagnosen, die der Patient von früheren ärztlichen Behandlungen her kennt und die er übernommen hat. Vertrauen Sie nicht blind auf Angaben des Patienten, er habe eine ⅔-Operation des Magens, eine Kolitis oder einen Herzinfarkt gehabt. Bei der Lektüre der Arztbriefe über frühere stationäre Aufenthalte werden Sie diese Informationen gelegentlich nicht bestätigt finden. Gibt der Patient medizinische Fachdiagnosen an, so fragen Sie ihn, was er denn dabei verspürt habe. So kommen Sie weg von der vielleicht missverstandenen Diagnose und hin zur eigentlichen Symptomatik.

Im weiteren Verlauf sollte eine Strukturierung erfolgen: **Geschlossene Fragen können zur weiteren Klärung beitragen.**

Im weiteren Verlauf der Anamnese sollte eine gewisse Strukturierung erfolgen: **Geschlossene Fragen können zur weiteren Klärung beitragen.**

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel.

- Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?
- Haben Sie auch in der Nacht Durchfall?
- Wie häufig kommen die Kopfschmerzen: täglich, einmal pro Woche oder einmal pro Monat?

Um **gezielte Fragen** richtig stellen zu können, bedarf es einer angemessenen **Kenntnis der Krankheitsbilder**.

Um **gezielte Fragen** richtig stellen zu können, bedarf es natürlich einer angemessenen **Kenntnis der Krankheitsbilder**, die man erfragen möchte. Die spezifischen Fragen zu den einzelnen Erkrankungen werden im speziellen Teil des Buches aufgeführt bzw. ergeben sich aus den entsprechenden Erläuterungen.

▶ Merke.

▶ Merke. Die Erinnerung (Anamnese) des Patienten ist der Schlüssel zur Diagnose. Wenn ich aber das Schloss (die Diagnose) nicht kenne, weiß ich auch nicht, wie ich die Anamnese gezielt anwenden muss. Hierzu muss man die richtigen Fragen stellen können. Es ist daher notwendig, profunde Kenntnisse von den Krankheiten zu haben, die erfragt werden sollen.

Bei älteren oder vergesslichen Patienten muss das Interview strukturiert werden.

Während der ersten Gesprächsminuten muss dem Patienten die volle Aufmerksamkeit zu Teil werden. Hierzu gehört auch, dass nicht gleichzeitig geschrieben wird. Danach ist es angebracht zu sagen: *„Ich möchte mir kurz einige Notizen hierzu machen."*

Bei älteren, leicht verwirrten oder sehr vergesslichen Patienten muss das Interview von vornherein sehr strukturiert werden.

Es ist sehr wichtig, gerade während der ersten Minuten der Schilderung, dem Patienten die volle Aufmerksamkeit zu schenken. Aus der Sicht des Patienten gehört dazu auch, dass Sie während seines Berichts nicht mitschreiben. Vor allem das Eintippen von Daten in einen Computer während des Anamnesegesprächs empfinden die meisten Patienten als sehr störend. Nach der Zusammenfassung der Krankengeschichte durch den Untersucher ist es angebracht zu sagen: *„Ich möchte mir kurz einige* **Notizen** *hierzu machen."* Sie können dann stichwortartig in der Diktion des Patienten die Geschichte notieren, um anschließend mit der gezielten Befragung fortzufahren.

► Praktisches Beispiel. Seit 2 Tagen Brennen beim Wasserlassen.
Schmerzen im linken Bein beim Laufen seit ½ Jahr usw.

► Praktisches Beispiel.

Die nächste Stufe der Befragung dient der **Präzisierung**, um bestimmte Details einer Erkrankung zu erfassen:

Die nächste Stufe der Befragung dient der **Präzisierung**.

► Praktisches Beispiel. Ich muss Ihnen nun einige gezielte Fragen stellen, damit ich die Beschwerden noch besser beurteilen kann!

- Wie weit können Sie normal gehen, bevor der Wadenschmerz auftritt?
- Lässt der Wadenschmerz nach, wenn Sie stehen bleiben?
- Tritt der Schwindel nur bei Anstrengung und nach dem Aufstehen auf oder auch in Ruhe?
- Wie war das mit dem Schüttelfrost: fröstelt es Sie, oder wackelt das ganze Bett?

Es sollte vermieden werden, den Patienten mit komplexen Fragen zu befeuern:

- „Betreffen die Kopfschmerzen den ganzen Kopf, sind sie von Übelkeit, Lichtempfindlichkeit oder Tränenfluss begleitet?“

Unpräzise Formulierungen im medizinischen Sinn wie Schwindel, Kopfschmerzen, Rheuma, Müdigkeit, Herzschmerzen, Verstopfung, Atemnot müssen durch gezielte Befragung geklärt werden:

- Was genau verstehen Sie unter Rheuma?
- Wie viel Treppen können Sie steigen, ohne stehen bleiben zu müssen?
- Warum müssen Sie stehen bleiben? Ist es wegen Atemnot oder wegen Erschöpfung?
- Wo genau sind die Herzschmerzen lokalisiert?
- Strahlen die Schmerzen aus?
- Wie heißen Ihre Herztabletten?

► Praktisches Beispiel.

Bei der gezielten Befragung empfiehlt sich eine sehr knappe, evtl. „codierte“ Aufzeichnung:

- 35 weibl., Dysurie 1 ×, Ø Hämaturie, Ø Fieber (35-jährige Frau mit Beschwerden beim Wasserlassen, ohne Blutbeimengungen im Urin, kein Fieber: V. a. Blasenentzündung).
- 60 männl. Claud. int. nach ca. 250 m, Ø Ruheschmerz usw. (60-jähriger Mann mit Schmerzen, z. B. in der rechten Wade, nach 250 m in Sinne einer Claudicatio intermittens, d. h. rasche Besserung beim Stehenbleiben: V. a. arterielle Verschlusskrankheit).

Bei der gezielten Befragung empfiehlt sich eine knappe, evtl. „codierte“ Aufzeichnung.

Näheres dazu s. Kap. Dokumentation der Anamnese (S. 87).

In der letzten Stufe wird die Anamnese durch den Systemüberblick (S. 36) abgerundet *(Haben wir etwas vergessen? Haben Sie außerdem noch andere Beschwerden?)*.

Schwierige Fragen und Vertraulichkeit: Nicht jedem Patienten ist klar, warum der Arzt auch nach Alkohol- und Drogenkonsum, Sexualfunktionen, Geburtenkontrolle und anderen „heiklen“ Themen fragt. Erklären Sie dem Patienten den Sinn der Befragung und versichern Sie ihn der Vertraulichkeit. Näheres s. Kap. Der schwierige Patient, Umgang mit Aggressionen (S. 40).

Die Anamnese wird durch den Systemüberblick abgerundet.

Schwierige Fragen und Vertraulichkeit: Erklären Sie dem Patienten, weshalb Sie „heikle“ Fragen stellen müssen; versichern Sie ihm, seine Angaben vertraulich zu behandeln.

► Praktisches Beispiel.

- Ich frage deshalb, weil es für Ihre Gesundheit von Belang ist, weil es im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung, Ihren Beschwerden stehen könnte.
- Ihre Angaben werde ich selbstverständlich vertraulich behandeln.
- Wenn Sie es wünschen, werde ich diese Angaben nicht im Krankenblatt notieren.

► Praktisches Beispiel.

Zum guten Schluss: „Wer fragt bekommt eine Antwort, sonst nichts“ ist ein Diktum von M. Balint. Damit ist die Art des Fragens gemeint, die zunächst nur Fakten und Daten in Erfahrung bringen will. Das empathische Fragen will nicht nur Daten, sondern die Erlebniswelt und Lebenswirklichkeit des Patienten erfassen und damit bereits eine heilsame Wirkung ausüben, weil der Patient die ärztliche Bemühung um Anteilnahme verspürt. Das schafft Vertrauen (nach Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 2689–2690 · H.H. Goßmann, Von Mitleid und Empathie).

2.3.2 Nonverbale Kommunikation: Mimik, Gestik, Körpersprache, Empathie

Die nonverbale Kommunikation umfasst Erscheinung, Auftreten, Körpersprache, Gesten, Gesichtsausdruck, Körperkontakt und die Sprachqualität, die den Worten ihre besondere Bedeutung gibt – über das gesprochene Wort hinaus.

2.3.2 Nonverbale Kommunikation: Mimik, Gestik, Körpersprache, Empathie

Die nonverbale Kommunikation umfasst u. a. Erscheinung, Auftreten, Körpersprache, Gesichtsausdruck, Körperkontakt und Sprachqualität.

► Merke.

Beide Seiten interpretieren (decodieren) ständig das Verhalten des anderen. Die **nonverbale Kommunikation** funktioniert normalerweise unbewusst und unkontrolliert. Der Arzt kann sie aber trainieren und gezielt und effektiv einsetzen.

► Merke. Die affektive Beziehung zwischen Arzt und Patient basiert in erster Linie auf der nonverbalen Kommunikation.

Beide Seiten interpretieren (decodieren) ständig das Verhalten des anderen, seine Begrüßung, seinen Stil, seine Kleidung, seine Art zu gehen, zu sitzen, zu sprechen, zu gestikulieren usw. Obwohl die **nonverbale Kommunikation** einen sehr hohen Stellenwert hat, funktioniert sie normalerweise unbewusst und unkontrolliert. Der Arzt kann sie aber trainieren und als ein wichtiges Werkzeug gezielt und effektiv einsetzen.

► Aufgabe.

► Aufgabe. Wenn Sie im Freundeskreis Körpersprache aufführen und üben, werden Sie wahrscheinlich sehr überrascht sein, wie diese interpretiert wird. Es ist daher sehr hilfreich, wenn man gelegentlich eine Rückmeldung über die eigene Körpersprache erhält.

Man muss von jedem Arzt ein gewisses Quantum an Introspektionsfähigkeit erwarten können. Jeder hat seine eigene individuelle Körpersprache, die nur schwer veränderbar ist. Bei Patientenkontakt sind aversive Gewohnheiten des Arztes (z. B. Nervosität, Unkonzentriertheit) sehr störend. Dem Patienten kann u. U. seine nonverbale Botschaft rückgemeldet werden, um mehr Informationen zu erhalten.

Man muss von jedem Arzt ein gewisses Quantum an Introspektionsfähigkeit erwarten können. Diese sollte sich aber nicht auf gedankliche Inhalte und formale Gesichtspunkte beschränken, sondern die Körpersprache mit einbeziehen. Jeder hat seine eigene individuelle Körpersprache, die nur schwer veränderbar ist. Bei Patientenkontakten sind aversive Gewohnheiten des Arztes wie Nervosität, Unkonzentriertheit, Fahrigkeit usw. sehr störend. Sie sollten bewusst gemacht und verändert werden. Eine Disziplinierung in diesem Bereich wird vom Patienten honoriert. Dem Patienten kann unter Umständen seine nonverbale Botschaft rückgemeldet werden, um mehr Informationen zu erhalten.

► Praktisches Beispiel.

► Praktisches Beispiel.
- Sie sehen sehr traurig aus.
- Was bedrückt Sie?
- Sie scheinen Angst vor der Untersuchung zu haben?
- Sie sind skeptisch, ob das funktioniert?

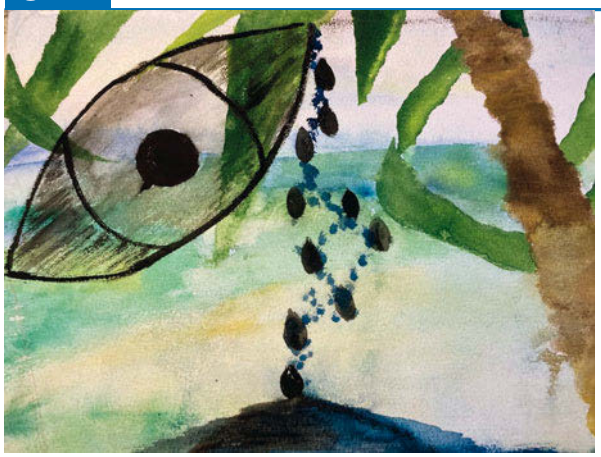
Wichtige nonverbale Aspekte und ihre Bedeutung:

- **Körperhaltung**
  Erkennbar sind Gelassenheit, Ruhe, Offenheit oder Anspannung, Abwehr, Verschlossenheit.
- **Körperkontakt**
  Körperkontakt ist ein sehr wichtiges und wirksames Vehikel, um Empathie und Zuneigung auszudrücken.
- **Nähe**
  Die körperliche Distanz zwischen Arzt und Patient spiegelt auch die affektive Beziehung wider.
- **Augenkontakt**
  Achten Sie darauf, wann dieser beim Patienten verloren geht.
- **Gesichtsausdruck**
  Übereinstimmung verbaler und nonverbaler Kommunikation.
- **Sprache**
  Man achte auf die Intonation.

Nachfolgend sind **wichtige nonverbale Aspekte** und ihre Bedeutung aufgeführt:

- **Körperhaltung**
  An der Körperhaltung erkennt man Gelassenheit, Ruhe, Offenheit oder Anspannung, Abwehr, Verschlossenheit. Beobachten Sie, wie sich Ihr Patient verhält, wie er sitzt (bequem, angespannt, unruhig, nervös, gelassen)?
- **Körperkontakt**
  Körperkontakt ist ein sehr wichtiges und wirksames Vehikel, um Empathie (Einfühlungsvermögen) und Zuneigung auszudrücken. Bedenken Sie, dass gerade alte Menschen oft seit vielen Jahren nicht mehr von einem anderen Menschen angefasst wurden. Eckart von Hirschhausen hat das sehr drastisch ausgedrückt mit den Worten: „Viele sind einsam, alt und keiner interessiert sich mehr für ihren Körper – außer dem Arzt“. Körperkontakt kann natürlich auch missverstanden und missbraucht werden im Sinne von Respektlosigkeit, Belästigung oder übertriebener Vertrautheit.
- **Nähe**
  Die körperliche Distanz zwischen Arzt und Patient spiegelt auch die affektive Beziehung wider. Die Distanz kann innerhalb der Anamnese wechseln, soweit es die Positionierung erlaubt: Der Patient rückt näher, um engeren Kontakt zu haben, oder er geht auf Distanz und lehnt sich weit zurück.
- **Augenkontakt**
  Achten Sie darauf, wann beim Patienten der Augenkontakt verloren geht. Geschieht es aus Scham, Verletztheit, Unterwürfigkeit?
- **Gesichtsausdruck**
  Der Gesichtsausdruck verrät am ehesten, ob verbale und nonverbale Kommunikation des Patienten übereinstimmen oder nicht.
- **Sprache**
  Man achte auf die Intonation: z. B. leises und langsames Sprechen bei depressiven, traurigen Patienten (Abb. **A-2.4**).

A-2.4 Eine depressive Patientin malt, wie sie die Welt sieht



(anhand eines realen Beispiels nachempfunden)

A-2.4

2.3.3 Zusammenfassung

2.3.3 Zusammenfassung

▸ Merke. Vonseiten des Arztes ist zu beachten

- Begrüßung und Vorstellung
- den Patienten mit Namen ansprechen
- Augenkontakt halten
- einfache Worte benutzen
- dem Patienten erklären, was ihn erwartet (Anamnese, Untersuchung, Zeitaufwand)
- persönlich sein
- Interesse und Anteilnahme zeigen
- Mitfühlen, Hineinversetzen, Mitdenken und Einfühlen – Empathie
- ruhige und entspannte Atmosphäre (Störungen vermeiden)
- „aktives" Zuhören.

▸ Merke.

▸ Merke. Der Arzt sollte vermeiden, aber bei sich wahrnehmen

- Ungeduld und Unlust
- schnelles Abhandeln
- Langeweile und Anstrengung
- Bagatellisieren, Verurteilen
- Verallgemeinern, Interpretieren
- Monologisieren, Emotionalisieren
- Moralisieren
- zu nett, zu sachlich sein
- Expertenhaltung.

▸ Merke.

Hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung zeigen Untersuchungen, dass 85 % der Patienten in einem Zeitraum von 5 Jahren ihren Arzt gewechselt haben oder daran denken, ihn zu wechseln. Als häufigster Grund hierfür wird die mangelhafte Kommunikation seitens des Arztes genannt. Die Ursache liegt darin, dass viele Ärzte nicht gelernt haben, Empathie im Umgang mit ihren Patienten zu trainieren und einzusetzen. Diejenigen Ärzte, die der Empathie große Aufmerksamkeit schenken und sie kultivieren, werden keine Probleme in der Kommunikation mit ihren Patienten haben, und ihre Beziehung wird auf einer starken emotionalen Basis aufbauen.

▸ Aufgabe. Nehmen Sie an einem Anamnesekurs teil, bei dem Ihr Verhalten audiovisuell aufgezeichnet und anschließend in der Gruppe diskutiert wird. Sie werden sich wundern, wie viele Dinge Sie unbewusst sagen und tun.

▸ Aufgabe.

2.4 Bestandteile der Anamnese

Aus unserer Erfahrung hat es sich bewährt, den Patienten nach der Begrüßung und dem ersten „Kennenlernen“ rasch nach seinen **aktuellen Symptomen und Problemen** zu befragen. Anschließend sollten die **früheren Erkrankungen** erfragt und dokumentiert werden und ein kurzer Systemüberblick erfolgen. **Familienanamnese** und **psychosoziale Anamnese** runden schließlich die Befragung ab.

Die Anamnese muss nicht immer streng schematisch ablaufen. Verschiedene Ärzte haben unterschiedliche Ansichten über die optimale Struktur der Anamnese. Aus unserer Erfahrung hat es sich bewährt, den Patienten nach der Begrüßung und dem ersten „Kennenlernen“ rasch nach seinen **aktuellen Symptomen und Problemen** zu befragen. Anschließend sollten die **früheren Erkrankungen** erfragt und dokumentiert werden und ein kurzer Systemüberblick erfolgen. **Familienanamnese** und **psychosoziale Anamnese** runden schließlich die Befragung ab. Uns erscheint dies als ein logischer Aufbau, der sich zunächst auf die medizinischen Probleme konzentriert, im Verlauf aber andere wichtige Aspekte berücksichtigt.
Der Lernende kann natürlich die Reihenfolge variieren, um auszuprobieren, mit welcher Anamnesestruktur er am besten arbeiten kann.

