

Leitfaden Anamneseerhebung

Medizinische Klinik, UKT
Dr. med. Peter Weyrich, Prof. Dr. med. Reimer Riessen

1 Allgemeine Hinweise

Diese Zusammenfassung ist der Standard für die Anamnese-Erhebung in der Klinik für Innere Medizin. Die Erhebung, schriftliche Niederlegung sowie die Präsentation der Anamnese sowie der körperlichen Untersuchung folgen der gleichen Reihenfolge. Je nach Situation ändert sich die Ausführlichkeit der Schilderung, z.B. durch Verzicht der Darstellung von Normalbefunden oder Informationen ohne Zusammenhang zum aktuellen Problem.

Hausarzt, etc.). Vorbereitung

- Sichtung der Patientenunterlagen (gut informierter Arzt schafft Vertrauensbasis)
 - Eine gute Anamnese umfasst die Beschaffung relevanter Vorbefunde bzw. Arztberichte (Archiv, externe Kliniken, Hausarzt, etc.).
- Besuch hinaus bitten
- ruhige Atmosphäre schaffen (auf Zeitfenster achten)

1.1 Begrüßung

- Patienten mit Namen begrüßen
- Augenkontakt!
- Augen auf gleicher Ebene (z. B. sich neben Bett setzen)
- persönliche Vorstellung mit eigenem Namen und Position
- kurzen Ausblick auf nun folgende Untersuchungen geben
(z. B. *„Ich nehme Ihnen jetzt zuerst Blut ab, damit wir Ihre Blutwerte möglichst bald erhalten. Anschließend werden wir ein längeres Gespräch führen und ich werde Sie untersuchen. Ob wir danach noch weitere Untersuchungen benötigen, kann ich Ihnen momentan noch nicht sagen.“*)
- Einweisenden Arzt und betreuenden Hausarzt gut sichtbar notieren

2 Systematik einer Anamnese

2.1 Patientenzentrierte Phase

2.1.1 Aufnahmegrund

- initial nur offene Fragen (z. B. *„Was führt Sie in unsere Klinik?“* etc.)
- ausreden lassen (!)
- auf subjektive Bedeutung der Erkrankung und Leidensdruck des Pat. gut achten (nonverbale Zeichen!) und diesen ggf. vorsichtig thematisieren
- abschließend kurze Zusammenfassung
 - wichtigste geäußerte Beschwerden wiederholen: *„...der Grund Ihres Kommens also sind in erster Linie die Schmerzen im rechten Oberbauch...“*
 - aktive Frage nach möglicherweise bisher nicht geäußerten Beschwerden
 - Überleitung zur nächsten Phase: z. B. *„...jetzt habe ich noch ein paar zusätzliche Fragen...“*

2.2 Arztzentrierte Phase

Generell gilt: Hüten Sie sich vor Suggestivfragen, sie werden gerade von älteren oder unsicheren Patienten gerne immer mit JA beantwortet!

2.2.1 Aktuelle Anamnese (AA)

- Präzisierung des Inhalts der patientenzentrierten Phase durch gezieltes Nachfragen
 - Fragen beziehen sich in dieser Phase auf das vom Patienten geschilderte Leitsymptom, um mögliche Differentialdiagnosen zu erhärten oder zu verwerfen
 - 7 Dimensionen:

1. Lokalisation und Ausbreitung	Wo?
2. Qualität	Was?
3. Schweregrad	Wie schwer?
4. Zeitliches Auftreten	Wann?
5. Auslösende Faktoren	Wodurch?
6. Begleitsymptomatik (siehe auch vegetative Anamnese)	Womit?
7. Grad der Behinderung	Was geht nicht?
- Verlauf und Vorgeschichte der aktuellen Erkrankung, frühere Erkrankungen mit Bezug zum Leitsymptom,
- Patienten fragen, ob er selbst eine Erklärung für seine Beschwerden habe
- Ggf. Fremdanamnese (z. B. Synkopen, z. B. dementieller oder komatöser Patient)
- Ordnen Sie die AA gedanklich in ein Diagramm mit der x-Achse „Zeit“ und der y-Achse „Beschwerden und deren Ausprägung“ (z. B. auf einer 10er Skala), das hilft besonders am Anfang, den Überblick zu behalten.

