

ANLEITUNG

DAS ANAMNESEGESPRÄCH IM MODUL ÄGF II

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

Anamneseschema nach Adler und Hemmeler

I	Vorstellen, Begrüßen	→ Erster Eindruck
II	Schaffen einer günstigen Situation	
III	Landkarte der Beschwerden	→ Wahrnehmen der individuellen Wirklichkeit Erfassen aller Symptome
IV	Jetziges Leiden - zeitlicher Ablauf - Qualität, Intensität - Lokalisation, Ausstrahlung - Begleitsymptome - verstärkende/lindernde Faktoren - Umstände	→ Erste Hypothese Festigen des Arbeitsbündnisses
V	Persönliche Anamnese (Biographie)	
VI	Familienanamnese	
VII	Psychische Entwicklung	
VIII	Soziale Situation	
IX	Systemanamneseergänzungen	→ Integrierte biopsychosoziale Diagnose
X	Fragen / Therapiepläne	→ Erwartungen des Patienten Erste therapeutische Schritte

Vorbereitung auf das Anamnesegespräch

- **Stühle** in Position bringen – der Patient sollte mit dem Gesprächsführer reden, nicht mit der ganzen Gruppe
- Eventuell **Tisch** (*Beachte:* Auswirkung der Sitzpositionen auf das Gespräch) und/oder **Schreibblock** (*Beachte:* vorbereitete Notizen und/oder mitschreiben) vorbereiten
- **Experimentieren** mit Stühlen, Tischen, Schreibblock usw. ist erlaubt bzw. erwünscht (*Beachte:* Der Ort, die Zeit und die Situation/Umgebung sollten möglichst so gewählt werden, dass sich ein vertrauensvolles Gespräch entwickeln kann)

Begrüßung - Kontaktaufnahme – Überleitung zur Anamnese

- **Begrüßung** des Patienten mit freundlicher Ausstrahlung (lächeln) und offener / ruhiger Haltung.
 - Hand geben – den Patienten mit Namen ansprechen - sich selbst kurz vorstellen – einen Sitzplatz zuweisen

Beachte: die persönliche Vorstellung soll neben dem Namen auch die Funktion enthalten

- *Guten Abend Frau/Herr ..., meine Name ist ... - Ich bin Medizinstudent und werde mit Ihnen heute Abend ein Anamnesegespräch führen. Nehmen Sie doch bitte hier auf diesem Stuhl platz.*

Beachte: Die Anamnese beginnt mit dem ersten Eindruck vom Patienten (Auftreten, Körperhaltung, Mimik, Gestik, Art der Begrüßung usw.).

- **Kontaktaufnahme zum Patienten:** Eine kurze Entspannungs- (Eingewöhnungs-) Phase erleichtert sowohl dem Patienten als auch dem Gesprächsführer die Kontaktaufnahme.

Beachte: Die Kontaktaufnahme (die „Szene“ der ersten Minuten) ist entscheidend für den weiteren Gesprächsablauf.

Themen der Kontaktaufnahme: Wie fühlt sich der Patient im Moment? Hat er z.B. Schmerzen, sitzt oder liegt er angenehm usw. – auf die Bedürfnisse des Patienten Rücksicht nehmen:

- *Sitzen Sie bequem? Brauche Sie noch etwas, bevor wir anfangen?*
- *Sind Sie auch so aufgeregt wie ich?*

Kurze Aufklärung des Patienten

- *Was ist das Ziel / der Sinn / die Idee einer ÄGF II-Gruppe usw.*
- *Schweigepflicht, keine körperliche Untersuchung*

Abschlussfrage: *So Frau/Herr ..., haben Sie noch Fragen?*

Die biopsychosozial orientierte Anamnese

▪ Persönliche Daten und Überleitung zur Akutanamnese

- *Sehr gut Frau/Herr ... - Darf ich Sie bitte nach ihren persönlichen Daten Fragen?*

Beachte: Persönliche Daten sind Nachname, Vorname, Geburtsdatum bzw. Alter, Familienstand, Kinder, Wohnort, usw. Diese Angaben können auch im Rahmen der Familien- und Sozialanamnese erhoben bzw. ergänzt werden.

- *Danke Frau/Herr ... - Erzählen Sie mir doch nun bitte, warum Sie zurzeit im Krankenhaus sind.*

Beachte: Die Einleitungsformeln sollten als offene Fragen formuliert sein. Damit wird dem Patienten sofort Gelegenheit gegeben, im Gespräch selbst aktiv zu werden.