2.4.1 Leitsymptom und aktuelle Anamnese

2.4.1 Leitsymptom und aktuelle Anamnese

▶ Merke.

▶ Merke. Der Grund für den Arztbesuch liegt nicht immer in einer akuten oder chronischen Erkrankung.

Es kommen auch Patienten ohne Beschwerden (z. B. zur Kontrolle). Sie sollten den Grund stichwortartig in der Sprache des Patienten dokumentieren.

Es kommen auch Patienten ohne Beschwerden, die beispielsweise den Blutdruck oder das Cholesterin kontrollieren lassen möchten. Manchmal stellen sich Patienten auch ohne aktuelle Beschwerden vor, die nur durch Ereignisse im Familien- oder Bekanntenkreis beunruhigt sind (z. B. durch den Tod eines Angehörigen an Krebs). Sie sollten den Grund stichwortartig in der Sprache des Patienten erfassen und dokumentieren.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. **Charakterisierung des Symptoms:** Das Ziel der spezifischen Befragung ist es, die Beschwerden so genau wie möglich zu charakterisieren, um eine Diagnose zu erstellen und das weitere Vorgehen planen zu können.
Nachdem man dem Patienten ausreichend Zeit gelassen hat, seine Beschwerden zu schildern (s. o.):

- Erzählen Sie mir noch etwas mehr über diese Schwellungen, den Durchfall usw.!
- Was können Sie mir noch über die Beinschwellungen, den Durchfall usw. berichten?

müssen gezielte Fragen folgen, betreffend:

1. **Lokalisation und Ausbreitung**
2. **Qualität**
3. **Schweregrad**
4. **zeitliches Auftreten**
5. **Verstärkung des Symptoms**
6. **Begleitsymptomatik**
7. **Grad der Behinderung**

Beispiel siehe Tab. **A-2.2**

Die **spezifischen Fragen** haben den Sinn, die mögliche **Diagnose einzukreisen** und unwahrscheinliche Ursachen auszuschließen.

Die **spezifischen Fragen** haben den Sinn, die mögliche **Diagnose einzukreisen** und unwahrscheinliche Ursachen auszuschließen. Die richtigen Fragen können natürlich nur gestellt werden, wenn ausreichende Kenntnisse über das zu erfragende Krankheitsbild vorhanden sind.

Mit zunehmender Erfahrung wird auch die Anamnese eine Wandlung nehmen. Die direkte Befragung wird mit zunehmender Erfahrung immer spezifischer und damit automatisch auch kürzer. Ein sehr guter und erfahrener Arzt wird der Schilderung des Patienten höchste Aufmerksamkeit schenken und anschließend die gezielte Befragung sehr präzise und relativ kurz durchführen.

Der Anfänger wird daher seine Befragung eher breit anlegen und auch einige Fragen stellen, die evtl. irrelevant sind. Das gehört zu einem sich natürlich entwickelnden Lernprozess. Mit zunehmender Erfahrung wird auch die Anamnese eine Wandlung nehmen. Der erfahrene Arzt kann mit 3–4 Fragen bereits klar differenzieren, ob es sich z. B. um ein Lymphödem, ein venöses Ödem oder Ödeme bei einer Herzinsuffizienz handelt. Die direkte Befragung wird mit zunehmender Erfahrung immer spezifischer und damit automatisch auch kürzer. Davon abgesehen, sollte für die Schilderung des Patienten auch vom erfahrenen Arzt genügend Zeit vorgesehen werden. Ein sehr guter und erfahrener Arzt wird der Schilderung des Patienten höchste Aufmerksamkeit schenken und anschließend die gezielte Befragung sehr präzise und relativ kurz (im Vergleich zum Anfänger) durchführen.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Für eine kurze, stichwortartige Anamnese bei Ödemen:
52-jährige Pat. berichtet über Beinschwellungen, rechts ausgeprägter als links, abends stärker, morgens nicht mehr vorhanden usw.

A-2.2 Beispiele spezifischer Fragen an Hand des Symptoms „Beinschwellung“

Fragen nach	konkret
1. Lokalisation und Ausbreitung	▪ Wie sehen die Schwellungen aus? ▪ Betreffen sie beide Beine? ▪ Sind beide Beine gleich stark betroffen? ▪ Wo genau treten die Schwellungen auf? ▪ Sind sie nur auf die Knöchelregion begrenzt? ▪ Reichen sie weiter hinauf? ▪ Ist der Fußrücken mit betroffen?
2. Qualität	▪ Wie fühlen sich die Schwellungen an? ▪ Machen Ihnen die Schwellungen irgendwelche Beschwerden? ▪ Sind die Schwellungen schmerzhaft? ▪ Bis wohin gehen die Schmerzen, wohin strahlen sie aus? ▪ Wo genau verspüren Sie das Druckgefühl? ▪ Sind die Schwellungen eher weich oder eher derb?
3. Schweregrad	▪ Sind die Schwellungen sichtbar? ▪ Sind sie sehr ausgeprägt? ▪ Sind sie nur nachweisbar, wenn man hindrückt? ▪ Hinterlassen die Socken oder Strümpfe eine Einkerbung? ▪ Werden die Schuhe zu eng?
4. zeitliches Auftreten	▪ Wann haben Sie die Schwellungen zum ersten Mal bemerkt? ▪ Sind die Beschwerden seither konstant? ▪ Sind die Schwellungen zwischenzeitlich einmal ganz verschwunden? ▪ Gibt es Gründe hierfür? ▪ Hatten Sie früher schon einmal ähnliche Beschwerden?
5. Verstärkung/Abschwächung des Symptoms	▪ Wann sind die Schwellungen besonders ausgeprägt? ▪ Gibt es tageszeitliche Schwankungen? ▪ Haben Sie einen „stehenden“ Beruf? ▪ Spielen die Nahrungsaufnahme oder das Trinken eine Rolle? ▪ Wie ist es, wenn Sie sich hinlegen oder die Beine hochlagern? ▪ Haben Sie irgendwelche Medikamente genommen? ▪ Haben die Medikamente geholfen?
6. Begleitsymptomatik	▪ Haben Sie noch weitere Beschwerden? ▪ Haben Sie an Gewicht zugenommen? ▪ Haben Sie Wadenkrämpfe? ▪ Haben Sie Atemnot oder Herzbeschwerden? ▪ Müssen Sie nachts zum Wasserlassen aufstehen? ▪ Ist Ihnen am Urin etwas aufgefallen?
7. Grad der Behinderung	▪ Wie stark sind Sie durch die Schwellungen beeinträchtigt? ▪ Können Sie Ihren Beruf ungehindert ausüben? ▪ Haben Sie Probleme am Arbeitsplatz, zu Hause, in der Familie, im Bekanntenkreis?

2.4.2 Frühere Erkrankungen mit Bezug zum Leitsymptom

Von besonderem Interesse sind natürlich **frühere Erkrankungen**, die in einem **mutmaßlichen** oder **sicheren Zusammenhang** mit **den aktuellen Beschwerden** stehen. Berichtet ein Patient über zunehmende Luftnot bei Belastung und Beinödeme, so steht ein vor 10 Jahren durchgemachter Herzinfarkt damit wahrscheinlich in ursächlichem Zusammenhang. Musste sich eine Patientin vor 5 Jahren einer Brustamputation wegen eines Mammakarzinoms unterziehen, so sind die neu aufgetretenen Rückenschmerzen u. a. verdächtig auf eine Metastasierung in die Wirbelsäule. Anamnese bedeutet „sich erinnern“. Viele Patienten denken spontan nicht mehr an scheinbar abgeschlossene frühere Krankheiten, die nun Spätfolgen oder Komplikationen, sei es der Krankheit selbst oder der damaligen Therapie, mit sich bringen können. Beispiele dafür finden sich in Tab. **A-2.3**.

2.4.2 Frühere Erkrankungen mit Bezug zum Leitsymptom

Von besonderem Interesse sind natürlich **frühere Erkrankungen**, die in **mutmaßlichem** oder **sicherem Zusammenhang** mit **den aktuellen Beschwerden** stehen (Tab. **A-2.3**).

A-2.3

A-2.3 Frühere Erkrankungen/Therapien und typische späte Komplikationen

frühere Erkrankungen	späte Komplikationen
Hypertonie, Herzinfarkt	Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz
chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Spätrezidiv, maligne Entartung
akute Nierenerkrankung	Niereninsuffizienz
Asthma bronchiale	Lungenemphysem, pulmonale Hypertonie
operiertes Malignom	Spätrezidiv, Metastasierung
Thyreoiditis, Strumektomie	Hypothyreose
Bestrahlung, Chemotherapie	Zweitmalignom
lang dauernde Steroidtherapie	Diabetes mellitus

▶ Merke.

▶ Merke. Viele Rätsel der Medizin lassen sich durch eine einzige, richtig gestellte Frage lösen.

2.4.3 Medikamentenanamnese

Selbst wenn die Angaben des Patienten spärlich sind, so können Sie doch über die **Kenntnis seiner Medikamente** viele Aufschlüsse über die wahrscheinlich **zugrunde liegenden Krankheiten** erhalten.

Viele medizinische Probleme entstehen aber auch durch **unerwünschte Medikamentenwirkungen**, die vor allem bei Patienten auftreten können, die **mehrere Medikamente gleichzeitig** einnehmen. **Ältere Patienten** sind davon am häufigsten betroffen.

2.4.3 Medikamentenanamnese

Selbst wenn die Angaben des Patienten spärlich sind, so können Sie doch über die **Kenntnis seiner Medikamente** viele Aufschlüsse über die wahrscheinlich **zugrunde liegenden Krankheiten** erhalten. Wer z. B. ACE-Hemmer, Diuretika, Betablocker, Nitrate oder Kalziumantagonisten einnimmt, hat eine koronare Herzkrankheit, eine Hypertonie oder eine Herzinsuffizienz. Wer DPP-4-Hemmer oder Biguanide bekommt, hat einen Typ-2-Diabetes.

Viele medizinische Probleme entstehen aber auch durch **unerwünschte Medikamentenwirkungen**, die vor allem bei Patienten auftreten können, die **mehrere Medikamente gleichzeitig** einnehmen, welche von verschiedenen Ärzten verordnet werden. **Ältere Patienten** sind davon am häufigsten betroffen. In diesen Fällen ist es besonders wichtig, nach einem zeitlichen Zusammenhang des Auftretens der Symptome mit einem neu eingenommenen Medikament oder einer neuen Kombination zu fragen. Daher muss die Medikamentenanamnese sehr frühzeitig im Verlauf des Anamnesegesprächs erhoben werden.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Die Fragen nach der aktuellen Medikation und früherer Medikamenteneinnahme dürfen bei keiner Anamnese ausgelassen werden.

- Nehmen Sie Medikamente ein?
- Welche, wie heißen sie?
- Wie lange? Regelmäßig oder bei Bedarf?
- Haben Ihnen die Medikamente geholfen?
- Spüren Sie irgendeine Wirkung?
- Haben Sie Nebenwirkungen beobachtet?

Bei Frauen im gebärfähigen Alter nach **oraler Kontrazeption** fragen.

Bei Frauen im gebärfähigen Alter muss auch nach der **oralen Kontrazeption** („Pille“) gefragt werden.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Regelmäßige Schmerzmitteleinnahme wird häufig verschwiegen. Bei entsprechendem Verdacht sollte man daher indirekt fragen:

- Müssen Sie gelegentlich Schmerzmittel nehmen? Einmal im Monat, wöchentlich, oder täglich?

Ähnliches gilt für Schlaftabletten und Laxanzien (Abführtabletten):

- Kommen Sie ohne Schlaftablette aus?
- Ist Ihr Stuhlgang auch ohne Abführmittel in Ordnung?

Kann der Patient sich nicht erinnern, bitten Sie ihn oder seine Angehörigen, die Medikamente mitzubringen.

Sind dem Patienten seine Medikamente nicht erinnerlich, wird man ihn bitten, sie beim nächsten Besuch mitzubringen, bzw. von Angehörigen mitbringen zu lassen (im Krankenhaus).

Adhärenz oder Therapietreue

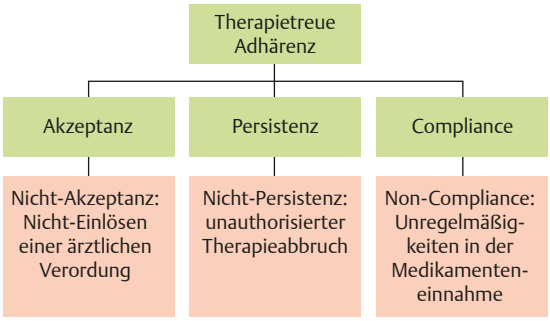
Die American Heart Association (AHA) bezeichnet unzuverlässige Medikamenteneinnahme durch Patienten als Problem Nummer 1 bei der Behandlung von Krankheiten.

Adhärenz oder Therapietreue

Dass Patienten ihre Medikamente nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung einnehmen, ist bereits von Hippokrates vor 2400 Jahren beklagt worden.

Mangelnde Therapietreue wird von der American Heart Association (AHA) für 10 % aller Krankenhauseinweisungen und für 23 % der Einweisungen in ein Pflegeheim verantwortlich gemacht. Die AHA bezeichnet unzuverlässige Medikamenteneinnahme durch die Patienten als Problem Nummer 1 bei der Behandlung von Krankheiten.

A-2.5 Terminologie in der Therapietreue



A-2.5

Der Begriff **Adhärenz** steht für das Modell der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung (shared decision making) mit aktiver Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidung.

Heute wird Adhärenz als **Oberbegriff des Gesamtkomplexes „Therapietreue“** verwendet, der sich dann weiter in Akzeptanz, Persistenz und Compliance untergliedern lässt (Abb. **A-2.5**). Selbstverständlich kann der Begriff der Adhärenz auch auf nicht medikamentöse Maßnahmen oder Lebensstiländerungen (z. B. Gewichtsreduktion, Ernährung) angewandt werden.

Unter **Nichtakzeptanz** versteht man, dass bis zu 5 % der Patienten das vom Arzt ausgehändigte Rezept erst gar nicht einlösen. Gründe dafür sind, neben anderen patienten- und krankheitsbezogenen Faktoren, Angst vor Nebenwirkungen, (unausgesprochene) Vergiftungsängste und Vergesslichkeit. Werden die erworbenen Medikamente nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung eingenommen spricht man von **Nichtadhärenz**. Ein kompletter, ärztlicherseits nicht authorisierter Abbruch der Medikamenteneinnahme wird als **Nichtpersistenz** bezeichnet.

Der Begriff der **Non-Compliance** beschreibt Unregelmäßigkeiten der Medikamenteneinnahme, bis hin zur mehrtägigen Unterbrechung z. B. am Wochenende oder im Urlaub (= **drug Holidays**); im Gegensatz zur Nichtpersistenz wird die Medikamenteneinnahme aber wieder aufgenommen.

Der Begriff **Adhärenz** steht für das Modell der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung mit aktiver Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidung.
Heute wird Adhärenz als **Oberbegriff des Gesamtkomplexes „Therapietreue“** verwendet, der sich dann weiter in Akzeptanz, Persistenz und Compliance untergliedern lässt (Abb. **A-2.5**).
Unter **Nichtakzeptanz** versteht man, dass bis zu 5 % der Patienten das vom Arzt ausgehändigte Rezept nicht einlösen. Werden die erworbenen Medikamente nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung eingenommen spricht man von **Nichtadhärenz**. Ein kompletter Abbruch der Medikamenteneinnahme wird als **Nichtpersistenz** bezeichnet.
Der Begriff der **Non-Compliance** beschreibt Unregelmäßigkeiten der Medikamenteneinnahme (bis hin zur mehrtägigen Unterbrechung z. B. im Urlaub = **drug Holidays**).

▶ Klinischer Fall. Colitis ulcerosa.

Anamnese: Ein 32-jähriger Patient mit einer seit einem Jahr bekannten Colitis ulcerosa wurde aufgrund eines erneuten akuten Schubes unter Mesalazintherapie mit Fieber bis 39 °C und bis zu 15 blutig schleimigen Diarrhöen pro Tag in das Krankenhaus eingewiesen.

Diagnostik und Therapie: Laborchemisch zeigten sich deutlich erhöhte Infektparameter, sonografisch war das Kolon wandverdickt. Eine Therapie mit Glukokortikosteroiden wurde eingeleitet; in der Stuhldiagnostik konnte eine infektiöse Genese ausgeschlossen werden. Die im Verlauf durchgeführte Koloskopie zeigte einen Befall bis zur rechten Kolonflexur.

Verlauf: Nach 6 Monaten musste der Patient erneut unter dem Bild eines akuten Schubes der Colitis ulcerosa stationär aufgenommen werden. Bei der Medikamentenanamnese zeigte sich, dass er das verordnete Azathioprin aufgrund von Beschwerdefreiheit nicht mehr eingenommen hatte. Zusätzlich waren bei ihm große Bedenken gegen die Einnahme aufgrund der im Beipackzettel beschriebenen Nebenwirkungen aufgetreten. Nach ausführlicher Aufklärung erklärte sich der Patient bereit, nochmals einen Therapieversuch mit Azathioprin durchzuführen. Im Verlauf der nächsten 3 Jahre trat kein akuter Schub mehr auf.

Fazit: Bei chronischen Erkrankungen mit symptomarmem oder schubweisem Verlauf werden häufig Medikamente nach wenigen Monaten nicht mehr eingenommen. Kommt es zu einem Rezidiv, sollte unter anderem auch eine schlechte Adhärenz als Ursache ausgeschlossen werden (aus: Dtsch Med Wochenschr. 2009; 134:1417–1424).

▶ Klinischer Fall.

