

# Anamnese

## Allgemeine Einführung

Unter dem Begriff Anamnese (*griech. anamnesis: Erinnerung*) wird in der Medizin die **Krankengeschichte** des Patienten, d. h. Art und Verlauf seiner Symptome verstanden, die der Arzt im Gespräch mit dem Patienten selbst (**Eigenanamnese**) oder unter Einbeziehung von Dritten (z. B. Angehörige, **Fremdanamnese**) erfragt. Ziel der Anamnese ist jedoch nicht nur der Gewinn von Informationen über das medizinische Beschwerdebild des Patienten, sondern auch der Einblick in seinen psychosozialen Hintergrund, seine persönlichen und beruflichen Probleme sowie sein Krankheitsverständnis. Gleichzeitig werden in der Anamnese auch die Grundlagen für den Aufbau einer vertrauensvollen **Arzt-Patient-Beziehung** gelegt, die durch die Verantwortung und den Respekt des Arztes gegenüber den Informationen und Emotionen des Patienten bestimmt wird. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die **Empathie** des Arztes, d. h. die Fähigkeit zum einführenden Verstehen der emotionalen Erlebnisweise und der Gedankenwelt des Patienten.

Gerade für den Medizinstudenten ist die Fülle von Informationen und Eindrücken, die sich aus dem Anamnesegespräch ergeben kann, zu Beginn oft unübersichtlich und schwer zu strukturieren. So definiert sich die Qualität einer Anamnese nicht durch das Sammeln möglichst zahlreicher Daten, sondern erfordert kritische Wahrnehmung, Denken in pathophysiologischen Zusammenhängen, gezieltes Fragen und aufmerksames Zuhören, um die für die weitere Diagnostik und Therapie relevanten Informationen aus den Erzählungen des Patienten herausarbeiten zu können. Um das Beschwerdebild des Patienten anhand spezifischer Fragen differentialdiagnostisch eingrenzen zu können, bedarf es daher auch eines fundierten theoretischen Wissens um die Charakteristika der einzelnen Krankheitsbilder.

Grundvoraussetzung für eine gute Anamnese ist ein adäquater **Gesprächsrahmen**, der durch räumliche und zeitliche Faktoren bestimmt wird. Hierzu sollte ein möglichst ruhiger und heller Raum gewählt werden, der für Anamnese und Untersuchung des Patienten eine ausreichende Privatsphäre gewährleistet. Unterbrechungen durch Pflegepersonal und Besucher sowie durch eventuell anstehende apparative Untersuchungen sollten durch vorherige Information weitestgehend reduziert werden. Auch von Seiten des Arztes sollten Störungen wie ständiges Klingeln des Telefons oder Piepsers, Unterbrechungen durch Kollegen sowie sichtbarer Zeitdruck vermieden werden, um dem Patienten das Gefühl der vollen Aufmerksamkeit vermitteln zu können. Arzt und Patient sollten sich während der Anamnese auf etwa gleicher **Augenhöhe** in ausreichender **Distanz** entspannt gegenüber sitzen. Ungleiche Augenhöhe oder fehlende räumliche Distanz (z. B. Untersucher dicht neben dem Patienten auf dessen Bett sitzend) sind äußere Zeichen einer Gesprächsasymmetrie und können negative Gefühle wie Unterlegenheit, Bedrohung oder Respektlosigkeit hervorrufen.

Auch sollte der Untersucher sicherstellen, einfache und für den Patienten klar verständliche Formulierungen zu verwenden und sich gegebenenfalls dessen **Sprachniveau** anzupassen. Die unbedachte Verwendung von medizinischen

Termini, Abkürzungen und wissenschaftlicher Fachsprache seitens des Arztes führt häufig zu unnötigen Sprachbarrieren und Informationsdefiziten, die die Distanz zwischen Arzt und Patienten zusätzlich verstärken. Doch auch Elemente der nonverbalen Kommunikation wie Körpersprache, Mimik und Gestik des Arztes können dem Patienten Desinteresse, Heftigkeit oder auch Nervosität signalisieren und das Anamnesegespräch nachdrücklich beeinflussen – nicht vergessen sei hierbei auch das äußere Erscheinungsbild des Arztes bzw. Medizinstudenten, deren Kleidung und Habitus auch Zeichen des Respekts gegenüber dem Patienten darstellen.