▪ Akutanamnese

- **Aktuelle Beschwerden - Symptome - Probleme**

Qualität / Intensität

Lokalisation / Ausstrahlung / begleitende Symptome usw.

- **Beginn - Verlauf - Beeinflussende Faktoren**

Beginn, Verlauf: akut – erstmalig oder akut - häufig rezidivierend; chronisch mit periodischen Verschlechterungen usw.

Beeinflussende Faktoren (verstärkend / lindernd): Ruhe, Schlaf, körperliche oder geistige Anstrengungen, Nahrungsaufnahme usw.

Lebenssituation zum Zeitpunkt des Beschwerdebeginn: Ereignisse (Schicksalsschlag, Versagen usw.), Veränderungen/Neuerungen (Beruf, Wohnung, Partner, ...)

- **Fachspezifische Anamnese**

Beispiel: Gynäkologische Anamnese

Regelanamnese Zyklusdauer, Periodendauer und Periodenblutung,
Zwischenblutungen
Menarche, Menopause/letzte Periode, Menopausenbeschwerden,
Hormontherapie

Schwangerschaften Anzahl der Schwangerschaften, Komplikationen während der
Schwangerschaft (Eklampsie, Epilepsie, Asphyxie, Infektionen,
Blutung, Thrombose ...)

Anzahl der Geburten, Fehl- und Frühgeburten, Sectio caesarea

Gynäkologische Untersuchungen/-Operationen, Krebsvorsorgeuntersuchungen

Beispiel: Neurologische Anamnese

<i>Leitsymptom</i>	Schmerz (nozizeptiv, neuropathisch, radikulär... - s.u.), Sensibilitätsstörung/Missempfindung, Lähmung Gleichgewichtsstörung, Schwindel, Doppelbilder, Sehstörung,... Gedächtnisstörung, Muskelschwund, ...
<i>Beginn</i>	akut, perakut, subakut
<i>Verlauf</i>	chronisch, schubhaft, progredient

Beispiel: Schmerzanamnese

<i>Schmerzlokalisierung</i>	Mehrfachnennungen möglich; Ausstrahlung beachten
<i>Schmerzcharakter</i>	somatischer Schmerz: gut lokalisierbar, schneidend; neuropathischer Schmerz: brennend, klopfend/pochend viszeraler Schmerz: schlecht lokalisierbar, dumpf)
<i>Schmerzempfindung</i>	stark, quälend, schrecklich, zermürend, erschöpfend, unerträglich
<i>Schmerzwirkung</i>	beängstigend, bedrohlich, beunruhigend, bedrückend, lähmend
<i>Schmerzintensität – Erträglichkeit – Leistungsfähigkeit</i>	Jede dieser subjektiven (momentanen, maximalen, minimalen) Empfindung kann mit Hilfe einer Skala von 0-10 erfragt werden.
<i>Zeitcharakteristik</i>	Beginn: seit wann? – Tage, ½ Jahr, 5-10 Jahre,... rasch, langsam, nicht progredient Verlauf: wie häufig? – dauernd, 1x pro Tag, 1x pro Woche, ... wie lange? – Sekunden, Minuten, Stunden, ... Verstärkung zu bestimmten Tageszeiten? akut-undulierend, chronisch-konstant, chronisch- progredient usw.
<i>Begleitsymptome</i>	vegetativ: Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Magen-/ Darmbeschwerden, Einschlaf-/Durchschlafstörungen, Schweißausbrüche, Herzrasen, usw. psycho-neurologisch: Ängstlichkeit, depressive Verstimmung, Lustlosigkeit, Schläfrigkeit, Benommenheit, Unruhe, Kopfschmerz

<i>Auswirkungen</i>	Pflegebedürftigkeit/Selbstversorgung: An- und Ausziehen, Aufstehen vom Stuhl/Bett, Gehen längerer Distanzen, schnelles Gehen, Stehen längerer Zeit, Treppensteigen Familie/Gesellschaft/Beruf: Auswirkungen auf Familie/Freunde/Kontaktfähigkeit, Auswirkungen auf Beruf/Arbeitsfähigkeit/Krankenstand usw. (s.u.)
<i>Schmerzmodifikation</i>	Stehen, Gehen, Treppensteigen, Ausruhen, Ruhighalten, Draufdrücken, besondere Körperhaltung, Medikamente, Wärme, Kälte, Stress/Ärger/Aufregung, angenehme Tätigkeiten
<i>Schmerzmedikation</i>	Gegenwärtige Medikation bzw. Reservemedikation für Schmerzschübe: jeweils Medikament(e), Dosis, Einnahmezeit(en), Wirkung Frühere Schmerztherapien: Medikamente, Operation(en), Injektionen in Gelenke, Kurzwellen-/Mikrowellen-/Elektro-Therapie, Kuren, Krankengymnastik, Akupunktur, Nervenblockaden, Quaddelbehandlung, Chiropraktik usw.
<i>Kopfschmerz</i>	Beginn, Frequenz und Periodizität, Dauer Wo begonnen? Wohin wandernd? Oberflächlich / Tief? Qualität (hämmernd, pulsierend, stechend,...), Quantität Attackenbeschreibung, Zwei oder mehr Typen Auslöser / Verstärker bzw. Besserung (Dunkelheit, Ruhe,...)? Assoziierte Symptome (Aura, Anfälle,...) Frühere Behandlung Patienteneinschätzung Warum jetzt zum Arzt?