Immer wenn ein **Therapieziel nicht erreicht** wird, muss geprüft werden, ob es sich in dem Einzelfall um ein Nichtansprechen (**Non-Responder**) **oder** eine **Nicht-Adhärenz** (also Nicht-Akzeptanz, Nicht-Persistenz oder Non-Compliance) handelt. Bei einigen Medikamenten können Spiegelbestimmungen in Blut und Urin Auskunft über die Regelmäßigkeit der Einnahme geben, allerdings ist diese Form der Therapieüberwachung oft kostenintensiv oder nicht verfügbar.

Bei V. a. unregelmäßige Medikamenteneinnahme kann der **Morisky-Fragebogen** (Tab. **A-2.4**) hilfreich sein.

Immer wenn ein **Therapieziel nicht erreicht** wird, muss geprüft werden, ob es sich in dem Einzelfall um ein Nichtansprechen (**Non-Responder**) **oder** eine **Nichtadhärenz** (also Nichtakzeptanz, Nichtpersistenz oder Non-Compliance) handelt.

Bei V. a. unregelmäßige Medikamenteneinnahme kann der **Morisky-Fragebogen** (Tab. **A-2.4**) hilfreich sein.

A-2.4 Morisky-Fragebogen

Frage	Bewertung der Antwortmöglichkeiten (Punkte)
Nehmen Sie die regelmäßige Einnahme der Medikamente wichtig?	ja (0) nein (1)
Wenn Sie sich besser fühlen, nehmen Sie dann manchmal keine Medikamente?	ja (1) nein (0)
Wenn Sie sich manchmal nach der Einnahme der Medikamente schlechter fühlen, hören Sie dann damit auf?	ja (1) nein (0)
Vergessen Sie manchmal Ihre Medikamente?	ja (1) nein (0)
In welcher Situation vergessen Sie Ihre Medikamente einzunehmen?	keine Angabe (0) sonstige Antworten (1)
In welcher Situation lassen Sie die Arzneimitteleinnahme aus?	keine Angabe (0) sonstige Antworten (1)
Nehmen Sie manchmal zu viel oder zu wenig ein?	ja (1) nein (0)
Bewertung (Gesamtscore)	**0 Punkte = compliant** **1 oder mehr Punkte nicht compliant**

A-2.5 Verhaltensmuster der Non-Compliance

Verhaltensmuster	Erläuterung
Änderung der zeitlichen Vorgaben der Medikamenteneinnahme	Verspätete oder zu frühe Einnahme, Wechsel von morgendlicher zu abendlicher Einnahme oder umgekehrt.
Änderung des Dosierungsmusters	Auslassen oder eigenmächtige Addierung von Dosierungen*.
Drug Holidays	Die Tabletteneinnahme sistiert für ≥ 3 Tage, wird anschließend aber wieder aufgenommen.
Weißkittel- oder Praxis-Compliance	Die Tabletteneinnahme im zeitlichen Umfeld eines Arzt- oder Klinikbesuchs ist gut; zwischen den Arztterminen nimmt die Compliance dann deutlich ab.

* Diese beiden Subgruppen variabler Compliance bezüglich des Dosierungsmusters kommen im Verhältnis 4 : 1 zugunsten des Auslassens vor

A-2.6 Strategien zur Verbesserung der Adhärenz

Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung	▪ allgemeine Kommunikation ▪ Dialog über Adhärenz
Patienteninformation/Unterstützung	▪ ausführliche Aufklärung ▪ Empfehlung von Selbsthilfegruppen ▪ Einbindung der Partner/Familie
individualisierte Therapie	▪ Anpassung der Therapie an die Erfordernisse des Alltags ▪ ausführliche Medikamentenanamnese
Patientenschulung	▪ Selbst Management
praktische Hilfen/Gedächtnisstützen	▪ Tablettendosator, Einnahmehilfen ▪ Medikamente in der Handtasche/am Arbeitsplatz deponieren ▪ Alarm an Uhr oder Mobiltelefon für die Einnahmezeit einstellen

Zu Verhaltensmustern der Non-Compliance siehe Tab. **A-2.5**.

Strategien zur Verbesserung der Adhärenz zeigt Tab. **A-2.6**.

SDM bzw. **partnerschaftliche Entscheidungsfindung** stehen für die stärkere Beteiligung des Patienten.

Nach Häufigkeit geordnet, können die in Tab. **A-2.5** dargestellten **Verhaltensmuster von Non-Compliance** unterschieden werden.

Die Umstellung vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Modell mit gemeinsamer Entscheidungsfindung nach entsprechender Aufklärung ist geeignet, die Adhärenz und damit den **Krankheitsverlauf** zu **verbessern** (Tab. **A-2.6**).

In den letzten Jahren wird das Konzept des **Shared Decision Making** (SDM) zunehmend propagiert und akzeptiert. Es geht dabei um eine spezifische Form der Interaktion zwischen Arzt bzw. medizinischem Personal und Patient, welche auf geteilter Information und gleichberechtigter Entscheidungsfindung z. B. bezüglich Diagnose und Therapie basiert (Schreibler 2003). Im Deutschen wird dafür der Ausdruck partizipative **oder partnerschaftliche Entscheidungsfindung** verwendet. Beide Teilnehmer (Arzt und Patient) beteiligen sich am Prozess der Entscheidungsfindung und beide sind mit der getroffenen Behandlungsentscheidung einverstanden und bereit, sie aktiv umzusetzen. Dies ist besonders wichtig bei chronischen, unspezifischen und schwer zu diagnostizierenden Erkrankungen und wenn mehrere Behandlungsalternativen möglich sind, die unterschiedlichen/unsicheren Nutzen oder unterschiedliche/unsichere Nebenwirkungen haben. Im Gegensatz zur paternalistischen oder autoritären Haltung des Arztes kann hierdurch die Autonomie des Patienten gestärkt und seine Beteiligung verbessert werden.

2.4.4 Auslösende Faktoren

Die Symptomatik soll vom Patienten im Zusammenhang mit seiner aktuellen Situation, den Lebensumständen, aber auch mit dem Erleben und letztlich mit der eigenen Biografie betrachtet werden.

► Praktisches Beispiel.

- Haben Sie selbst eine Vorstellung über die Ursachen der Erkrankung?
- Sie haben sich wahrscheinlich selbst schon Gedanken über die Ursache gemacht?
- Sehen Sie einen Zusammenhang zu Ihrer augenblicklichen Berufssituation?
- Was ist gestern passiert, bevor die Beschwerden einsetzten?
- Gab es Schwierigkeiten zu Hause oder in der Arbeit?
- Sind die Beschwerden im Zusammenhang mit einer besonderen Belastung aufgetreten?
- Haben Sie sich außergewöhnlich angestrengt?
- Haben Sie etwas Außergewöhnliches gegessen?
- Was könnte die Beschwerden ausgelöst haben?
- Treten die Beschwerden in bestimmten Situationen auf?

Wenn ein bereits lange bestehendes Gesundheitsproblem vorliegt, wenn es sich um „Befindlichkeitsstörungen" handelt, sollte danach gefragt werden, was den Patienten ausgerechnet jetzt zum Arzt führt:

- Was hat Sie denn bewogen, jetzt endlich einen Arzt aufzusuchen?
- Wie kamen Sie zu dem Entschluss, sich nun doch einmal untersuchen zu lassen?

Es passiert sehr häufig, dass der Gang zum Arzt, selbst bei schweren und ernsten Erkrankungen, nicht primär aus medizinischen Gründen erfolgt und vom Patienten entschieden wird, sondern andere Faktoren im Vordergrund stehen. Die Patienten werden von besorgten Verwandten zum Arzt geschickt. Sie wenden sich erst an einen Arzt, wenn sie sich z. B. Rat bei einem Freund geholt haben und dieser zum Arztbesuch rät. **Persönliche Krisen** führen besonders Frauen eher zum Arzt. Männer gehen häufig erst zum Arzt, wenn sie in ihrer **Leistungsfähigkeit** deutlich **eingeschränkt** sind und soziale Folgen befürchten oder die Beschwerden „unerträglich" werden. **Angst** ist ebenfalls ein wichtiges Motiv für einen Arztbesuch. Das gilt insbesondere dann, wenn nahe Verwandte oder Freunde mit ähnlicher Symptomatik schwer erkrankt oder verstorben sind.

Viele Patienten brauchen leider erst einen Anstoß von außen, um ihre schon lange bestehenden Beschwerden einem Arzt zu offenbaren. Bequemlichkeit, mangelnde Eigenliebe, Angst vor der Entdeckung einer schwerwiegenden Erkrankung, Disziplinlosigkeit und Unwissen sind nicht zuletzt auch wesentliche Hindernisse auf dem Weg zum Arzt. Andererseits wird die ärztliche Konsultation auch häufig von Patienten, die in sozialer Isolation leben, „benutzt", um z. B. auf **psychosoziale Probleme** aufmerksam zu machen. Für alte und allein lebende Menschen hat der Arztbesuch nicht selten die Funktion eines minimalen Sozialkontaktes.

2.4.5 Abgeschlossene medizinische Probleme

Auch abgeschlossene medizinische Probleme sind bei der Anamneseerhebung von Interesse, selbst wenn sie anfangs scheinbar oder tatsächlich in keinem Zusammenhang mit der augenblicklichen Erkrankung stehen. Sie blamieren sich vor Kollegen im Krankenhaus, wenn Sie z. B. einen Patienten zur Oberbauchsonografie oder zur Computertomografie wegen V. a. Cholezystitis schicken und nicht wissen oder erwähnen, dass der Patient sich vor Jahren einer Cholezystektomie unterzogen hat. Fragen Sie also **systematisch** nach **früheren Krankenhausaufenthalten, Operationen, Unfällen** und **schwerwiegenden Erkrankungen** und dokumentieren Sie die Informationen in Stichworten im Anamnesebogen unter Angabe der Jahreszahl und der Dauer.

Fragen Sie weiterhin nach:

- Allergien (Kontrastmittel, Antibiotika, Nahrungsmittel usw.)
- früherer Medikamenteneinnahme (S. 32)
- Berufsgiften
- Diäten bzw. speziellen Ernährungsgewohnheiten (z. B. Vegetarier)
- Nikotin
- Alkohol
- Bluttransfusionen
- chronischen, potenziell infektiösen Krankheiten (HIV-Infektion, chronische Hepatitis B oder C)

2.4.4 Auslösende Faktoren

Die Symptomatik soll vom Patienten im Zusammenhang mit seiner aktuellen Situation betrachtet werden.

► Praktisches Beispiel.

Es passiert sehr häufig, dass der Gang zum Arzt, selbst bei schweren und ernsten Erkrankungen, nicht aus medizinischen Gründen erfolgt, sondern andere Faktoren im Vordergrund stehen. **Persönliche Krisen** führen besonders Frauen eher zum Arzt. Männer gehen häufig erst zum Arzt, wenn sie in ihrer **Leistungsfähigkeit** deutlich **eingeschränkt** sind. **Angst** ist ebenfalls ein wichtiges Motiv für einen Arztbesuch.

Die ärztliche Konsultation wird auch häufig „benutzt", um z. B. auf **psychosoziale Probleme** aufmerksam zu machen.

2.4.5 Abgeschlossene medizinische Probleme

Auch abgeschlossene medizinische Probleme sind bei der Anamneseerhebung von Interesse, selbst wenn sie anfangs scheinbar oder tatsächlich in keinem Zusammenhang mit der augenblicklichen Erkrankung stehen. Fragen Sie also **systematisch** nach **früheren Krankenhausaufenthalten, Operationen, Unfällen** und **schwerwiegenden Erkrankungen**.

Fragen Sie auch nach:

- Allergien
- früherer Medikamenteneinnahme
- Berufsgiften
- Ernährungsgewohnheiten
- Alkohol-, Nikotinkonsum
- Bluttransfusionen
- chronischen, potenziell infektiösen Erkrankungen.

Der Systemüberblick dient dazu, **mit einigen Fragen auf alle Organsysteme einzugehen.**

2.4.6 Systemüberblick

Der Systemüberblick dient dazu, **neben dem Leitsymptom und seinen Nebenaspekten mit einigen Fragen auf alle Organsysteme einzugehen.** Man kann sich hier auf wenige, für das jeweilige Organsystem charakteristische Symptome beschränken.

▶ Praktisches Beispiel.

Allgemeinsymptome (S. 58):
- Wie ist Ihr Appetit, Ihr Durst?
- Ist Ihr Gewicht konstant?
- Haben Sie Schlafprobleme?
- Schwitzen Sie nachts?
- Haben Sie gelegentlich Fieber oder Schüttelfrost?

Kopf und Hals (S. 141):
- Haben Sie Kopfschmerzen?
- Haben Sie Schwindel?
- Riechen, schmecken und hören Sie gut?
- Wie ist Ihre Sehkraft?
- Tragen Sie eine Brille?
- Haben Sie Halsschmerzen?
- Haben Sie Schluckbeschwerden?
- Gibt es Probleme mit den Zähnen?
- Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?

Lymphknoten (S. 429):
- Haben Sie Lymphknotenschwellungen bemerkt? Z. B. unter der Achsel, in der Leiste oder am Hals?

Thorax und Brust (S. 187):
- Haben Sie Atemnot? In Ruhe oder bei Belastung?
- Haben Sie Herzbeschwerden? Spüren Sie Ihr Herz?
- Haben Sie Husten, Auswurf?
- Untersuchen Sie selbst Ihre Brust? Haben Sie Knoten festgestellt?
- Lassen Sie sich regelmäßig vom Frauenarzt/Urologen untersuchen?

Abdomen (S. 247):
- Haben Sie Magen- oder Bauchbeschwerden?
- Ist der Stuhlgang in Ordnung? Haben Sie Durchfall oder Verstopfung? Übelkeit oder Erbrechen?
- Haben Sie schon mal Blut im Stuhl beobachtet?
- Sehen Sie sich Ihren Stuhl regelmäßig an?

Harntrakt (S. 298):
- Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?
- Ist der Urin auffällig, z. B. schaumig oder blutig?
- Müssen Sie nachts raus zum Wasserlassen?

Geschlechtsorgane (S. 308):
- Ist die Periode regelmäßig? Normal stark?
- Haben Sie Beschwerden während der Periode?
- Haben Sie Zwischenblutungen?
- Haben Sie Probleme im Sexualbereich?
- Haben Sie sexuelles Verlangen?
- Gibt es Erektions- oder Ejakulationsprobleme?
- Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

Skelett (S. 352):
- Haben Sie irgendwelche Gelenkbeschwerden?
- Haben Sie Kreuzschmerzen? Muskelschmerzen?

Neurologie (S. 434):
- Haben Sie Gefühlsstörungen oder Lähmungserscheinungen?
- Haben Sie ein Anfallsleiden?

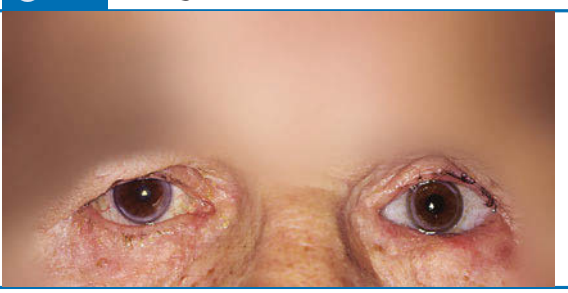
Haut (S. 400):
- Haben Sie eine Allergie oder Hauterkrankung?
- Schließlich wird man fragen:
- Habe ich irgendetwas vergessen zu fragen? *oder*
- Gibt es sonst noch etwas von Belang? *oder*
- Was haben wir nicht erwähnt?

▶ Klinischer Fall.

▶ Klinischer Fall. Bei der körperlichen Untersuchung eines 67-jährigen Patienten, der wegen arterieller Verschlusskrankheit in eine Universitätsklinik eingeliefert wurde, fällt dem PJ-Studenten eine lichtstarre Pupille links auf, die weder bei direkter Beleuchtung noch konsensuell reagiert. Die übrige neurologische Untersuchung ist unauffällig. Als er bei der Visite die Befunde mit dem Stationsarzt und zwei anderen Studenten im PJ bespricht, kommen einige Vorschläge, wodurch dieser Befund bedingt sein könnte. Man diskutiert unter anderem ein Adie-Syndrom, ein Argyll-Robertson-Phänomen als Folge einer Lues des ZNS und eine Blutung oder einen Tumor im Bereich der Vierhügelplatte. Der Stationsarzt empfiehlt, sicherheitshalber eine CCT anzufertigen. In der Röntgenbesprechung am übernächsten Morgen hört sich der Radiologe genüsslich den Vortrag der klinischen Symptome und die Fragestellungen an und konstatiert dann süffisant ein Glasauge links (Abb. **A-2.6**).

⊙ A-2.6

⊙ A-2.6 **Glasauge links**



2.4.7 Psychosoziale Aspekte

Von einigen Ausnahmen abgesehen (s. u.), sollte versucht werden, bei jedem Erstgespräch in einem Arbeitsgang medizinische **und** psychosoziale Informationen zu erhalten. Damit wird die künstliche Trennung von Körper, Seele und Psyche von vornherein vermieden, und alle vom Patienten als wichtig erlebten Empfindungen und Beobachtungen können erfasst werden.

Die soziale und psychologische Anamnese eröffnen die Möglichkeit, den Patienten besser kennen zu lernen und sein medizinisches Problem in einem psychosozialen Zusammenhang zu sehen. So wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, jede Erkrankung in Beziehung zu seiner individuellen Biografie zu sehen. Der Arzt kann wiederum erkennen, wie der Patient zu seiner Krankheit steht (z. B. gleichgültig oder ängstlich). Welche persönlichen Umstände, bzw. welche normalen Lebensabschnitte können für die Erkrankung von Bedeutung sein: Ablöseproblematik, Beruf, Berentung, Menopause, Scheidung, Untreue, Erkrankung oder Tod des Partners, Verlust des Haustiers, Umzug, Probleme mit Angehörigen oder Wohnungsnachbarn usw. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für alle weiteren diagnostischen, aber insbesondere auch für die therapeutischen Maßnahmen.