Vor Beginn der Anamnese sollte sich der Untersucher anhand der Krankenakte kurz über wichtige persönliche **Daten des Patienten** wie Name und Alter, Familienstand, Beruf und nationale Herkunft, Grund der Überweisung bzw. stationären Aufnahme sowie bereits durchgeführte Voruntersuchungen und deren Befunde informieren. Dies erleichtert nicht nur den Gesprächsablauf, sondern zeigt den Arzt als interessierten und vorbereiteten Gesprächspartner des Patienten. Zur **Begrüßung** des Patienten wird dieser mit seinem Namen und formaler Anrede angesprochen und durch kurzen Händedruck Höflichkeit und Respekt signalisiert. Der Untersucher stellt sich dem Patienten mit seinem Namen und genauer Funktion (z.B. PJ-Student, Stationsarzt, Oberarzt) vor und informiert ihn über Ziel, Ablauf und auch Zeitaufwand der bevorstehenden Anamnese und Untersuchung. Besonderes Augenmerk gilt dabei dem aktuellen körperlichen und psychischen Zustand des Patienten (z.B. Schmerzen, Erschöpfung, starke Emotionen), der die Verschiebung des Gespräches auf einen späteren Zeitpunkt erforderlich machen kann. Einverständnis und Kooperation des Patienten sind daher Grundvoraussetzungen für das weitere Vorgehen.

Die **Eröffnung** des Gespräches sollte anhand möglichst allgemein gehaltener **offener Fragen** erfolgen, die dem Patient die Gelegenheit bieten, in eigenen Worten den Grund seines Besuches bzw. seine Hauptsymptome zu schildern („Wie kann ich Ihnen helfen?“, „Was führt Sie zu mir / uns?“, „Was beunruhigt Sie?“). Hierbei sollte der Untersucher dem Patienten durch aktives Zuhören konzentrierte Aufmerksamkeit vermitteln und diesen in seinen Erzählungen nicht zu früh durch Nachfragen unterbrechen. Oft helfen Ermunterungen oder Reflexionen („Erzählen Sie bitte weiter“, „Ich höre zu“, „Können Sie mir dies noch etwas genauer schildern?“) gerade schüchternen Patienten, mit ihren Schilderungen fortzufahren. Hierbei sollte der Untersucher sicherstellen, unklare Formulierungen sowie Fachausdrücke von Seiten des Patienten in ihrer Bedeutung zu klären, um Symptome und Erkrankungen zu präzisieren („Sie sprachen gerade von Herzattacke – können Sie mir näher schildern, was vorgefallen ist?“, „Was verstehen Sie unter der von Ihnen angesprochenen Allergie?“). Eine abschließende **Zusammenfassung** der Patientenerzählung durch den Arzt kann eventuellen Missverständnissen vorbeugen und gibt dem Patienten zugleich das Gefühl, richtig verstanden worden zu sein („Wenn ich Sie richtig verstanden habe, besteht diese Übelkeit seit drei Wochen“).

Um die gewonnenen Informationen näher zu spezifizieren, werden im weiteren Verlauf der Anamnese vor allem **geschlossene Fragen** angewandt („Wie häufig tritt dieser Schmerz auf?“, „Wie hoch war das Fieber?“), mit deren Hilfe die vom Patienten geschilderten Hauptsymptome differentialdiagnostisch weiter eingegrenzt werden können (vgl. Kapitel Systemorientierte Anamnese und Körperliche Untersuchung, S. 33 ff). Wichtig hierbei ist die **Vermeidung von Suggestivfragen**, die der Patient nur mit Ja oder Nein beantworten kann und oft verfälschende Antworten zur Folge haben („Strahlt Ihr Brustschmerz in den Arm aus?“, „Ist Ihr Urin dunkel?“). Fragen mit mehreren abgestuften Antwortmöglichkeiten („Wohin strahlt Ihr Brustschmerz aus?“, „Welche Farbe hat Ihr Urin?“) stellen hier die bessere Alternative dar. Fällt dem Patienten die Schilderung seiner Symptome und deren Charakteristika sichtbar schwer, so kann der Untersucher auch mehrere Antwortmöglichkeiten zur Auswahl geben („Ist Ihr Schmerz kolikartig, stechend, dumpf oder brennend?“), ohne den Patienten dabei durch zu viele Antwortoptionen zu überfordern.