➤ **Hat der Patient eine Erklärung für die Beschwerden?**

Mit dieser Frage wird der Patient aktiv an der Diagnosefindung beteiligt und evtl. erfährt man hier noch etwas, das der Patient bis jetzt noch nicht erzählt hat.

Bsp: Wird der Schmerz auf ein besonderes Ereignis (Krankheit, Operation, Unfall,... - genaue Anamnese!) zurückgeführt?

▪ **Eigenanamnese**

➤ **(Frühere) Erkrankungen von Organen/Organsystemen**

Herz(Infarkt), Hirn(Infarkt), Hypertonie, Asthma, Diabetes mellitus, Gicht, Tumore, Demenz, Bewegungsstörungen usw.

➤ **Risikofaktoren**

Nikotin (was, wie viel, seit wann / seit wann nicht mehr)

Alkohol (genaue Menge und Art des Alkohols, hohe Mengen anbieten und möglichst präzise Angaben erfragen; nicht bewerten oder moralisieren)

Drogen, Medikamente

Ernährung (fettreich-ballaststoffarm, Adipositas)

Bewegung (wenig, falsch)

LDL-Werte (hoch)

Blutdruck (hoch)

Allergien usw.

➤ **Ereignisse**

Unfälle, Auslandsaufenthalte usw.

▪ **Familienanamnese**

➤ Familienstand, Kinder, usw. der persönlichen Daten beachten

➤ Nach Todesursachen fragen.

➤ Die Vererbbarkeit einer Erkrankung erfragen/überprüfen.

▪ **Psychosoziale Anamnese**

➤ Stimmung, Affizierbarkeit, psychische/psychiatrische Symptome bzw. Erkrankungen

➤ Partnerschaft, Freundes- und Bekanntenkreis usw.

➤ Beruf: Noxen

psychische Belastungen (Unter-, Überforderung, Geldprobleme usw.)

körperliche Belastungen (schweres Heben, häufiges Stehen usw.)

➤ Umgang des Patienten und seiner Bezugspersonen mit der jetzigen Erkrankung (Gedanken, Gefühle, Ängste)

▪ **Entwicklungs- und Gesamtpersönlichkeitsanamnese**

➤ **Entwicklungsanamnese**

Schwangerschaft Komplikationen (siehe Gynäkologische Fachanamnese)

Geburt Geburtstermin, Presswehen, Gewicht/Größe, Zwillinge
Nabelschnurumschlingungen, Zyanose

Frühkindliche Entwicklung Sitzen, Gehen, Sprechen, Psychomotorische Entwicklung
Fieberkrämpfe, Kinderkrankheiten

Psychosoziale Entwicklung Kindergarten, Schule, Berufsausbildung

Beispiel: *Erzählen Sie mir doch bitte noch mehr von sich, vielleicht etwas aus der bzw. zur Schwangerschaft / Geburt / Frühkindlichen und Psychosozialen Entwicklung/ Jugend / Reifezeit.*

➤ **Gesamtpersönlichkeit**

Beispiel: *Was bedeutete das damals für Sie?*

Beispiel: *Wie haben sie die Situation erlebt?*

- Negative Auswirkungen auf die Gesamtsituation
hohes Schlafbedürfnis, Betäubung durch Arbeit, Alkohol-, Nikotin-,
Medikamenten-Missbrauch
- Was weiß der Patient über die Krankheit?
Stellenwert der Krankheit (jetzt, gesamtes Leben)
Krankheitstheorie (wird jemand verantwortlich gemacht)

▪ **Vegetative Anamnese**

- Gewicht, Gewichtänderung
Appetit, Durst, Verdauung (Meteorismus, usw.)
- Miktion (Nykturie, Polyurie, Pollakisurie, Dysurie, Inkontinenz)
Defäkation (Obstipation, Diarrhoe)
- Schweiß / Nachtschweiß, Fieber
- Schlaf (Einschlaf-, Durchschlafstörungen)
- Körperliche Leistungsfähigkeit / Aktivität
- Blutdruck: hoch – niedrig (Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen usw.)
- Sexualität, Potenz und Libido: Dieses Thema ist mit großer Vorsicht anzugehen, da ein Alleinsein mit dem Patienten natürlich nicht möglich ist. Am besten lässt sich diese Frage nach dem Zustand der Partnerschaft angehen.