▶ Merke. Die Therapie beginnt bereits mit der Anamnese.

Das **Gespräch** mit dem Arzt (Therapeuten) **bringt für den Patienten bereits Erleichterung.** Ist aufseiten des Arztes ausreichend Empathie (Einfühlungsvermögen) vorhanden, so wird der Patient bereits beim Anamnesegespräch die Hoffnung schöpfen, dass er verstanden wird und ihm geholfen werden kann.

Manche Probleme und Beschwerden lassen sich so bereits klären und auflösen. Der Arzt wird aufgrund der Krankengeschichte ein bestimmtes Problem erfassen und Zusammenhänge aufdecken. Er wird diese Zusammenhänge dem Patienten erklären. Das ist eine wichtige Voraussetzung für das Verstehen des Patienten. Erst wenn der Patient verstanden hat, ist er zur weiteren Kooperation bei der Diagnosefindung und letztlich bei der Therapie bereit.

▶ Praktisches Beispiel.

- Ich möchte etwas mehr über Ihr Leben, Ihre Herkunft, Familie usw. wissen!

Fragen zu Geburt und Herkunft:

- Wo sind Sie geboren?
- Sind Sie auch dort aufgewachsen?
- Mit wie viel Jahren sind Sie umgezogen?
- Wann haben Sie das Elternhaus verlassen?

Schulbildung:

- Welche Schule haben Sie besucht?
- Haben Sie die Schule abgeschlossen?
- Sie haben studiert? Haben Sie sich auch noch für andere Fächer interessiert?

Arbeit und Finanzen:

- Welchen Beruf üben Sie aus?
- Haben Sie früher etwas anderes gemacht?
- Was ist Ihre genaue Tätigkeit?
- Macht Ihnen der Beruf Spaß?
- Welchen Beruf haben Sie früher ausgeübt (bei Rentnern)?
- Seit wann sind Sie arbeitslos?
- Wie ist Ihre finanzielle Situation?

Militär/FSJ:

- Waren Sie beim Militär oder haben Sie ein freiwilliges soziales Jahr (FSJ) absolviert?
- Was haben Sie dort gemacht?

Familie:

- Sind Sie verheiratet?
- Was macht Ihre Frau/Ihr Mann? Haben Sie Kinder?
- Sind Sie zufrieden mit Ihren Kindern?
- Sind Ihre Kinder noch zu Hause?

Wohnung:

- Wo wohnen Sie?
- Sind Sie mit Ihrer Wohnung zufrieden?
- Ist dort ausreichend Platz für die ganze Familie?

Freizeit:

- Haben Sie ausreichend Freizeit?
- Was sind Ihre Hobbys?
- Treiben Sie Sport?
- Wo verbringen Sie Ihren Urlaub?
- Was sind Ihre Interessen?

Die Befragung kann natürlich noch erweitert werden auf die Gebiete Religion, Weltanschauung, Politik usw. Es bleibt dem einzelnen Arzt überlassen, wie weit er bei einem bestimmten Patienten gehen will. Bei dieser Art der Befragung steht nicht nur die Krankheit im Mittelpunkt. Es kommen auch **gesunde Anteile und Stärken** des Patienten zur Sprache, die für sein **Selbstwertgefühl** und letztlich für die Heilung von großer Bedeutung sind.

Die weitere Exploration der Lebensgeschichte unter Einbeziehung psychologischer/psychiatrischer Aspekte ist von besonderer Bedeutung, wenn aufgrund der bisherigen Anamnese der Verdacht besteht, dass eine funktionelle Störung, eine psychosomatische oder psychiatrische Erkrankung vorliegt.

2.4.7 Psychosoziale Aspekte

Bei jedem Erstgespräch sollten in einem Arbeitsgang medizinische **und** psychosoziale Informationen gewonnen werden.

Durch die soziale und psychologische Anamnese kann der Arzt den Patienten besser kennen lernen und sein medizinisches Problem in einem psychosozialen Zusammenhang sehen.

▶ Merke.

Das **Gespräch** mit dem Arzt **bringt für den Patienten bereits Erleichterung** und die Hoffnung auf Verständnis und Hilfe.

Manche Probleme und Beschwerden lassen sich so bereits klären. Der Arzt wird aufgrund der Krankengeschichte die Zusammenhänge aufdecken und sie dem Patienten erklären.

Es bleibt dem einzelnen Arzt überlassen, wie weit er bei der Befragung gehen will. So kommen auch **gesunde Anteile und Stärken** des Patienten zur Sprache, die für sein **Selbstwertgefühl** wichtig sind.

Psychologische/psychiatrische Aspekte sind von besonderer Bedeutung, wenn der V. a. eine funktionelle Störung, eine psychosomatische oder psychiatrische Erkrankung besteht.

▶ Praktisches Beispiel. Es gibt Patienten, die von sich aus Erklärungsmöglichkeiten anbieten:

- Ich glaube, das ist alles psychisch bei mir!
- Wahrscheinlich liegt das an meinen Nerven!
- Ich kann einfach nicht mehr!
- Ich halte den Stress nicht mehr aus!
- Der Beruf, die Familie machen mich ganz krank!
- Die Belastung ist zu groß!
- Ich fühle mich überfordert, überlastet!

Bei der Mehrzahl der Patienten wird man aber nachfragen müssen:

- Haben Sie sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, was die Ursache Ihrer Beschwerden sein könnte?
- Gibt es Probleme am Arbeitsplatz oder in der Familie?
- Fühlen Sie sich überfordert?
- Haben Sie ausreichend Erholung, Schlaf, Entspannung?
- Wie gehen Sie mit Stress um?
- Wie ist Ihre Stimmung?
- Haben Sie Freude am Leben?

Bedenken Sie, dass einige Patienten bei diesen Fragen denken, dass ihre körperlichen Symptome nicht ernst genommen werden. Sie werden vielleicht sogar sagen:

- Denken Sie, dass ich mir die Schmerzen nur einbilde?
- Ich habe keine Probleme! Mir geht es psychisch gut!
- Ich kann mir nicht vorstellen, dass das psychisch ist!
- Ich bin doch nicht geistesgestört! Ich bin doch nicht verrückt!

Dies ist ein sehr kritischer Punkt. Es ist unbedingt notwendig, darauf hinzuweisen, dass die Beschwerden sehr ernst genommen werden und dass es keine „eingebildeten" Schmerzen bzw. Beschwerden gibt:

- Ich denke, wir sollten nicht ausschließen, dass die Psyche auch eine gewisse Rolle spielen kann, selbst wenn Sie diesbezüglich keine Probleme sehen.

Bei vielen Patienten können weitere Fragen das Bild der Störung verdeutlichen:

- Wie sind Sie mit diesen Beschwerden umgegangen?
- Haben Sie sich Sorgen gemacht?
- Haben die Beschwerden Ihr Leben beeinflusst? Wenn ja, in welcher Weise?
- Konnten Sie weiterarbeiten?
- Haben Sie Ihren Alltag noch bewältigen können?
- Wie hat die Umgebung reagiert?
- Was sagt Ihr Partner, Ihre Familie?

Die Art der Befragung ist bereits entscheidend für eine evtl. notwendige psychotherapeutische Beratung bzw. Therapie.

Psychosoziale Aspekte können vernachlässigt werden, wenn ein „stabiler" Patient wegen eines akuten medizinischen Problems den Arzt aufsucht und ihm einfach und schnell rein medizinisch geholfen werden kann.

Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte ermöglicht eine **individuelle Betrachtungsweise**, bei der der Patient und nicht die Krankheit im Vordergrund steht.

2.4.8 Familienanamnese und Stammbaum

Die Kenntnis der Erkrankungen, Todesursachen und des Alters der Blutsverwandten lässt **wichtige medizinische Rückschlüsse** auf die Erkrankung des Patienten zu.

Von besonderem medizinischem Interesse sind **genetisch bedingte Erkrankungen**. Hierzu ist die Erstellung eines Stammbaumes sehr hilfreich (Abb. **A-2.7**).

Die häufigsten **Zivilisationskrankheiten** wie Hypertonie und Diabetes mellitus haben eine starke **familiäre Komponente**, d. h., sie kommen in manchen Familien überproportional gehäuft vor. Weitere Beispiele sind Migräne, Atopie, Depression oder bestimmte Krebsarten.

Im Sinne der **Prävention** ist ein besonderes Augenmerk auf die verhütbaren und behandelbaren Erkrankungen zu legen.

Die Art der Befragung ist bereits entscheidend für eine evtl. notwendige psychotherapeutische Beratung bzw. Therapie. Wird dieser Weg durch eine unsensible Anamneseerhebung verbaut, so ist die Motivation des Patienten für ein psychotherapeutisches Verfahren sicher gering.

Psychosoziale Aspekte können in vielen Fällen vernachlässigt werden, wenn ein psychisch offensichtlich stabiler Patient wegen eines akuten medizinischen Problems den Arzt aufsucht und ihm einfach und schnell auf der rein medizinischen Ebene geholfen werden kann. Dabei geht es nur um fachlichen Rat und Hilfe. Soziale und psychische Aspekte können dann evtl. sogar störend wirken.

Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte ermöglicht eine **individuelle Betrachtungsweise**, bei der der Patient und nicht die abstrakte Krankheit im Vordergrund steht. Die Medizin gründet sich zwar auf naturwissenschaftlichen Prinzipien, sie ist aber unvollständig ohne humanwissenschaftliche Akzente.

2.4.8 Familienanamnese und Stammbaum

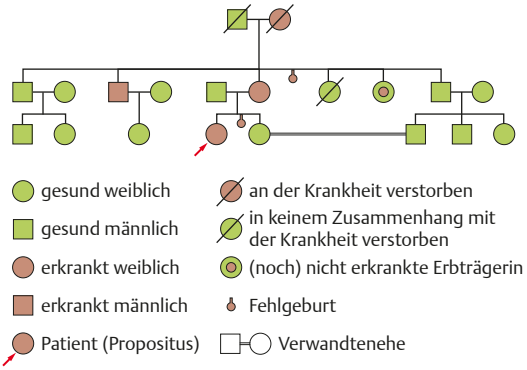
Die Erhebung der Familienanamnese dient verschiedenen Aspekten. Die Kenntnis der Erkrankungen, Todesursachen und des Alters der Blutsverwandten lässt **wichtige medizinische Rückschlüsse** auf die Erkrankung des Patienten selbst und seine Prognose zu. Die Einbeziehung der angeheirateten Verwandtschaft in die Betrachtung ist wichtig für die soziale Anamnese.

Von besonderem medizinischem Interesse sind **genetisch bedingte Erkrankungen** (z. B. Zystennieren, Polyposis intestinalis, Hypercholesterinämie). Zur genauen Erfassung des Erbganges einer genetisch übertragenen Erkrankung innerhalb einer Familie ist die Erstellung eines Stammbaumes sehr hilfreich (Abb. **A-2.7**).

Die Befragung des Patienten nach den Eltern, Großeltern, Geschwistern und Kindern ist aber nicht nur bei den seltenen, rein genetischen Erkrankungen von Bedeutung. Die häufigsten **Zivilisationskrankheiten** wie arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus haben eine starke **familiäre Komponente**, d. h. sie kommen in manchen Familien überproportional gehäuft vor. Weitere Beispiele für häufige und familiär gehäuft auftretende Erkrankungen sind Migräne, Atopie, Depression oder bestimmte Krebsarten (z. B. Brust- oder Darmkrebs). Der vorzeitige (frühe) Herztod eines Elternteils hat auch für den Patienten eine große prognostische Bedeutung. Andererseits ist die Langlebigkeit der Eltern eine bedeutende Determinante für die eigene Lebenserwartung.

Im Sinne der **Prävention (Krankheitsverhütung)** ist ein besonderes Augenmerk auf die verhütbaren und behandelbaren Erkrankungen zu legen. Hierbei ist die frühe Erkennung einer potenziellen Gefährdung die entscheidende Voraussetzung dafür, die Erkrankung erst gar nicht manifest werden zu lassen bzw. mit einer frühen Behandlung zu beginnen und damit die Prognose zu verbessern.

A-2.7 Beispiel zur Zeichnung eines Familienstammbaums



A-2.7

Die Familienanamnese dient letztlich auch der Erfassung einer möglichen Exposition (z. B. bei infektiösen Erkrankungen) oder besonderen Gefährdungen. Bei der Erhebung der Familienanamnese erhält der Arzt wichtige Einblicke in die Familiengeschichte, die Beziehungen untereinander und andere Aspekte des Sozialgefüges. Dabei kann die genaue Beobachtung auch der nonverbalen Kommunikation sehr aufschlussreich sein (z. B. bei kritischen Themen wie Tod des Ehegatten, Erkrankung eines Kindes) und wichtige Bezüge zur aktuellen Erkrankung des Patienten liefern.

Die Familienanamnese dient auch der Erfassung einer möglichen Exposition oder besonderer Gefährdungen.

▶ Praktisches Beispiel.

- Leben Ihre Eltern noch?
- Woran ist Ihr Vater verstorben?
- Wie alt war er?
- Ist Ihre Mutter gesund?
- Muss Ihre Mutter Medikamente für ihr Herz einnehmen?
- Sind Ihre Geschwister gesund?
- Wie viele Kinder haben Sie?
- Wie ist deren Gesundheit, sind sie schon einmal untersucht worden?
- Gibt es sonst irgendwelche Gesundheitsprobleme in Ihrer Familie, z. B. Erbkrankheiten wie Zucker, hoher Blutdruck, Herzleiden?
- Hat irgendjemand in Ihrer Familie ähnliche Beschwerden, Probleme, Symptome?
- Wie sind die Essgewohnheiten in Ihrer Familie?
- Sind Ihre Eltern auch übergewichtig?

▶ Praktisches Beispiel.

Leider wird die Familienanamnese durch Migration, Kontaktverlust und Wandel der Familienstrukturen mehr und mehr erschwert. Die Kenntnis der Erkrankungen von Angehörigen nimmt dadurch deutlich ab.

2.4.9 Berufsanamnese

2.4.9 Berufsanamnese

▶ Merke. Die Berufsanamnese sollte möglichst genau die Tätigkeit erfassen, die Zufriedenheit mit der Arbeit und die mögliche Gefährdung.

▶ Merke.

Die Berufsanamnese soll nicht nur Auskunft über die aktuelle Tätigkeit des Patienten geben. Sie erfasst darüber hinaus auch frühere Tätigkeiten, eine mögliche **medizinisch relevante Exposition**, Aspekte wie Schichtarbeit, Zufriedenheit oder **Stressfaktoren** am Arbeitsplatz, den Sozialstatus, die Ausbildung und Erziehung sowie das Einkommen.

Sie erfasst auch frühere Tätigkeiten, eine mögliche **medizinische relevante Exposition**, Schichtarbeit, **Stressfaktoren**, Sozialstatus, Ausbildung, Erziehung und Einkommen.

Die Arbeit kann sehr befriedigend sein und einen hohen **Stellenwert** für den Patienten haben hinsichtlich seiner persönlichen und sozialen Identifikation und Integration. Sie kommt aber auch häufig als Ursache für Stressreaktionen mit schweren gesundheitlichen Folgen in Betracht. Bestimmte Berufe prädisponieren zu spezifischen Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen; Details s. Berufskrankheiten (S. 56). Viele Patienten sind sich möglicher Gefahren oder Expositionen am Arbeitsplatz gar nicht bewusst. Einige berufsbedingte Erkrankungen können akut auftreten, wie z. B. chemische Intoxikationen, Inhalationen oder eine Kontaktdermatitis. Andere Erkrankungen manifestieren sich erst nach langer Latenz (z. B. Asbestose oder Silikose).

Die Arbeit kann einen hohen **Stellenwert** für die Patienten haben. Sie kommt aber auch häufig als Ursache für Stressreaktionen mit schweren gesundheitlichen Folgen in Betracht. Bestimmte Berufe prädisponieren zu spezifischen Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen; Details s. Berufskrankheiten (S. 56).

Gesundheitliche Gefährdungen können natürlich **auch in der Freizeit** auftreten (z. B. Verletzungen beim Sport oder Heimwerken).

Gesundheitliche Gefährdungen können **auch in der Freizeit** auftreten.

Die Beziehung des Patienten zum Arzt hängt davon ab, wie dieser **Autorität** erlebt hat. Hierdurch können Verhaltensweisen in die Arzt-Patienten-Beziehung eingehen, die nur **im biografischen Kontext** verständlich sind. Andererseits entstehen beim Arzt Gefühle, die wiederum von seiner persönlichen Entwicklung abhängen.

2.5 Spezielle Probleme

2.5.1 Der schwierige Patient, Umgang mit Aggressionen

Die Beziehung des Patienten zum Arzt hängt davon ab, wie der Patient **Autorität** erlebt hat und Konflikte mit Autoritätspersonen (meist den Eltern) lösen konnte. Hierdurch können seitens des Patienten unangebrachte Gefühle oder Verhaltensweisen in die Arzt-Patienten-Beziehung eingehen, die nur **im biografischen Kontext** verständlich sind. Andererseits entstehen beim Arzt Gefühle (Zuneigung, Mitleid, Ekel, Wut, Ärger, Aggression), die wiederum von der persönlichen Entwicklung und Erfahrung des Arztes abhängen. In dieser Situation wird der Arzt selbst zum diagnostischen Instrument, zumal wenn er versucht, seine eigenen Gefühle wahrzunehmen. Dann wird es ihm möglich sein, den Patienten ehrlich und ohne Werturteil anzunehmen und zu behandeln, unabhängig davon, ob er alkoholabhängig ist, AIDS hat, Migrant, Snob, Obdachloser oder Professor usw. ist. Wenn dies gelingt, wird ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis – auch mit dem „schwierigen" Patienten – möglich.

Der Umgang mit dem schwierigen Patienten stellt eine Herausforderung dar. Der Arzt muss den Umgang mit Aggression erlernen. Nur wenn er **auf Auseinandersetzungen verzichtet** und dem Patienten das Gefühl vermittelt, dass er Kritik üben kann, wird das **Arbeitsbündnis** erhalten bleiben.