## Anamnese bei Kindern und Jugendlichen

In der Anamnese von Säuglingen und Kleinkindern bezieht der Arzt seine Informationen meist fremdanamnestisch über Eltern oder Erziehungsberechtigte, die mit dem kleinen Patienten vertraut sind. Auch die Beobachtung der Interaktion zwischen Eltern und Kind während der Anamnese kann hierbei oft wertvolle Informationen geben (vgl. Kapitel Pädiatrische Anamnese und Untersuchung, S. 248 ff). Ältere Kinder dagegen können entsprechend ihres Entwicklungsstandes in die Anamnese miteinbezogen und über ihre Beschwerden kindgerecht befragt werden. Mit zunehmender Selbstständigkeit entwickeln viele Jugendliche auch das Bedürfnis, ohne Beisein der Eltern mit dem Arzt sprechen zu können, was respektiert werden sollte. Problematisch kann sich hierbei jedoch der Umgang mit vertrauensvollen Informationen und Nachfragen der Eltern gestalten, die in Absprache mit dem Jugendlichen erfolgen sollte.

## Anamnese im Alter

Im Gespräch mit älteren Patienten sieht sich der Arzt oftmals mit **multiplen chronischen Erkrankungen**, Einschränkungen der **körperlichen und kognitiven Funktionen**, aber auch schwierigen **Änderungen der Lebensumstände** wie Verlust des Partners, soziale Isolation oder Umzug ins Alten- oder Pflegeheim konfrontiert, die anamnestisch besonderer Beachtung und Empathie bedürfen. Hierbei stehen trotz oft schwieriger Anamnesebedingungen Respekt und Höflichkeit gegenüber dem Patienten im Vordergrund, taktlose Anreden („Oma“) sowie herablassende und infantile Kommunikationsformen sollte man strikt vermeiden. Ist die Kommunikationsfähigkeit des Patienten aufgrund schwerer körperlicher Erkrankungen oder kognitiver Einschränkungen deutlich vermindert, sollten – falls möglich – fremdanamnestische Quellen miteinbezogen werden, um vollständige Informationen zu erhalten.

## Anamnese bei Patienten mit Migrationshintergrund

In der Anamnese und Untersuchung von Patienten mit Migrationshintergrund stehen oftmals **Sprachbarrieren** im Vordergrund, die eine effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient behindern können. Dies rechtfertigt jedoch nicht Distanzlosigkeit oder überlautes und infantiles Sprechen, welches in keiner Weise dem Verständnis von Taktgefühl und Respekt entspricht. Falls möglich, sollte die Hilfe eines neutralen Dolmetschers in Anspruch genommen werden, um das Vertrauen zwischen Arzt und Patient nicht zu beeinträchtigen und eine möglichst authentische Übersetzung zu erreichen. Angehörige dagegen neigen meist dazu, die Schilderungen des Patienten in verkürzter oder ergänzter Fassung zu übersetzen und beeinträchtigen so den neutralen Informationsgewinn. Hilfreich können auch zweisprachige Fragebögen oder Informationsbroschüren sein. Neben sprachlichen Barrieren erfordern aber auch **kulturelle und religiöse** Faktoren das Verständnis und Einfühlungsvermögen des Arztes.

## Umgang mit Emotionen

Nicht selten wird der Arzt oder Medizinstudent im Verlauf des Anamnesegesprächs mit emotionalen Reaktionen des Patienten konfrontiert, die Ausdruck von Trauer, Verzweiflung, Angst oder auch Aggression und Wut sein können. Gerade jüngeren Ärzten fällt es hierbei oftmals schwer, angesichts eines weinenden oder anklagenden Patienten adäquat zu reagieren und gleichzeitig mit dem aufkommenden Gefühl der eigenen Hilflosigkeit und Trauer umzugehen. Auch erscheinen allgemeine Beschwichtigungen oder Redewendungen („Das wird schon wieder“, „Alles halb so schlimm“) angesichts der persönlichen Situation des Patienten häufig inhaltslos und unangebracht. Grundsätzlich sollte versucht werden, den Gefühlen und emotionalen Reaktionen des Patienten im Anamnesegespräch Raum zu geben und diesen mit Respekt und persönlichem Verständnis zu begegnen („Ich kann gut verstehen, dass die Situation / die Krankheit Sie bedrückt und traurig macht. Wenn es Ihnen hilft, können Sie mir gerne mehr über Ihre Sorgen erzählen“). Oft bringt es dem Patienten bereits deutliche Erleichterung, seine Emotionen und Sorgen zum Ausdruck bringen zu können, ohne sich dafür rechtfertigen oder schämen zu müssen.