▪ **Medikamentenanamnese**

- Medikation (jetzige und frühere)
- Medikamentenallergien (Penicillin, Kontrastmittel, usw.)
- Impfungen, Impfschäden

Tips und Tricks

- **Vom Allgemeinen zum Einzelnen fragen.**

Zuerst möglichst offene Fragen stellen, damit der Patient frei erzählen kann. Dann die Fragen genauer formulieren, damit man wichtige, ergänzende Informationen erhält. Dadurch kann das Krankheitsbild (Symptome, Begleit-, Vorerkrankungen, Begleitfaktoren usw.) genauer bestimmt werden.

Beispiel: Fragt man den Patienten, ob er schon früher einmal krank war, wird man nur selten eine annähernd vollständige Auskunft bekommen. Daher gezielt nach einzelnen Krankheiten fragen, die für die jetzige Erkrankung wichtig sein könnten. Auch die Frage nach Krankenhausaufenthalten kann weiterhelfen. Freie Assoziationen fördern das Bewusstwerden von Erinnerungen.

zuerst: Wie ist es mit dem Stuhlgang?

später: Hatten Sie schon einmal Blut im Stuhl?

zuerst: Frau/Herr ... - hatten Sie bereits Operationen? – Nein, eigentlich nicht.

später: Frau/Herr ... - haben Sie noch den Blinddarm / die Mandeln? – Nein, genau, die wurden operiert.

- Ein **systematisches Vorgehen** erleichtert die Erhebung der Anamnese.
- **Immer nur eine Frage stellen.** Nicht: Wo haben Sie die Schmerzen, wann treten sie auf und welche Medikamente haben Sie bereits dagegen genommen?
- **Keine Suggestivfragen stellen.** Nicht: Und dann sind die Schmerzen vom Oberbauch nach rechts unten gewandert?
- Bei **unklaren Äußerungen** nachfragen und um möglichst präzise Angaben bitten.
- Den Patienten nicht mit **Fachsprache** verwirren, sondern sich seinem Sprachniveau anpassen.
- Mit **kurzen zusammenfassenden Wiedergaben** der Patientenäußerungen das richtige Verständnis überprüfen und dadurch dem Patienten Interesse, Verständnis und Gesprächsbereitschaft signalisieren.
- **Abrupte Themenwechsel** vermeiden oder ankündigen.
- **Keine persönlichen Stellungnahmen und Bewertungen.** Diese führen zu einer Abwehrhaltung des Patienten, in der er nur noch die „erwünschten“ Symptome schildert.
Nicht: Das ist ja ein merkwürdiger Schmerz.
Nicht: Sie sind ja ganz schön empfindlich.
- Bereits während der Anamnese **klinische Eindrücke** sammeln (AZ, EZ, Hautfarbe, Farbe der Skleren usw.)

- Indem die **Wortwahl** und die **non-verbale Kommunikation** des Patienten beachtet wird, kann die Subjektivität der Symptome untersucht werden.
- **Notizen während der Anamnese.** Erst zuhören. Fallen zu viele Informationen an, den Patienten mit der Erklärung unterbrechen, dass man sich kurz das Wichtigste notieren müsse. Bis eine ausreichende Routine besteht, kann man sich darauf beschränken, das „Pathologische“ aufzuschreiben und das Normale später zu ergänzen.
Ereignisse werden vom Patienten meist nicht nach Daten erinnert. Wenn der Patient einen bestimmten Zeitpunkt im Kopf hat, helfen z.B. Fragen nach dem Alter der Kinder zum Zeitpunkt des Ereignisses.
- **Patient erzählt ungeordnete und unwichtige Details.** Darauf eingehen und gleichzeitig durch gezielte Fragen zu der jetzigen Situation das Gespräch lenken.
- **Patient erzählt gar nichts oder nur schleppend.** Ansprechen (z.B. „Es fällt Ihnen schwer, über Ihre Beschwerden zu sprechen.“). Damit zeigt man Einfühlungsvermögen und ermutigt den Patienten, über die Ursache seiner Beschwerden zu sprechen.