Der Umgang mit dem schwierigen Patienten stellt eine Herausforderung an den Arzt dar. Er muss den Umgang mit Aggression erlernen. Patienten mit einer aggressiv-paranoiden Persönlichkeitsstruktur bereiten besondere Probleme, weil sie ungern dominiert werden. Häufig wird der Arzt in seinen diagnostischen und therapeutischen Handlungen offen oder latent kritisiert. Nur wenn der **Arzt auf Auseinandersetzungen verzichtet** und dem Patienten das Gefühl vermittelt, dass er Kritik üben kann, wird das **Arbeitsbündnis** erhalten bleiben. Diese Haltung gehört zur Professionalität des Arztberufs.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. für den Umgang mit schwierigen und/oder aggressiven Patienten:

- Rechnen Sie mit verbaler und gelegentlich sogar tätlicher Gewalt. Besonders häufig findet man sie in Notaufnahmen, in psychiatrischen Arbeitsfeldern und in Hausarztpraxen.
- Denken Sie an Ihren Selbstschutz: „Meine Unversehrtheit ist mir ebenso wichtig wie der Wunsch zu helfen."
- Setzen Sie klare Grenzen, z. B.: „Wir verstehen uns nicht, so kann ich Ihnen nicht helfen."
- Wenn eine Beleidigung oder sonstige aggressive Handlung eingetreten ist, brechen Sie die Behandlung ab: „Stopp, das reicht jetzt, unter diesen Umständen mache ich nicht weiter."
- Lassen Sie sich unbedingt einen Fluchtweg, d. h. eine Tür, die durch den Patienten nicht versperrt werden kann.
- Versuchen Sie möglichst weitere Personen dazu zu holen, wenn Sie merken, dass die Luft „dick" wird.
- Dokumentieren Sie genau, wie Sie beleidigt, bedroht oder angegriffen wurden.
- Informieren Sie Ihre Vorgesetzten über derartige Vorfälle.
- Wenden Sie niemals selbst direkte Gewalt an, es sei denn bei unmittelbarer Gefahr. Im Zweifelsfall holen Sie die Polizei.

Krankheit kann uns sehr emotional treffen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass manchen Patienten „zum Heulen" zumute ist. Als Arzt sollte man bemüht sein, solche **Gefühle und Gefühlsausbrüche** auszuhalten.

2.5.2 Der traurige Patient

Krankheit kann uns sehr emotional treffen. Wer selbst einmal krank war, weiß, wie allein man mit Schmerzen sein kann, wie man plötzlich hoffnungslos und traurig werden kann. Es ist daher nicht verwunderlich, dass manchen Patienten „zum Heulen" zumute ist, selbst wenn die medizinische Seite hierzu „objektiv" keine Veranlassung bietet. Als Arzt sollte man bemüht sein, solche **Gefühle und Gefühlsausbrüche** auszuhalten.

▶ Praktisches Beispiel.

▶ Praktisches Beispiel. Ablenken, Bagatellisieren oder Beschwichtigen ist wenig hilfreich:

- Es ist ja nicht so schlimm. Ist ja schon gut. Das wird schon wieder.

Besser ist es, auf die emotionale Ebene einzugehen. Oft wirkt dieses Verhalten des Arztes bereits als Therapie und löst den Affekt auf natürliche Weise:

- Ich kann gut verstehen, dass Sie das traurig macht. Man merkt, dass Sie darüber sehr besorgt sind. Weinen Sie sich nur aus. Es hilft Ihnen sicher, wenn Sie mir Ihre Sorgen, Ängste usw. erzählen. Was bedrückt Sie?

Vielen Patienten hilft es, über ihre Emotionen zu sprechen und ihre Geschichte zu erzählen.

Vielen Patienten ist bereits sehr geholfen, wenn sie über ihre Emotionen sprechen und ihre Geschichte erzählen können. Manche Patienten wollen sich aber nicht weiter öffnen, dann ist es auch nicht angebracht, zu insistieren.

2.5.3 Der hypochondrische Patient

2.5.3 Der hypochondrische Patient

▶ Definition. „Hypochondrie“ (Krankheitswahn), leitet sich von Hypochondrium ab und steht im Altgriechischen für „das unter dem Brustknorpel Befindliche“. Hier wurden der Sitz der Melancholie und die Produktion derselben (schwarze Galle) lokalisiert. Hypochondrie wurde im 18. Jahrhundert modern und sorgte für reichlich Gesprächsstoff und morbides Vergnügen der Oberschicht. Die Engländer sprachen von Milzsucht (Spleen = engl. für Milz) und lokalisierten den Ursprung damit in dieses Organ.

▶ Definition.

Man schätzt, dass bis zu 10 % der Bevölkerung unter Krankheitsangst und ca. 20–50 % der Patienten in der Hausarztpraxis unter somatoformen Störungen leiden, zu denen auch die Hypochondrie zählt. Als „somatoform“ werden Beschwerden bezeichnet, für die sich keine somatischen (= körperlichen) Ursachen finden lassen.

Zitat: *„There were billions of conscientious body cells oxydating away day and night like dumb animals at their complicated job of keeping him alive and healthy, and everyone was a potential traitor and foe“.* (aus: „Catch 22“ von Joseph Heller, 1955)

Bei hypochondrischen Patienten kann es schwierig sein, zwischen funktionellen und typischen organischen Symptomen zu differenzieren. Diese Schwierigkeit resultiert aus der oft sehr vagen und gleichzeitig voreingenommenen Präsentation der Symptome. Trotz intensiver Untersuchung, Aufklärung und Beratung bleibt aufseiten des Patienten die Besorgnis, dass die Diagnose nicht stimmt oder irgendeine ernste Erkrankung übersehen wurde. Die **eigene Beobachtung wird übertrieben** (Abb. **A-2.8**). Das führt zu einer „ungesunden“ Körperwahrnehmung: Selbst normale Körperfunktionen und harmlose Symptome wie Schwindel nach raschem Aufrichten aus gebückter Haltung, Herzklopfen bei Anstrengung, Darmtätigkeit, Blähungen oder Muskelkater werden als krankhaft interpretiert und veranlassen den Patienten, einen Arzt aufzusuchen. Die **Arztbesuche häufen sich**, früher oder später kommt es zum Arztwechsel. Die Patienten haben häufig eine lange „Krankheitskarriere“ mit einer Vielzahl von Arztkonsultationen hinter sich.

Bei hypochondrischen Patienten kann es schwierig sein, zwischen funktionellen und typischen medizinischen Symptomen zu differenzieren. Die Schwierigkeit resultiert aus der oft sehr vagen und gleichzeitig voreingenommenen Präsentation der Symptome. Die **eigene Beobachtung wird übertrieben** (Abb. **A-2.8**). Das führt zu einer „ungesunden“ Körperwahrnehmung: Selbst normale Körperfunktionen und harmlose Symptome werden als krankhaft interpretiert. Die **Arztbesuche häufen sich**.

▶ Merke. Hinter den geschilderten Symptomen verbirgt sich sehr häufig eine Depression oder eine andere psychische Störung.

▶ Merke.

An eine depressive Episode sollten Sie denken, wenn der Patient über Antriebsstörungen, Energieverlust und Müdigkeit klagt und an sich selbst Interesse- und Freudlosigkeit feststellt. Weitere Hinweise sind der Verlust des Selbstwertgefühls, übertriebene Schuldgefühle, Todes- und Suizidgedanken, Entscheidungsunfähigkeit, psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust. Die Patienten akzeptieren aber nur sehr widerwillig diese Sichtweise und sind daher für eine entsprechende Therapie nicht motiviert. Sie beharren auf der organischen Ebene. Je

An eine depressive Episode sollten Sie denken, wenn der Patient über Antriebsstörungen, Energieverlust und Müdigkeit klagt und an sich selbst Interesse- und Freudlosigkeit feststellt. Die Patienten beharren auf der organischen Ebene. Es ist daher sehr wichtig, diese Ebene so kurz, präzise und sicher abzuhandeln wie nur möglich.

⊙ A-2.8 Hypochondrische Patienten beobachten übertrieben ihren Körper

⊙ A-2.8

© SimpLine/stock.adobe.com

Hypochonder suchen in der Regel häufig den Arzt auf, um sich untersuchen zu lassen bzw. sich rückzuversichern, nicht schwer erkrankt zu sein. Sie beobachten ihren Körper und dessen Funktionen in übertriebener Weise und grübeln oft über die Folgen einer vermeintlichen Erkrankung.

(© SimpLine/stock.adobe.com)

mehr der Arzt darauf eingeht und die Möglichkeit einer organischen Erkrankung offen lässt, umso mehr wird der Patient auf dieser Ebene fixiert sein. Es ist daher sehr wichtig, diese Ebene so kurz, präzise und sicher abzuhandeln wie nur möglich.

2.5.4 „Heikle“ Themen: Sexualität, Alkohol, Suchtverhalten

Sexualität

Fragen zur Sexualität spielen bei vielen medizinischen Problemen eine Rolle, **werden** aber häufig aus Gefühlen der Scham, Schuld oder Furcht vor Verspottung **vom Patienten nicht angesprochen**. Sie müssen **vom Arzt erfragt** werden, z. B. wenn eine Erkrankung Auswirkungen auf das Sexualleben haben kann. Nicht selten bestehen auch aufseiten des Arztes Hemmungen, über sexuelle Dinge zu sprechen. Vermeiden Sie diesen Bereich notorisch, so werden Sie auch nicht lernen, mit Patienten unbefangen über Sexualität zu sprechen.

Vergewissern Sie sich, inwieweit der Patient die von Ihnen verwendete **Terminologie** versteht und ob er in der Lage ist, z. B. die Genitalien richtig zu benennen (Tab. **C-4.7**).

Erleichtern Sie dem Patienten, über sexuelle Themen zu sprechen, indem Sie die **Wichtigkeit dieser Frage für Ihre vermutete Diagnose erläutern**, vorweg Ihr Mitgefühl und Verständnis für Hemmungen des Patienten äußern oder die möglichen Probleme des Patienten als weit verbreitet darstellen.

▶ Praktisches Beispiel.

Fragen zum Thema Sexualität müssen nicht unbedingt bei der ersten Begegnung mit dem Patienten gestellt werden. Versuchen Sie zunächst, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Vermeiden Sie es, Ihre persönlichen Vorstellungen, Annahmen und Vorurteile zum Sexualleben anderer in Ihre Fragen einfließen zu lassen.

Sexualität

Fragen zur Sexualität spielen bei vielen medizinischen Problemen eine Rolle, werden aber häufig aus Gefühlen der Scham, Schuld oder Furcht vor Verspottung vom Patienten nicht angesprochen. Trotz der in den letzten 20 Jahren lockerer gewordenen Sexualmoral können die meisten Patienten über Masturbation oder Schmerzen beim Koitus nicht so frei sprechen wie über eine Mandelentzündung oder Rückenschmerzen. Daher werden **Probleme mit der Sexualität** nur **selten vom Patienten selbst angesprochen**, sie müssen **vom Arzt erfragt** werden. Allerdings sollte der Arzt sexuelle Fragen nicht um ihrer selbst willen zur bloßen Vervollständigung der Anamnese stellen, sondern anhand einer konkreten Überlegung, die dem Patienten auch erklärt werden muss. Man vermeide es, den Eindruck von Neugier oder Taktlosigkeit zu erwecken. Fragt man aber nicht nach möglichen Auswirkungen einer Erkrankung auf das Sexualleben, so wird man diese auch nur schwer diagnostizieren können. Nicht selten bestehen auch aufseiten des Arztes Hemmungen, über sexuelle Dinge zu sprechen. Vermeiden Sie diesen Bereich notorisch, so werden Sie auch nicht lernen, mit Patienten unbefangen über Sexualität zu sprechen.

Eine effiziente Sexualanamnese setzt voraus, dass Arzt und Patient sich auf der Basis einer beiderseits verständlichen **Terminologie** unterhalten. Vergewissern Sie sich, inwieweit der Patient die von Ihnen verwendeten Begriffe versteht und ob er z. B. in der Lage ist, die Genitalien mit neutralen, nicht vulgären Ausdrücken zu benennen. Falls dies nicht der Fall ist, fällt Ihnen hier auch eine pädagogische Aufgabe zu. Vermeiden Sie es allerdings, sich auf die Ebene der Vulgärterminologie zu begeben, viele Patienten könnten dadurch abgestoßen oder verunsichert sein (Tab. **C-4.7**).

Die Sexualanamnese sollte in einer möglichst angenehmen Atmosphäre und in entspannter Form erhoben werden. Erwarten Sie nicht, dass Patienten auf entsprechende Fragen antworten, wenn sie gerade auf dem gynäkologischen Stuhl liegen oder rektal untersucht werden. Bei der Einleitung des Gesprächs sollten Sie sich vorsichtig vortasten und die Reaktionen des Patienten einkalkulieren. Erleichtern Sie dem Patienten, über sexuelle Themen zu sprechen, indem Sie die **Wichtigkeit dieser Frage für Ihre vermutete Diagnose erläutern**, vorweg Ihr Mitgefühl und Verständnis für Hemmungen des Patienten äußern oder die möglichen Probleme des Patienten als weit verbreitet darstellen.

▶ Praktisches Beispiel.

- Ich erwähnte eben, wie wichtig es für Sie ist, sich in der nächsten Zeit vorübergehend nicht zu stark körperlich zu belasten. Man denkt vielleicht nicht sofort daran, aber zu den Aktivitäten mit starker körperlicher Belastung gehört auch der Geschlechtsverkehr.
- Ich kann mir denken, dass Sie vielleicht nicht gewöhnt sind, über sexuelle Dinge zu sprechen, und Sie das peinlich finden. Das geht nicht nur Ihnen so. Wir dürfen aber diesen Bereich nicht ausklammern.
- Probleme mit der Sexualität sind enorm verbreitet, und fast jeder hat irgendwann einmal damit zu tun. Wie steht es dabei mit Ihnen?

Fragen zum Thema Sexualität müssen nicht unbedingt bei der ersten Begegnung mit dem Patienten gestellt werden. Lassen Sie sich Zeit und versuchen Sie zunächst, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Bieten Sie dem Patienten an, seine Angaben zum Thema Sexualität nicht in die Krankengeschichte aufzunehmen, falls er dies möchte.

Vermeiden Sie es, Ihre persönlichen Vorstellungen, Annahmen und Vorurteile zum Sexualleben anderer, insbesondere auch älterer und sehr junger Menschen, unbedacht in Ihre Fragen einfließen zu lassen. Die sexuelle Präferenz kann hetero-, homo- oder bisexuell sein, Unverheiratete können ein reges Sexualleben haben, während Verheiratete nicht notwendigerweise sexuelle Beziehungen miteinander haben müssen. Der Status einer Ehe oder heterosexuelle Beziehungen schließen eine homosexuelle Orientierung nicht aus. Die Frage „Sind Sie verheiratet?“ impliziert eini-

ge nicht notwendigerweise zutreffende Annahmen und bringt im Hinblick auf eine Sexualanamnese wenig relevante Informationen. Besser ist es, zunächst **nach einem Partner** zu **fragen**.

Alkohol und Suchtverhalten

Zu den anamnestisch „schwierigen" Themen gehören auch **Fragen zum Alkoholkonsum**. Wegen der weiten Verbreitung und der speziellen anamnestischen Probleme soll auf den Alkoholismus besonders eingegangen werden.
So leicht es für den erfahrenen Kliniker ist, die somatischen Folgen einer langjährigen Alkoholkrankheit zu erkennen, so verborgen bleibt der Zustand des Problemtrinkens und der Alkoholabhängigkeit **in frühen Phasen**. Dabei kommt es gerade auf eine Früherkennung an, denn in diesem Stadium sind nicht nur die Aussichten auf eine Heilung wesentlich günstiger, sondern es bestehen auch noch keine irreversiblen organischen Veränderungen. Die Gründe für die Schwierigkeiten einer Früherkennung liegen darin, dass die Alkoholkrankheit in diesem Stadium eine **nur anamnestisch zu diagnostizierende Krankheit** ist, der Alkoholkranke aber bewusst und unbewusst die Unwahrheit sagt sowie zum Rationalisieren, Bagatellisieren und/oder Negieren neigt. Ob es sich bei diesen unbewusst ablaufenden Vorgängen um einen psychopathologischen Grundzug oder um die Folgen des Alkoholkonsums auf das Gedächtnis handelt, sei dahingestellt. Die Auswirkungen auf das Anamnesegespräch sind die gleichen. Dazu kommt, dass Alkoholkranke häufig Gefühle von Schuld, Versagen und moralischer Minderwertigkeit empfinden, wenn sie auf ihren Alkoholkonsum angesprochen werden. Von den Mitmenschen und auch von vielen Ärzten, wird der Alkoholiker weniger als Kranker, sondern als ein Individuum gesehen, das sich aufgrund seiner Charakterschwäche absichtlich selbst zerstört. Mit dieser Einstellung wird man dem Problem nicht gerecht.

Alkohol und Suchtverhalten

Zu den anamnestisch „schwierigen" Themen gehören auch **Fragen zum Alkoholkonsum**.