2.2.2 Vegetative Anamnese (VA)

- Appetit, Durst, Unverträglichkeiten
- Gewicht (Veränderung in den letzten 6 Monaten), Fieber (Schüttelfrost), Nachtschweiß (sog. B-Symptome), Infektneigung
- Husten, Auswurf (Beschaffenheit)
- Stuhlgang, Wasserlassen (Obstipation – Diarrhöe – Blut im Stuhl; Nykturie – Pollakisurie – Algurie – schäumender Urin als H. a. Proteinurie)
- Schlaf (Einschlafstörung, Durchschlafstörung)
- Bei Frauen: Menses
 - Letzte Periode, Menstruationsbeschwerden?
 - Menarche/Menopause
 - Geburtenzahl
 - Aborte
 - Vaginale Blutungen

2.2.3 Vorerkrankungen (VE)

Gezieltes systematisches Nachfragen in folgender Reihenfolge:

- Nerven, Sinnesorgane und Psyche
- HNO-Bereich
- Herz- und Kreislauferkrankungen, kardiovaskuläre Risikofaktoren (s. u.)
- Lunge/Bronchien
- Niere
- Magen/Darm
- Leber/Galle
- Stoffwechsel
- Bluterkrankungen
- Bewegungsapparat, Rheuma
- Allergien
- aktiv nach Röntgenkontrastmittelreaktionen fragen!
- aktiv nach Arzneimittelallergien/-unverträglichkeiten fragen!
- Maligne Erkrankungen

- Infektionen, Impfungen
- Operationen
- Unfälle

Anmerkungen:

- Gerade die Fragen nach Unfällen und OPs hilft den Patienten, zurückliegende VE zu erinnern
- Angabe der Jahreszahl und evtl. auch des Monats bei zeitlich datierbaren Erkrankungen.
- Bei den Organen je nach Krankheitsbild auch nach spezifischen Leitsymptomen fragen!
Beispiel Herz- und Kreislauferkrankungen:
 - Körperliche Belastbarkeit
 - Dyspnoe, Orthopnoe
 - Ödeme, Nykturie
 - Angina pectoris
 - Herzrhythmusstörungen/-palpitationen
 - Harte kardiale Risikofaktoren (cvRF): arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus (auch in der Familie!), Nikotin, Fettstoffwechselstörung/Hypercholesterinämie, familiäre Prädisposition (koronarischämische Ereignisse vor dem 60. Lebensjahr in der Blutsverwandtschaft)
 - Weiche kardiale Risikofaktoren: Adipositas, Hyperlipoproteinämie Lp (a), Hyperhomocysteinämie, Hyperfibrinogenämie, Hyperurikämie

2.2.4 Medikamenten-Anamnese (Med)

- aktuelle Medikamente benennen lassen
 - Bei der Medikamentenanamnese sollte der Wirkstoff sowie die exakte Dosierung eruiert werden
 - cave: Medikamentenaufstellungen aus alten Arztbriefen sind häufig nicht mehr aktuell, deshalb **NIE** ohne Rücksprache mit dem Patienten einfach übernehmen!
 - häufig bringen die Patienten ihren Medikamentenbeutel oder abgerissene Medikamentenetiketten mit, deshalb aktiv danach fragen
 - mit dem Hausarzt in Verbindung setzen, falls nicht anamnestizierbar
 - aktiv nach der Verträglichkeit der aktuellen Medikation fragen
 - bei Frauen aktiv nach der „Pille“ oder Hormonsubstitutionstherapien fragen
- frühere Medikation
 - wichtig z.B. bei chronischen Erkrankungen mit schon vielen Therapieversuchen
 - bei V. a. Arzneimittelnebenwirkungen nach Medikation zum Zeitpunkt des Erstauftretens der Symptome fragen