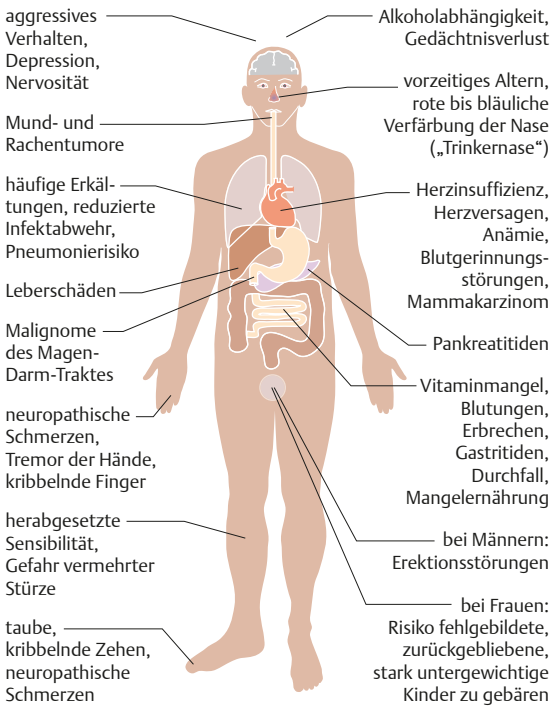
Der Zustand des Problemtrinkens und der Alkoholabhängigkeit bleibt in frühen Phasen meist verborgen. Die Alkoholkrankheit ist **im Frühstadium** eine **nur anamnestisch zu diagnostizierende Krankheit**, der Alkoholkranke sagt aber bewusst oder unbewusst die Unwahrheit, neigt zum Rationalisieren, Bagatellisieren oder Negieren. Dazu kommt, dass Personen mit schädlichem Alkoholkonsum häufig Gefühle von Schuld, Versagen und moralischer Minderwertigkeit empfinden, wenn sie auf ihren Alkoholkonsum angesprochen werden. Der Alkoholkranke wird von vielen weniger als Kranker, sondern als ein Individuum gesehen, das sich aufgrund seiner Charakterschwäche absichtlich selbst zerstört. Diese Einstellung wird dem Problem nicht gerecht.

▸ Merke. **Merke.** Anamnestische Hinweise für Alkoholkrankheit sind eine Reihe von körperlichen und psychosozialen Symptomen wie Krampfanfälle, Tremor, Pankreatitis, Gastritis, Hepatitis, periphere Neuropathie, gehäuft erlebte Unfälle und tätliche Auseinandersetzungen, aggressives Verhalten, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Eheprobleme und Probleme am Arbeitsplatz sowie der Gebrauch von Psychopharmaka (siehe auch Abb. **A-2.9**). Typischerweise leugnet der Kranke eine Beziehung zwischen dem Alkoholkonsum und diesen Problemen.

▸ Merke.

A-2.9 Folgen übermäßigen Alkoholkonsums

A-2.9



► Exkurs.

► Exkurs. **Riskanter Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit.**

Beim **riskanten Alkoholgebrauch** besteht aktuell noch keine Schädigung, jedoch ist eine zukünftige Gesundheitsschädigung wahrscheinlich. Die Grenzen für dieses Kriterium liegen bei einem Konsum reinen Alkohols > 30 g/Tag bei Männern und > 20 g/Tag bei Frauen. Beim schädlichen **Alkoholgebrauch** oder **Alkoholmissbrauch** sind bereits körperliche und psychische Folgeschäden eingetreten (dazu gehören v. a. Leberschäden, neurokognitive Defizite, Schäden des peripheren Nervensystems, des Herzmuskels und des Knochenmarks). Für die Definition der **Alkoholabhängigkeit** müssen 3 oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig während der letzten Monate erfüllt sein:

- starkes Verlangen/Zwang, Alkohol zu konsumieren
- verminderte Kontrolle über den Alkoholgebrauch
- Toleranzentwicklung
- körperliches Entzugssyndrom
- Einengung auf den Alkoholkonsum
- anhaltender Alkoholkonsum trotz schädlicher Folgen.

Nach diesen Definitionskriterien erfüllen in Deutschland etwa 8–9 Mio. Menschen die Definition des riskanten Alkoholkonsums, ca. 1,6 Mio. betreiben einen schädlichen Gebrauch und etwa 1,8 Mio. sind als alkoholabhängig zu bezeichnen. Damit liegt der schädliche Gebrauch von Alkohol nach Nikotinabusus und Überernährung an dritter Stelle der vermeidbaren Krankheitsursachen.

Es ist davon auszugehen, dass unter den Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis etwa 20 % riskanten Alkoholkonsum und 3,5 % Missbrauch betreiben sowie 7–10 % alkoholabhängig sind. 75 % der Abhängigen suchen mehr als einmal pro Jahr einen niedergelassenen Arzt auf. Somit finden 70 % aller Kontakte mit Suchtkranken nicht etwa beim Suchtberater, sondern in Arztpraxen statt. Dennoch bleibt riskanter Alkoholkonsum bei 75 % der Betroffenen unerkannt, da man sich in der ärztlichen Praxis vorwiegend mit den Folgen des schädlichen Gebrauchs befasst und die eigentliche Ursache der Gesundheitsstörungen außen vor bleibt. So verwundert es nicht, dass es im Mittel 10 Jahre dauert, bis sich Alkoholabhängige in eine qualifizierte Suchtberatung begeben.

Zur Früherkennung bedarf es einer subtilen Anamnesetechnik. Bewährt hat sich der **CAGE-Test** (Tab. **A-2.7**).

Die einfache Frage „wie viel Alkohol trinken Sie?“ führt nur selten zur Diagnose bei Personen, für die der Alkohol zum Problem geworden ist. Zur Früherkennung bedarf es einer subtilen Anamnesetechnik. Bewährt hat sich der aus der angloamerikanischen Literatur bekannte **CAGE-Test** (Tab. **A-2.7**).

A-2.7 CAGE-Test (Cut, Annoyed, Guilty, Eye) zur anamnestischen Früherkennung des Alkoholismus

- Frage 1: Hatten Sie jemals das Gefühl, Sie müssten Ihren Alkoholkonsum drosseln?
- Frage 2: Haben Sie sich jemals geärgert, wenn jemand Ihren Alkoholkonsum kritisiert hat?
- Frage 3: Hatten Sie jemals Schuldgefühle, wenn Sie an Ihren Alkoholkonsum denken?
- Frage 4: Brauchten Sie jeweils am Morgen „einen zum Ruhigwerden“?

Frage 1 betrifft Besorgnisse des Kranken, die Kontrolle über seinen Alkoholkonsum zu verlieren. Bei einer positiven Antwort schließen sich daran zwanglos Folgefragen nach den Gründen an. Frage 2 versucht zu ergründen, ob andere Personen am Trinkverhalten Anstoß nahmen. Frage 3 zielt auf die häufig mit dem Alkoholkonsum vergesellschafteten Schuldgefühle ab, insbesondere, wenn die Alkoholkrankheit zu psychosozialen Problemen geführt hat. Frage 4 spricht eines der häufigsten Zeichen der physischen Abhängigkeit an.

Bereits eine positive Antwort im CAGE-Test sollte zu weiteren Fragen führen, bei zwei positiven Antworten besteht dringender V. a. eine Alkoholkrankheit. Bei **Abstinenzlern** kann es sich auch um **Alkoholiker in der Remission** handeln.

Bereits eine positive Antwort im CAGE-Test sollte zu weiteren Fragen über Alkoholprobleme führen, bei zwei positiven Antworten besteht der dringende Verdacht auf eine Alkoholkrankheit. Der Test hat einen positiven prädiktiven Wert von 62 % und einen negativen prädiktiven Wert von 98 %. Vergessen Sie nicht, dass sich unter **Patienten, die angeben, niemals Alkohol zu trinken, auch Alkoholiker in der Remission** befinden können. Auch diese Angabe ist somit verdächtig für ein Alkoholproblem.

Ein weiteres Screening-Instrument ist der AUDIT-C-Fragebogen (Alcohol Use Disorders Identification Test, Tab. **A-2.8**). Hierbei werden auch Konsummuster wie Häufigkeit, Menge und Intensität erfragt.

Ein weiteres Screening-Instrument, vor allem für die Frühdiagnose eines Alkoholmissbrauchs, ist der AUDIT-C-Fragebogen (Alcohol Use Disorders Identification Test, Tab. **A-2.8**). Anders als im CAGE-Test werden neben der Missbrauchs- und Abhängigkeitssymptomatik auch Konsummuster wie Häufigkeit, Menge und Intensität erfragt. Der verkürzte AUDIT-C-Fragebogen für die Praxis besteht aus 3 Kernfragen, die vom Patienten beantwortet werden müssen.

A-2.8 AUDIT-C-Fragebogen

Fragen	Punktesystem					Ihre Punkte
	0	1	2	3	4	
Wie oft trinken Sie Alkohol?	nie	etwa 1-mal pro Monat	2–4-mal pro Monat	2–3-mal pro Woche	4-mal oder öfter pro Woche	
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?	1–2	3–4	5–6	7–8	10 oder mehr	
Wie oft haben Sie an einem Tag des vergangenen Jahres mehr als 6 (als Frau) bzw. mehr als 8 (als Mann) alkoholische Getränke getrunken?	nie	seltener als 1-mal pro Monat	1-mal pro Monat	1-mal pro Woche	täglich oder fast täglich	

1 Glas Alkohol entspricht, 0,33 Liter Bier, 0,25 Liter Wein oder Sekt, 0,02 Liter Spirituosen
Punktwert: Ab einem Punktwert von 4 bei Frauen und 5 bei Männern besteht der V. a. auf eine alkoholbezogene Störung. Eine Gesamtpunktzahl > 5 gilt als AUDIT-C-positiv.

Wegen der genannten Probleme bei der Alkoholanamnese versucht man, auch objektive Parameter für die Feststellung eines Alkoholmissbrauchs zu verwenden. An Laborwerten haben sich in dieser Hinsicht am besten bewährt die γ-Glutamyltranspeptidase (γ-GT), das mittlere korpuskuläre Volumen (MCV) der Erythrozyten und das CDT (Carbohydrate-deficient transferrin, Asialotransferrin). Der Nachweis von Etg (Ethylglucuronid) im Urin dient als Untersuchungsparameter, um den Konsum von Alkohol in den zurückliegenden 1–2 Tagen zu belegen.

Als objektive Parameter werden v. a. bestimmte Laborwerte verwendet, so z. B. γ-GT, MCV und CDT (Carbohydrate-deficient transferrin, Asialotransferrin).

Zur vollständigen Anamnese gehören außer dem Alkoholmissbrauch auch einige Fragen zu weiteren **Abhängigkeitserkrankungen**. Der alte und unscharfe Begriff der **Sucht** („addiciton“) wurde 1968 von der WHO durch **Abhängigkeit** („dependence“) ersetzt. Man unterscheidet eine **psychische Abhängigkeit** als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz einzunehmen und eine **physische Abhängigkeit**, die durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von körperlichen Entzugssyndromen gekennzeichnet ist. Die Abhängigkeit bezieht sich dabei nicht nur auf Substanzen, sondern kann auch nicht stoffgebundene Verhaltensweisen einbeziehen (Tab. **A-2.9**). Dem Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Langfristig schädigen Abhängigkeitserkrankungen, je nach verwendeter Substanz, den Organismus in typischer Weise und zerstören die sozialen Bindungen eines Individuums.

Zur vollständigen Anamnese gehören auch einige Fragen zu weiteren **Abhängigkeitserkrankungen**. Man unterscheidet **psychische Abhängigkeit** als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz einzunehmen und **physische Abhängigkeit**, die durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von körperlichen Entzugssyndromen gekennzeichnet ist. Die Abhängigkeit kann auch nicht stoffgebundene Verhaltensweisen einbeziehen (Tab. **A-2.9**).

Hinweise für Abhängigkeitserkrankungen ergeben sich aus der psychischen Grundstruktur der Primärpersönlichkeit, der Familien- und biografischen Anamnese sowie einiger anderer typischer Motive (Tab. **A-2.10**).

Hinweise ergeben sich u. a. auch aus der psychischen Grundstruktur der Primärpersönlichkeit (Tab. **A-2.10**).

A-2.9 Einteilung häufig vorkommender Abhängigkeiten

A-2.9

stoffgebunden	nicht stoffgebunden
▪ Genussmittel (z. B. Koffein, Nikotin, Cola-Getränke)	▪ Spielsucht
▪ Alkohol	▪ Arbeitssucht („workaholic“)
▪ Medikamente (z. B. Sedativa, Hypnotika)	▪ Sammelsucht
▪ Drogen (z. B. Opiate, Halluzinogene, Kokain, Amphetamine)	▪ Kleptomanie („Stehlsucht“)
▪ Lösungsmittel	▪ Poriomanie („Wandertrieb“)
	▪ Pyromanie („Feuertrieb“)
	▪ Internet-Sucht

A-2.10

A-2.10 Einige Ursachen für Abhängigkeitserkrankungen

Ursache	Beispiele
Persönlichkeit	■ geringes Selbstwertgefühl durch Schuldgefühle ■ erniedrigte Frustrationstoleranz ■ Stimmungslabilität ■ genetische und neurobiologische Faktoren
Biografie	■ „Broken-home"-Situation ■ Vorbild der Eltern ■ fehlende Leitbilder ■ Gruppenzwang ■ Verwöhnung
Motive	■ Schmerzlinderung ■ Problembewältigung ■ Lösung von Verstimmungszuständen ■ Leistungssteigerung ■ Vereinsamung ■ Reizhunger, Erlebnissuche ■ Wunsch nach Betäubung

2.5.5 Körperliche Behinderung, Schwerhörigkeit, Blindheit

Schwerhörigkeit (Abb. **A-2.10**), Blindheit oder Sprachstörungen erschweren die Anamnese.

► Merke.

► Merke. Man hüte sich sehr davor, körperlich behinderte Patienten automatisch auch als geistig defekt zu beurteilen und von einer Intelligenzminderung auszugehen. Behinderte profitieren besonders von der nonverbalen Kommunikation einschließlich des Körperkontakts (Berührung). Schenken Sie den Patienten Ihre volle Aufmerksamkeit und behandeln Sie sie normal.

Schwerhörige oder Taube können evtl. von den Lippen ablesen. Falls diese Patienten nur Gebärdensprache können, brauchen Sie einen Übersetzer.

Schwerhörige oder Taube können evtl. von den Lippen ablesen. Dann müssen Sie langsam und prononciert sprechen. Falls diese Patienten nur Gebärdensprache können, brauchen Sie einen Übersetzer. Besteht eine Sprachstörung, ist ebenfalls ein „Übersetzer" hilfreich, der die Sprache des Patienten gewohnt ist, z. B. ein Familienangehöriger oder Freund. Man kann auch schriftlich kommunizieren, z. B. mithilfe eines Anamnesefragebogens.

Mit **Blinden** kann man natürlich verbal kommunizieren.

Mit **Blinden** kann man natürlich verbal kommunizieren. Es ist aber sehr sorgfältig darauf zu achten, dass man den Ablauf der Untersuchung und die ärztliche Umgebung sehr genau beschreibt, um dem Patienten eine Orientierungshilfe zu geben und ihn nicht unangenehm zu überraschen.

Hilfe ist evtl. angebracht, sollte aber nicht zu aufdringlich sein.

Hilfe (z. B. beim Ent- und Bekleiden) ist evtl. angebracht, sollte aber nicht zu aufdringlich sein, da viele Behinderte mit Recht stolz auf ihre Unabhängigkeit sind.

A-2.10

A-2.10 Schwerhörige Patienten

Bei schwerhörigen Patienten kann man das Stethoskop als „Hörrohr" verwenden.

(© K. Oborny/Thieme)

2.5.6 Verordnung von Medikamenten, Beipackzettel, Umgang mit Nebenwirkungen

► Merke. Vor jeder therapeutischen Maßnahme bzw. Empfehlung muss der Patient über das Verhältnis Nutzen-Risiko-Aufwand aufgeklärt werden. Das Gespräch über die potenziellen Nebenwirkungen ist Voraussetzung für jede medikamentöse Therapie und entscheidet oft schon über deren Erfolg oder Misserfolg.

Es kommt dabei nicht darauf an, jedem Patienten sehr ausführlich alle möglichen Nebenwirkungen aufzuzählen und zu erläutern. Der Patient soll das Gefühl bekommen, dass er über evtl. auftretende unangenehme Erscheinungen in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre mit dem Arzt sprechen kann, sodass er die Therapie nicht von sich aus ohne Arztkonsultation abbricht. Der Patient muss darauf hingewiesen werden, dass er selbstverständlich nicht mit allen in der Packungsbeilage („Waschzettel") aufgeführten Nebenwirkungen rechnen muss. Das Problem besteht hierbei, dass in der Packungsbeilage bei den potenziellen Nebenwirkungen aus juristischen Gründen keine Prozent- oder Promilleangaben gemacht werden, die etwas über die zu erwartende Häufigkeit der Nebenwirkungen aussagen. Dies ist dem Patienten natürlich nicht ohne Weiteres bekannt.

Des Weiteren sollte man dem Patienten sagen, dass die meisten subjektiv unangenehmen Nebenwirkungen (z. B. Übelkeit, Schwindel, Bauchbeschwerden) objektiv harmlos sind und meist nach längerer Einnahme verschwinden. Die objektiv gefährlichen Nebenwirkungen hingegen spürt der Patient meistens nicht unmittelbar. Sie müssen durch entsprechende Untersuchungen (z. B. Labor, EKG) vom Arzt überprüft werden: z. B. Leukozytopenie unter Thyreostatika, Hypokaliämie unter Diuretika, AV-Block unter Digitalis usw.

2.5.6 Verordnung von Medikamenten, Beipackzettel, Umgang mit Nebenwirkungen

► Merke.

Es kommt dabei nicht darauf an, jedem Patienten sehr ausführlich alle möglichen Nebenwirkungen aufzuzählen und zu erläutern, sondern der Patient soll das Gefühl bekommen, dass er über evtl. auftretende unangenehme Erscheinungen in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre mit dem Arzt sprechen kann.

Des Weiteren sollte man dem Patienten sagen, dass die meisten subjektiv unangenehmen Nebenwirkungen objektiv harmlos sind und meist nach längerer Einnahme verschwinden. Potenziell gefährliche Nebenwirkungen sind ärztlicherseits zu kontrollieren (Labor, EKG etc.).

2.6 Anwesenheit dritter Personen bei der Anamneseerhebung

Obwohl das Anamnesegespräch grundsätzlich als Begegnung nur zwischen zwei Personen (Arzt und Patient) ohne Zeugen ablaufen sollte, lässt es sich manchmal nicht umgehen, dass dritte Personen anwesend sind. Bemühen Sie sich aber, dass zumindest **bei der ersten Begegnung möglichst keine dritte Person**, auch kein Assistenzpersonal, zugegen ist. Dies wird sich in der Praxis leicht durchführen lassen, im Krankenhaus sollten Sie die Anamnese, wenn immer möglich, nicht im Mehrbettzimmer erheben, sondern mit dem Patienten in ein Arzt- oder Untersuchungszimmer gehen. Wenn **Personen in der Ausbildung (Famuli, Studenten)** Zeuge des Gesprächs sein wollen, so müssen Sie unbedingt diese **Personen vorstellen** und das **Einverständnis des Patienten** einholen. Erklären Sie auch, zu welchem Zweck diese Personen anwesend sind, und weisen Sie evtl. auf die ärztliche Schweigepflicht hin, der auch Hilfspersonen unterliegen.

In manchen Fällen wird Sie der Patient bitten, ob der Partner oder ein anderer Angehöriger bei dem Gespräch dabei sein darf. Sie sollten diese Bitte keineswegs ausschlagen, sich allerdings darüber bewusst sein, dass Sie nicht selten in mögliche Konflikte zwischen diesen beiden Personen hineingezogen, manchmal sogar als Bündnispartner missbraucht werden können. **Gehen Sie daher auch bei sehr nah verbundenen Personen (Ehepartner, Eltern, Kinder) nicht automatisch von einem gegenseitigen Wohlwollen aus.** Arztbesuche können auch unter dem Aspekt gesehen werden, der anderen Person Angst einzujagen oder sie zu demütigen. Im Lauf des Gesprächs werden Sie spüren können, in welchem Verhältnis die Anwesenden zueinander stehen, wie glaubwürdig die Angaben des Angehörigen sind und ob er oder sie versucht, den Patienten unter einem bestimmten Blickwinkel darzustellen. Unter diesem Eindruck können Sie auch für sich entscheiden, ob Sie dem Partner oder Verwandten guten Gewissens Auskunft über Untersuchungsergebnisse, Befunde und den weiteren Krankheitsverlauf geben können. Seien Sie aber zunächst vorsichtig und bedenken Sie immer, dass nur der Patient selbst Sie von der Schweigepflicht entbinden kann, es sei denn, er wäre aufgrund eingeschränkter Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage. In den meisten Fällen, z. B. zwischen Ehepartnern, wird sich die formelle Frage nach dem Einverständnis aber erübrigen.

2.6 Anwesenheit dritter Personen bei der Anamneseerhebung

Grundsätzlich sollte das Anamnesegespräch nur zwischen zwei Personen (Arzt und Patient) ohne Zeugen ablaufen. Manchmal lässt es sich aber nicht umgehen, dass dritte Personen anwesend sind. Im Krankenhaus sollten Sie die Anamnese möglichst nicht im Mehrbettzimmer erheben. Wenn **Famuli oder Studenten Zeuge des Gesprächs** sein wollen, so müssen Sie sie **unbedingt vorstellen** und das **Einverständnis des Patienten einholen**. Erklären Sie auch, zu welchem Zweck diese Personen anwesend sind.

In manchen Fällen wird Sie der Patient bitten, ob der Partner oder ein anderer Angehöriger bei dem Gespräch dabei sein darf. Sie sollten diese Bitte keineswegs ausschlagen, sich allerdings darüber bewusst sein, dass Sie evtl. in Konflikte zwischen diesen beiden Personen hineingezogen, manchmal sogar als Bündnispartner missbraucht werden können. **Gehen Sie daher auch bei sehr nah verbundenen Personen (Ehepartner, Eltern, Kinder) nicht automatisch von einem gegenseitigen Wohlwollen aus.** Arztbesuche können auch unter dem Aspekt gesehen werden, der anderen Person Angst einzujagen oder sie zu demütigen.

Ab dem 14.–16. Lebensjahr wird man den Wunsch eines Jugendlichen respektieren müssen, allein mit dem Arzt sprechen zu dürfen.

Bei der Anamneseerhebung **aller Patienten mit multiplen Behinderungen** werden Sie meistens dankbar sein, wenn ein naher Angehöriger mit dabei ist. Insbesondere gilt das für Patienten mit Demenzerkrankungen.

Die meisten Patienten stört die Anwesenheit von **Assistenzpersonal des Arztes beim Anamnesegespräch nicht**. Sollten Sie jedoch einen anderen Eindruck haben, so fragen Sie, ob man dieses bestimmte Problem nur unter vier Augen besprechen solle.

Bei jüngeren Kindern wird in der Regel eine dritte Person bei der Anamneseerhebung anwesend sein. Problematisch ist die Untersuchung Jugendlicher. Sicher wird man **ab dem 14.–16. Lebensjahr** den Wunsch eines Jugendlichen respektieren müssen, ohne Anwesenheit seiner Eltern mit dem Arzt sprechen zu dürfen. In Zweifelsfällen fragen Sie den Jugendlichen, ob Sie bei einer Nachfrage der Eltern frei über seine Probleme sprechen können.

Bei der Anamneseerhebung **alter Patienten mit multiplen Behinderungen** werden Sie meistens dankbar sein, wenn ein naher Angehöriger mit dabei ist. Insbesondere gilt das für mehrfach behinderte Patienten mit eingeschränkter Beweglichkeit, Schwerhörigkeit, Sehbehinderungen oder reduzierter zerebraler Leistungsfähigkeit. Bei der Anamnese von Patienten mit Demenzerkrankungen ist man überwiegend bis ausschließlich auf fremdanamnestische Angaben angewiesen.

Die meisten Patienten haben **keine Einwände, wenn Assistenzpersonal des Arztes beim Anamnesegespräch anwesend ist**. Sollten Sie jedoch den Eindruck haben, der Patient sei durch die Anwesenheit einer dritten Person gehemmt, so fragen Sie, ob man dieses bestimmte Problem nur unter vier Augen besprechen solle. Bauen Sie dem Patienten diese Brücke, da es ihm wesentlich leichter fallen wird, auf dieses Angebot einzugehen, als von sich aus den Wunsch danach zu äußern.

2.7 Anamnese bei ausländischen Patienten

2.7 Anamnese bei ausländischen Patienten

Derzeit sind ca. 20 % der deutschen Bevölkerung nicht deutscher Herkunft. Viele der Personen mit Migrationshintergrund haben **Anpassungsprobleme** und entwickeln durch die Trennung von der Heimat und die soziale Entwurzelung körperliche Symptome im Sinne von **somatoformen Störungen**.

Zum Teil haben die Patienten mystische Vorstellungen von der Krankheitsentstehung bei gleichzeitig großen Erwartungen an den Arzt und die moderne Medizin in den Industrieländern.

Bei Sprach- und Verständigungsproblemen sollte der Patient eine Person seines Vertrauens als **Dolmetscher** mitbringen, der optimalerweise beide Sprachen fließend beherrscht. Die emotionale Ebene des Patienten bleibt hier oft verschlossen.

Häufig werden Angehörige von den Patienten als Dolmetscher bevorzugt, was jedoch bestimmte Probleme aufwerfen kann (z. B. Interpretation des Gesagten durch den Verwandten).

2.8 Anamnese im Alter

Die Anamnese alter Patienten wird geprägt durch die **Probleme Multimorbidität, kommunikative Behinderungen** und **kognitive Defizite**. Daher ist es besonders wichtig, sich viel Zeit für die Befragung zu nehmen und alle verfügbaren **fremdanamnestischen Informationsquellen** zu nutzen.

Derzeit sind ca. 20 % der deutschen Bevölkerung nicht deutscher Herkunft. Viele der Personen mit Migrationshintergrund haben **Anpassungsprobleme** und entwickeln durch die Trennung von der Heimat und die soziale Entwurzelung körperliche Symptome im Sinne von **somatoformen Störungen**. In der Regel gelingt die Anpassung und Integration umso schlechter, je geringer der Bildungsgrad ist. Häufig waren die Patienten in der Heimat Analphabeten, was jedoch im dortigen sozialen Gefüge keine große Rolle spielte. Hierzulande laufen diese Menschen aber Gefahr, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren.

Gerade bei somatoformen Störungen liegt der Schlüssel zur Diagnose in einer differenzierten Anamnese, deren Erhebung aber aufgrund von Sprach- und Verständigungsproblemen häufig erschwert ist. Häufig schildern die Patienten auch unklare Symptome, wie z. B. „alles kaputt“, „überall Schmerz“, „ganze Körper krank“. Patienten aus anderen Kulturen haben zudem oft mystische Vorstellungen von der Krankheitsentstehung, die Einfluss auf die Schilderung der Beschwerden nehmen. Gleichzeitig sind die Erwartungen an den Arzt und die moderne Medizin in den Industrieländern übermäßig groß. Um die Angaben richtig einordnen zu können, bedarf es großer Erfahrung.

Bitten Sie den Patienten, **bei Sprach- und Verständigungsproblemen** eine Person seines Vertrauens als **Dolmetscher** mitzubringen. Der ideale Dolmetscher sollte beide Sprachen fließend beherrschen und die Angaben des Patienten wie auch die Fragen des Arztes neutral und sachlich ohne Verkürzungen oder Interpretation wiedergeben. Selbst bei einer guten Übersetzung beschränkt sich die Information aber auf die sachliche Ebene, während Ihnen die oft viel wichtigere emotionale Ebene des Patienten verschlossen bleibt.

Die meisten ausländischen Patienten bevorzugen Angehörige als Dolmetscher. Sie sind besser als keine Hilfe, doch neigen sie aufgrund ihres Vorwissens zur Interpretation der Klagen des Patienten in ihrem eigenen Verständnis. Bedenken Sie auch, wie schwierig und wahrscheinlich oft geradezu unmöglich es z. B. für einen türkischen Vater ist, durch seine Tochter dem Arzt Probleme im anogenitalen oder sexuellen Bereich zu schildern.

2.8 Anamnese im Alter

Die Anamnese alter Patienten wird geprägt durch die **Probleme Multimorbidität, kommunikative Behinderungen** und **kognitive Defizite**. Daher ist es besonders wichtig, sich nicht nur viel Zeit für die unmittelbare Befragung zu nehmen, sondern auch alle verfügbaren **fremdanamnestischen Informationsquellen** zu nutzen. In der Regel haben alte Patienten bereits zahlreiche Arztkontakte oder stationäre Aufenthalte hinter sich, sodass Sie Ihr Bild von dem Patienten durch telefonische Erkundigungen oder frühere Arztbriefe vervollständigen können.

Fragen Sie den Patienten, ob es eine Person seines Vertrauens gibt, die beim nächsten Besuch mitkommen kann. Lassen Sie sich **alle Medikamente** bzw. deren leere Schachteln **mitbringen** und versuchen Sie herauszufinden, in welcher Zeit diese eingenommen wurden. Die Multimorbidität bringt es mit sich, dass alte Menschen oft jede Frage zum Systemüberblick (S. 36) positiv beantworten. Aus der Fülle der Angaben während des Gesprächs die wichtigen Informationen herauszufiltern, ohne wesentliche Dinge zu übersehen, gehört zur großen Kunst der Anamneseerhebung, die erst in langjähriger Übung erlernt werden kann.

Fragen Sie den Patienten, ob es eine Person seines Vertrauens gibt, die beim nächsten Besuch mitkommen kann. Lassen Sie sich **alle Medikamente** bzw. deren leere Schachteln **mitbringen** und versuchen Sie herauszufinden, in welcher Zeit diese eingenommen wurden.

► Merke. Vermeiden Sie im Gespräch mit alten Patienten alles, was die Regression des Alters verstärken und sogar lächerlich machen könnte. Dazu gehören herablassende und infantilisierende Redeweisen („Muttchen", „Opa", „Oma"), Verwendung des anzüglichen „pluralis majestatis" („Jetzt gehen wir aber schön ins Bett"), Duzen und pädagogische Zurechtweisungen („Wer wird denn da weinen!").

► Merke.

Die **Bedeutung von äußeren Einflüssen und Lebensumständen** sollte man zumindest als **Kofaktoren** bei allen Krankheiten im Hinterkopf haben. Gerade bei älteren Patienten ist das aber besonders schwierig: Die Patienten sprechen weder von sich aus über Kränkungen und Verluste, noch erkennen sie derartige Zusammenhänge. Ärzte sind bei älteren Patienten schneller bereit, eine Gesundheitsstörung als naturgegebenen Altersabbau aufzufassen und geben sich mit dieser Erklärung eher zufrieden, sodass eine sorgfältige Ursachenforschung unterbleibt. Multimorbidität und Altersdepression, somatischer Abbau und äußere Kränkung können sich zu einem nicht entwirrbaren Geflecht verweben, sodass eine Klärung nach Ursache und Wirkung oft unmöglich wird. Versuchen Sie daher, jedem Hinweis nach einer **Änderung der Lebensumstände** (Partnerverlust, Wegziehen eines Kindes, Verlust eines Haustiers oder eines Freundes, Umzug, Kündigung der Wohnung usw.) nachzugehen und einen möglichen zeitlichen Bezug zum Auftreten der Beschwerden herzustellen.
Auch wenn Sie die Grundvoraussetzungen für ein fruchtbares Anamnesegespräch, viel Zeit und Geduld, mitbringen, werden Sie oft doch am Ende etwas ratlos zurückbleiben. Die Fülle der Beschwerden kann Sie erdrücken, Widersprüche bei wiederholten Fragen lassen Sie keinen „roten Faden" finden, Langsamkeit und Umständlichkeit zerren an Ihren Nerven. Alte Menschen stehen den reibungslos funktionierenden Abläufen im Wege und werden in unserer hektischen Betriebsamkeit oft als störend empfunden. Daher sitzt die Aggression bei manchen professionell im Gesundheitswesen Tätigen locker. Nicht zuletzt haben viele Ärzte Angst vor dem eigenen Altwerden und verdrängen die Probleme des Alters.

Die **Bedeutung von äußeren Einflüssen und Lebensumständen** sollte man zumindest als **Kofaktoren** bei allen Krankheiten im Hinterkopf haben. Ärzte sind bei älteren Patienten schneller bereit, eine Gesundheitsstörung als naturgegebenen Altersabbau aufzufassen, sodass eine sorgfältige Ursachenforschung unterbleibt. Deshalb sollten Sie jedem Hinweis nach **Änderung der Lebensumstände** nachgehen und versuchen, ihn in einen möglichen zeitlichen Bezug zu den Beschwerden zu setzen.

2.9 Gesprächsführung im Krankenhaus

2.9 Gesprächsführung im Krankenhaus

► Merke. Die Erstanamnese sollte auch im Krankenhaus möglichst allein mit dem Patienten in ungestörter Atmosphäre erfolgen (Abb. **A-2.11a**). Leider gibt es diese Möglichkeit aufgrund räumlicher Beschränkung nicht überall. Denken Sie daran: Ein belebter Flur ist zwar keine optimale Lösung, aber immer noch besser für das Anamnesegespräch geeignet als ein Mehrbettzimmer, in dem die Mitpatienten evtl. gierig jedes gesprochene Wort aufsaugen.

► Merke.

Versuchen Sie, trotz aller Hektik dem Patienten das Gefühl zu geben, Sie seien zumindest für kurze Zeit ausschließlich für ihn da. Besser eine konzentrierte, aber kürzere Begegnung als ein Gespräch, bei dem Sie vor lauter Unterbrechungen keinen roten Faden finden können. **Bei dieser ersten Begegnung schaffen Sie die Voraussetzung dafür, dass der Patient Sie als ersten und wichtigsten Ansprechpartner betrachtet**, der ihm in der verwirrenden Institution Krankenhaus Orientierung bieten kann. In Zeiten zunehmender Subspezialisierung und interdisziplinärer Betreuung braucht jeder Patient einen „Anwalt", der seine Interessen vertritt, Befunde und Ergebnisse erklärt und ihm als Ratgeber zur Seite steht. Diese wichtige Rolle ist nicht unbedingt an Erfahrung, Alter und Stellung in der Hierarchie gebunden, sondern kann durchaus von jungen Kollegen ausgefüllt werden, vorausgesetzt, sie engagieren sich.

Bei dieser ersten Begegnung schaffen Sie die Voraussetzung dafür, dass der Patient Sie als ersten und wichtigsten Ansprechpartner betrachtet, der ihm in der verwirrenden Institution Krankenhaus Orientierung bieten kann. In Zeiten zunehmender Subspezialisierung und interdisziplinärer Betreuung braucht jeder Patient einen „Anwalt", der seine Interessen vertritt, Befunde und Ergebnisse erklärt und ihm als Ratgeber zur Seite steht.

So hoch die Bedeutung der Visite und des Visitengesprächs angesehen wird, so gering ist oft ihr tatsächlicher Wert, zumindest für den Patienten.

2.9.1 Verhalten bei der Visite

Die traditionelle Visite gilt zumindest in den konservativen Fächern als ein Schwerpunkt des stationären Arbeitsablaufs. Der Wert und die Bedeutung der Visite für den Patienten hängt davon ab wie ernst sie von den Ärzten genommen wird und ob der Patient wirklich im Mittelpunkt steht (Abb. **A-2.11b**).

▶ Merke.

▶ Merke. Vor allem in der klassischen Form der Chefvisite findet die Visite in der Regel im Klima eines Interessenkonflikts statt: hier der Stationsarzt und das Pflegepersonal, die ihre Fähigkeiten gegenüber dem Vorgesetzten im besten Licht darstellen möchten; dort der Chefarzt, von dem Richtlinien erwartet werden und der sein Image als der Überlegene gegenüber den Nachgeordneten aufrechterhalten muss. **In diesem Interessenkonflikt bleibt der Patient oft auf der Strecke:** Man spricht meistens über ihn und nicht mit ihm, die Fragen sind überwiegend geschlossen, er wird durch die zwischen mehreren Ärzten praktizierte Fachsprache verwirrt und beunruhigt.