2.2.5 Genussmittel-/ Drogenanamnese

- Alkohol
 - dies ist ein sensibles Thema, und nicht nur Ihnen wird es schwer fallen, valide Angaben seitens des Patienten zu erhalten.
 - Merke: es gibt keine 100%-Methode, es wird immer Patienten geben, welche auf diesen Themenbereich sehr erstaunt, unangenehm berührt oder sogar unfreundlich und aggressiv reagieren.
 - Thema deshalb immer sensibel behandeln, vielleicht auch erst beim 2. Gespräch ansprechen
 - Folgende Fragen haben eine hohe Sensitivität (sog. **CAGE**-Fragen):
 - **C**utting down:
Hatten Sie schon einmal das Gefühl, ihren Alkoholkonsum reduzieren zu müssen?
 - **A**nnoyance by criticism:
Waren Sie schon einmal über Kritik an Ihrem Verhalten verärgert?
 - **G**uilty Feelings:
Hatten Sie wegen Ihres Konsums bereits einmal Schuldgefühle?
 - **E**ye opener:
Haben Sie morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen oder um einen Kater wieder loszuwerden?
 - Ein oft zitierter Tipp: Alkoholika nach Gattung einzeln benennen (Bier, Wein, hochprozentige Getränke) und dann eher „größere Mengen anbieten“: Bsp.: „Wie viel Bier trinken Sie täglich? 3 Halbe?“ - Vorsicht: unserer Ansicht nach kann dies auch beleidigend oder „gekünstelt (kumpelhaft)“ wirken

- Nikotin (bereits unter kardiovaskulären Risikofaktoren, s. o.)
 - Quantität: Angabe in Pack Years
 - Ex-Nikotinabusus erfragen!
 - Anmerkung: Für einen rauchenden Mann besteht prinzipiell ein 17-20fach, für eine rauchende Frau ein 11-13fach erhöhtes Risiko, an einem Bronchial-Ca zu erkranken. Nach dem Aufhören sinkt das Risiko relativ schnell ab, bleibt aber ein Leben lang (ca. 2fach) erhöht. Bei der KHK hingegen sinkt das Risiko nach ca. 7-15 Jahren (je nach Studie) auf das Risiko des nicht rauchenden Normalkollektivs zurück
- Drogen
 - aktuelle Mengen
 - früherer Abusus? (Risikogruppe HIV, Hepatitis)

2.2.6 Bisherige Behandlungen

- Hausarzt
- Facharzt
- Krankenhäuser

Anmerkung:

Häufig fallen gerade älteren Patienten diverse Vorerkrankungen erst im Zusammenhang mit den damit verbundenen stationären Krankenhausaufenthalten ein, deshalb bitte immer gezielt nach vorangegangenen stationären Aufenthalten oder Arztbesuchen fragen!

2.2.7 Familien- und Sozialanamnese (FA/SA)

- Familienstatus
 - aktuelle (und evtl. frühere) Beziehungen
 - am besten als Überleitungsfrage z.B.: „*Wenn es Ihnen schlecht geht, wer kümmert sich dann um Sie?*“
 - Thema sensibel behandeln!
 - Tipp: zuerst von allein stehenden Patienten ausgehen, z. B.: „*Sie leben alleine?*“ statt „*Sind Sie verheiratet?*“ oder „*Haben Sie Familie?*“. Letztere beide Fragen können gerade für einsame Menschen indirekt sehr schmerzhaft sein!
- Familiäre Erkrankungen
 - familiär gehäufte Erkrankungen (Mammakarzinom, Kolonkarzinom etc.)
 - klassische genetische Erkrankungen (Hämophilie etc.)
 - Allgemeiner Gesundheitszustand der Angehörigen (gibt Hinweis auf psychosoziale Belastungen und auf familiäre Situation überhaupt)
- Beruf
 - Zufriedenheit mit der Tätigkeit?
 - Exposition gegenüber arbeitsmedizinisch relevanten Stoffen?
 - Arbeitslosigkeit?
 - ist ein Rentenbegehren denkbar? CAVE: keine Vorverurteilungen!!!

2.3 Praktische Tipps für das „kleine internistische“ psychopathologische Screening:

- Depression (zwei Leitfragen mit Sensitivität > 90%):
 - *Haben Sie in der letzten Zeit bemerkt, dass Sie weniger Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten hatten?*
 - *Fühlten Sie sich in der letzten Zeit niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos?*
- Angststörungen:
 - *Fühlten Sie sich in den letzten Wochen durch Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung, Panikattacken oder übermäßige Besorgnis beeinträchtigt?*
 - *Vermeiden Sie Menschenmengen, öffentliche Plätze, alleine Reisen oder weit von zu Hause wegfahren?*
- Somatoforme Störungen:
 - Störende, persistierende körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung.
 - Hartnäckige Weigerung, die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Beschwerden keine körperliche Erklärung zu finden ist.
 - Beeinträchtigung familiärer, kommunikativer und sozialer Funktionen