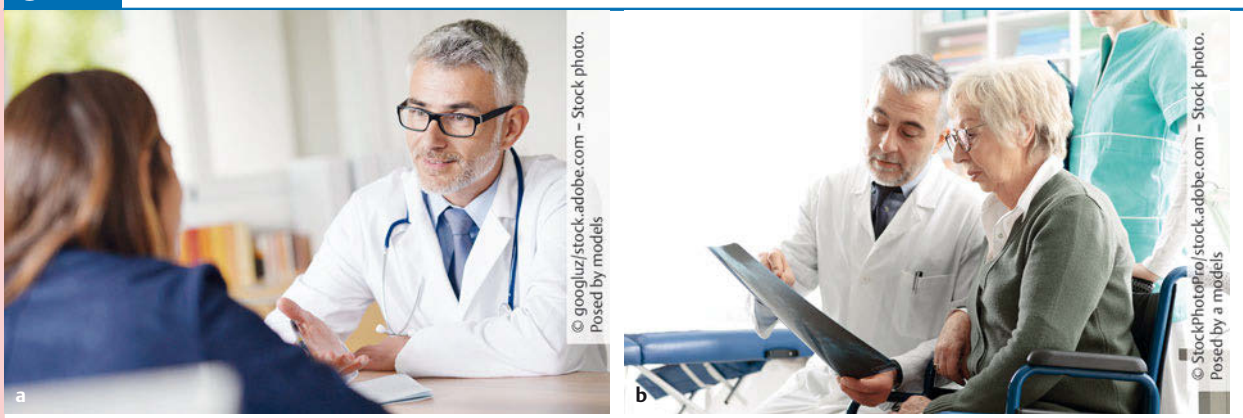
Es gibt folgende Möglichkeit, diesen Interessenkonflikt zu entschärfen: Im Stationszimmer wird anhand der Befunde und der Informationen das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen diskutiert und festgelegt. Im Visitengespräch am Krankenbett kann der Visitenführer dem Patienten die geplanten ärztlichen Maßnahmen erläutern und Fragen des Patienten beantworten.

Eine Möglichkeit, diesen Interessenkonflikt zu entschärfen, liegt in der **funktionellen Entflechtung des ärztlichen Fachgesprächs über und des persönlichen Visitengesprächs mit dem Patienten**. Im Stationszimmer wird anhand der Befunde und der Informationen, die das Pflegepersonal beiträgt, das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen diskutiert und festgelegt. Im Visitengespräch am Krankenbett sind dann alle Teilnehmer der Visite auf dem neuesten Informationsstand, der Visitenführer kann dem Patienten die geplanten ärztlichen Maßnahmen erläutern und Fragen des Patienten beantworten. Diese Art der Visitenführung stellt allerdings hohe Anforderungen an die Disziplin und das Gedächtnis der Teilnehmer. Daher sollten auch für Zweifelsfälle die Krankenakten mitgeführt werden, um sich bei neu auftauchenden Fragen noch einmal informieren zu können.

▶ Merke.

▶ Merke. Bedenken Sie, welchen Stellenwert die Visite für einen Patienten haben muss, der 24 Stunden lang nicht aus dem Bett kommt. Während für Sie die Visite eine Pflicht unter vielen im Krankenhaus sein mag, bedeutet sie für den Patienten evtl. den Höhepunkt des Tages.
Patienten empfinden jedes gesprochene Wort als sehr wichtig und denken meist auch viel länger darüber nach, als Sie es tun. Überlegen Sie sich daher genau, was Sie sagen.

A-2.11 Gesprächsführung im Krankenhaus



a Das Anamnesegespräch sollte in ruhiger Atmosphäre geführt werden. (© googluz/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by models)
b Für den Patienten bedeutet die Visite eventuell den Höhepunkt des Tages. (© StockPhotoPro/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by models)

3 Der informierte Patient

3.1 Allgemeines 51
3.2 Einbeziehung des Patienten in diagnostische und therapeutische Entscheidungen 51
3.3 Mitteilung einer malignen Krankheit 52

© vegefox.com/stock.adobe.com

Hermann S. Füeßl

3.1 Allgemeines

Die Zeiten des „Halbgottes in Weiß“ gehen dem Ende zu. **Themen der Medizin** werden heute breit **in den Medien** besprochen, die Pluralität der Meinungen ist so groß, dass man fast für jede Maßnahme einen Fürsprecher oder Kritiker findet. Viele Patienten konsultieren heute bei medizinischen Fragen erst einmal das Internet und kommen mit entsprechenden Ausdrucken zum Arzt. In der Regel ist die dort vorgefundene Information nicht geeignet, dass der Patient selbst eine Entscheidung bei einem medizinischen Problem treffen kann, im Gegenteil: Die Entscheidungsnot ist für den Patienten im Informationszeitalter wesentlich größer geworden. Die **„zweite Meinung“** mag oft kein schlechter Weg sein; viele Ärzte empfinden es aber als kränkend, wenn ein Patient nicht unbesehen ihrem Rat folgen will. Sie sollten sich durch diese Verhaltensweise weder in Ihrer Empfehlung beirren lassen, noch sie als Angriff auf Ihre professionelle Souveränität sehen. Bedenken Sie, in welcher Entscheidungsnot der „informierte“ Patient steckt! Er ist der am meisten Betroffene, Triebfeder seiner Handlungsweise ist letztlich die Angst, einen Fehler zu begehen, der seiner Gesundheit entscheidend schadet.

3.2 Einbeziehung des Patienten in diagnostische und therapeutische Entscheidungen

Ob Sie einen Patienten in jedes Detail Ihrer Überlegungen zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen einbeziehen, hängt davon ab, wie sicher Sie sich Ihrer Entscheidung sind, wie viel Zeit Sie für das Gespräch haben und für wie „anspruchsvoll“ Sie den Patienten diesbezüglich halten. Auf der Basis der vorhandenen patientenbezogenen und wissenschaftlichen Informationen und (falls verfügbar) anhand der Ratschläge eines erfahrenen Kollegen sollten Sie sich zunächst selbst ein Urteil bilden und sich festlegen, unabhängig davon, wie Sie die Reaktion des Patienten einschätzen. Dieses Urteil **begründen Sie dem Patienten gegenüber je nach Ansprüchen und Differenzierungsgrad mehr oder weniger ausführlich** anhand der Datenlage und warten dann ohne Emotionen seine Reaktion ab. Im Gespräch wird sich ergeben, was der Patient von Ihren Empfehlungen hält. Versuchen Sie nicht, ihn zu bedrängen, wenn er Ihre Vorschläge ablehnt, und malen Sie bei den möglichen Konsequenzen nicht zu schwarz. Die prognostischen Aussagen der Medizin bezüglich des Risikos diagnostischer Maßnahmen, therapeutischer Eingriffe und prämorbider Zustände sind statistische Größen und müssen im Einzelfall keineswegs zutreffen (Abb. **A-3.1**). Es schadet nicht, wenn Sie sich in die Lage des Patienten versetzen und überlegen, wie Sie an seiner Stelle entscheiden würden.

3.1 Allgemeines

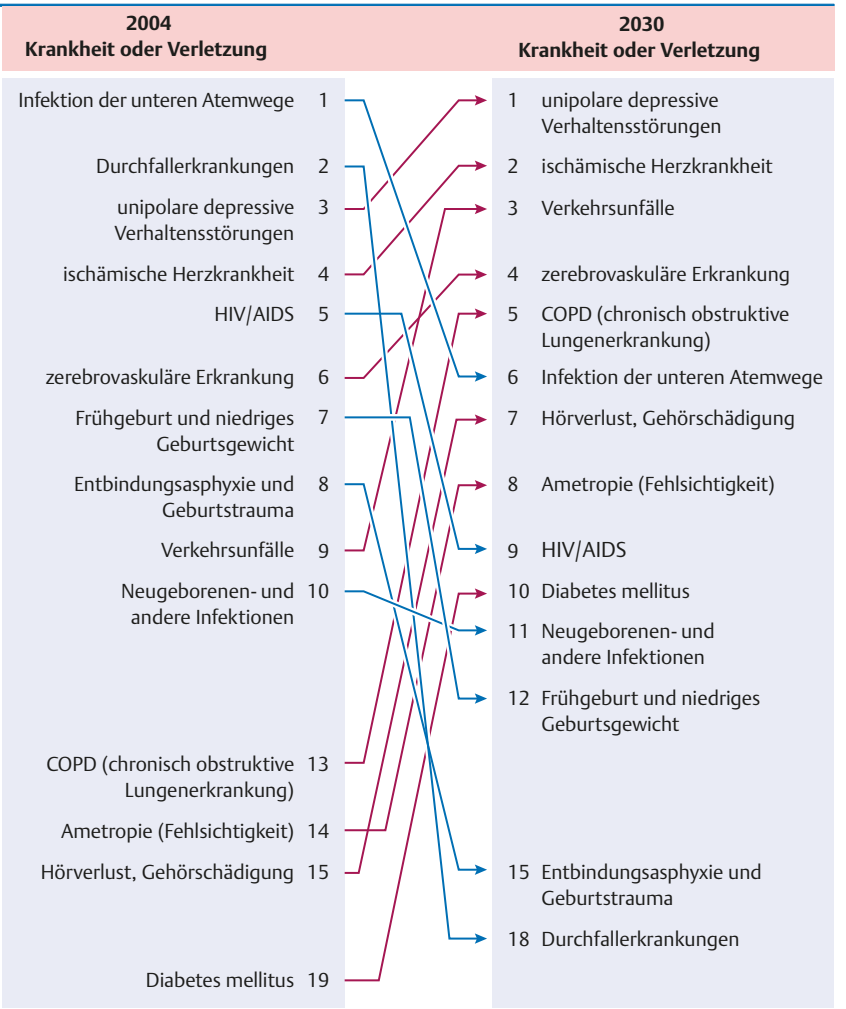
Themen der Medizin werden heute breit **in den Medien** besprochen, die Pluralität der Meinungen ist so groß, dass man fast für jede Maßnahme einen Fürsprecher oder Kritiker findet. Die **„zweite Meinung“** mag oft kein schlechter Weg sein; viele Ärzte empfinden es aber als kränkend, wenn ein Patient nicht unbesehen ihrem Rat folgen will. Sie sollten sich durch diese Verhaltensweise weder in Ihrer Empfehlung beirren lassen, noch sie als Angriff auf Ihre professionelle Souveränität sehen.

3.2 Einbeziehung des Patienten in diagnostische und therapeutische Entscheidungen

Zunächst sollten Sie sich ein Urteil bilden (z. B. anhand wissenschaftlicher Informationen, Kollegenrat) und sich festlegen. Dieses Urteil **begründen Sie dem Patienten gegenüber je nach Ansprüchen und Differenzierungsgrad mehr oder weniger ausführlich** anhand der Datenlage und warten dann ohne Emotionen seine Reaktion ab. Versuchen Sie nicht, ihn zu bedrängen, wenn er Ihre Vorschläge ablehnt, und malen Sie bei den möglichen Konsequenzen nicht zu schwarz. Es schadet nicht, wenn Sie sich in die Lage des Patienten versetzen und überlegen, wie Sie an seiner Stelle entscheiden würden.

A-3.1

A-3.1 Änderung der Rangfolge der 15 Hauptursachen für verlorene Lebensjahre durch Behinderung oder Tod (weltweit, 2004–2030)



(Daten aus The Global Burden of Disease, 2004 update)

3.3 Mitteilung einer malignen Krankheit

Noch heute gibt es lebhafte Diskussionen darüber, ob der Arzt einem Patienten in allen Fällen die „Wahrheit“ über eine maligne Erkrankung mitteilen soll oder nicht. Tatsächlich wissen die meisten Patienten heute um diese Möglichkeit, wenn bestimmte Allgemeinsymptome auftreten, wenn im Rahmen der Diagnostik von Biopsie oder Schnellschnitt die Rede ist, oder wenn eine Chemotherapie oder Bestrahlung diskutiert wird.

3.3 Mitteilung einer malignen Krankheit

Noch heute gibt es lebhafte Diskussionen darüber, ob der Arzt einem Patienten in allen Fällen die „Wahrheit“ über eine maligne Erkrankung mitteilen soll oder der Patient auch ein „Recht auf Nichtwissen“ hat. Diese Diskussion geht von der Annahme aus, auf der einen Seite sei der wissende Arzt, auf der anderen der völlig nichtsahnende Patient – eine Konstellation, die es in der klinischen Realität nur sehr selten gibt. Tatsächlich wissen die meisten Patienten heute um diese Möglichkeit, wenn bestimmte Allgemeinsymptome auftreten, wenn im Rahmen der Diagnostik von Biopsie oder Schnellschnitt die Rede ist, oder wenn eine Chemotherapie oder Bestrahlung diskutiert wird. Zwar kommt es durchaus vor, dass Patienten das Wort „Krebs“ nicht verwenden und vielleicht sogar nicht danach fragen, doch sollte man daraus nicht den Schluss ziehen, sie wüssten nicht, worum es geht.

► Merke. Sobald die Diagnose „Krebs“ zweifelsfrei feststeht, sollten Sie sich mit dem Patienten in einen ruhigen Raum zu einem Gespräch unter vier Augen zurückziehen. Fragen Sie zunächst den Patienten, welche Gedanken er sich über die Ursache seiner Beschwerden gemacht hat. Aus der Antwort werden Sie ersehen, inwieweit er selbst die Möglichkeit einer malignen Erkrankung bereits in Erwägung zieht.

► Merke.

Beantworten Sie dann Fragen, die der Patient stellt, ohne auf jedes Detail einzugehen. Wenn der Patient nicht alles wissen möchte, hat er in der Regel seine Gründe. Meistens wird sehr bald die Prognose angesprochen. Halten Sie sich an die wissenschaftlich bekannten Tatsachen, allerdings in dem Bewusstsein, dass es sich um statistische Angaben handelt, die einer großen Variation unterliegen.

Beantworten Sie dann Fragen, die der Patient stellt, ohne auf jedes Detail einzugehen.

► Merke. Zerstören Sie nie vollständig die Hoffnung eines Patienten und lassen Sie sich nicht auf exakte Voraussagen zur Lebensdauer ein.

► Merke.

© Victoria/stock.adobe.com

4 Epidemiologie

4.1 Definition und Allgemeines 54
4.2 Epidemiologische Grundbegriffe 54
4.3 Alters- und Geschlechtsabhängigkeit von Erkrankungen 56
4.4 Geografische Aspekte 56
4.5 Berufskrankheiten bzw. Krankheiten bei bestimmten Berufsgruppen 56
4.6 Chronobiologische Aspekte 57
4.7 Konstitution und Erkrankung 57

Martin Middeke

4.1 Definition und Allgemeines

4.1 Definition und Allgemeines

▶ Definition.

▶ **Definition.** Die Epidemiologie beschäftigt sich u. a. mit Häufigkeit, Verteilung, Auftreten, Ursachen und Vermeidung von Krankheiten. Diese Aspekte haben große Bedeutung für die Erkrankung des einzelnen Patienten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Herkunft, Abstammung, Beruf, Lebensumstände, Konsumgewohnheiten. Werden die biografischen Daten des Patienten bei der Anamnese möglichst vollständig erfasst und bei den diagnostischen Überlegungen gewürdigt, so kann die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Erkrankung kalkuliert werden.

Ein trockener Husten ist z. B. bei einem 30-jährigen Nichtraucher i. d. R. kein Hinweis auf ein Bronchialkarzinom, bei einem 60-jährigen Raucher dagegen schon.

Beispielsweise ist ein trockener Husten bei einem 30-jährigen Nichtraucher mit großer Wahrscheinlichkeit nicht als Hinweis auf ein Bronchialkarzinom zu betrachten. Hingegen wird diese Verdachtsdiagnose bei einem 60-jährigen Raucher ganz oben stehen. Bei dem 30-jährigen Patienten hingegen muss auch an eine Pneumocystis-jiroveci-Pneumonie als Erstmanifestation von AIDS gedacht werden. Diese Betrachtungsweise ist sehr hilfreich, um die Anamnese auf die wahrscheinlichste Ursache zu fokussieren, aber auch, um Unwahrscheinliches auszuschließen.

▶ Merke.

▶ **Merke.** Die Epidemiologie beschreibt die Häufigkeit und Verteilung einer Krankheit, kann aber auch etwas über ihre Ursachen aussagen.

Eine kausale Beziehung besteht zwischen Zigaretten rauchen und Bronchialkarzinom, nicht jedoch zwischen Bronchialkarzinom und Alkoholkonsum.

Eine kausale Beziehung besteht zwischen Zigaretten rauchen und Bronchialkarzinom, nicht jedoch zwischen Bronchialkarzinom und Alkoholkonsum. Der Zigarettenkonsum wird als „Packungsjahre“ (package years) angegeben: 20 Zigaretten pro Tag über 1 Jahr entspricht 1 Packungsjahr. Bei geringerem bzw. höherem Konsum wird entsprechend umgerechnet: z. B. 5 Zigaretten/Tag über 10 Jahre entspricht 2,5 Packungsjahren. Natürlich gibt es auch andere Ursachen für ein Bronchialkarzinom, u. a. eine beruflich bedingte Exposition für Asbest (z. B. Fußbodenleger).

4.2 Epidemiologische Grundbegriffe

4.2 Epidemiologische Grundbegriffe

▶ Definition.

▶ **Definition.** Die **Prävalenz** gibt die Anzahl der Erkrankungsfälle an einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer definierten Population an (z. B. 1/100 000 Personen). Die **Inzidenz** einer Erkrankung beschreibt die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum und in einer definierten Population (z. B. 1/100 000 Personen/Jahr).
Letalität bezieht sich nicht wie die Mortalität auf die Gesamtbevölkerung, sondern definiert die Todesrate in einem bestimmten Zeitraum bezogen auf die Erkrankten (z. B. Infarktletalität bis zum 5. Tag oder 5-Tage-Operationsletalität). Das **relative Risiko** einer Erkrankung in Abhängigkeit von einer bestimmten Exposition ist die Inzidenz der Erkrankung unter den exponierten Personen, geteilt durch die Inzidenz der Erkrankung bei nicht exponierten Personen (Tab. **A-4.1**).