## Struktur und Inhalt der medizinischen Anamnese

In der medizinischen Anamnese ist gerade für den Anfänger ein **strukturiertes Vorgehen** wichtig, um ein möglichst umfassendes Bild des Patienten und seiner Erkrankung erheben zu können. Während in deutschsprachigen Kliniken standardisierte Vordrucke bzw. Anamnesebögen den Stationsalltag dominieren, findet sich der Untersucher im angloamerikanischen Raum meist mit einem einfachen weißen Blatt Papier konfrontiert, auf dem Anamnese und Untersuchung nach einem festen inhaltlichen Schema ausführlich, jedoch frei dokumentiert werden. Pro und Contra dieser unterschiedlichen Vorgehensweisen soll der Wertung jedes Einzelnen überlassen bleiben – jedoch mit der Betonung, dass medizinische Anamnese mehr ist als das bloße Ankreuzen auf standardisierten Vordrucken.

In Abhängigkeit von Patient und Beschwerdebild können **Umfang und Zeitaufwand der Anamnese** deutlich variieren – so ist für die Erstanamnese eines Patienten bei stationärer Aufnahme verständlicherweise ein ausführlicheres und intensiveres Gespräch erforderlich als für den Besuch eines langjährig bekannten Patienten in der Sprechstunde des niedergelassenen Arztes. Für die Erhebung einer umfassenden medizinischen Anamnese hat sich folgendes Schema in Struktur und Inhalt bewährt (vgl. auch beiliegende Kitteltaschenkarte), dessen einzelne Punkte im Folgenden näher behandelt werden.

### Übersicht über die medizinische Anamnese

*Tabelle 1*

#### Hauptsymptome bei Präsentation

Grund des Arztbesuches, Symptomcharakterisierung (Lokalisation, Qualität /Quantität, Beginn /Dauer, Verlauf / Frequenz, Auslöser, bessernde / verstärkende Faktoren, Begleitsymptomatik), bisherige Diagnostik / Therapie, körperliche / seelische Beeinträchtigung

#### Medizinische Vorgeschichte

Medizinische Vorerkrankungen, Operationen, Unfälle / Trauma, Frakturen, Krankenhausaufenthalte, Erkrankungen im Kindesalter, Vorsorgeuntersuchungen, Impfstatus, geburts- hilflche Anamnese, psychiatrische Vorerkrankungen

#### Medikamente

Verschreibungspflichtige und frei verkäufliche Medikamente, Handels- /Wirkstoffname, Dosis /Dauer /Grund der Einnahme, Nebenwirkungen, Compliance /Gründe für Non-Compliance, Vitaminpräparate, naturheilkundliche Präparate

#### Allergien

Medikamente, Kontrastmittel / Jod, Desinfektionsmittel / Latex / Pflaster, Nahrungsmittel, Konservierungsstoffe, Art und Intensität der Reaktion; Heuschnupfen, Asthma

#### Sozialanamnese

Psychosoziales Umfeld (Familienstand, soziale Integration, häusliche Umgebung und Versorgung), Berufsanamnese, Alkohol, Nikotin, Drogen- /Medikamentenabus, Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität, Reiseanamnese, Sexualanamnese

#### Familienanamnese

Gesundheitszustand / Erkrankungen / Todesursache von Eltern /Großeltern /Geschwistern / Kindern, genetische Erkrankungen, maligne Erkrankungen, Diabetes mellitus, Hypertonus, KHK, Apoplex, kolorektale Polypen, Nierenerkrankungen, Tbc, Epilepsie, psychiatrische Erkrankungen

#### Systemübersicht

vgl. S. 16

## Hauptsymptomatik

Im Mittelpunkt der Anamnese steht die **subjektive Hauptsymptomatik** des Patienten, die dieser mit Hilfe offener Einleitungsfragen frei und ausführlich schildert. Die Beschreibung der Beschwerden sollte hierbei in möglichst chronologischer Reihenfolge und in den eigenen Worten des Patienten dokumentiert werden („Druck über dem Herzen seit 3 Tagen, seit gestern Herzklopfen“). Bestehen mehrere Symptome gleichzeitig, so werden diese in der Reihenfolge ihrer subjektiven Relevanz für den Patienten notiert. Um das Symptom bzw. den Schmerzzustand des Patienten differentialdiagnostisch besser eingrenzen zu können, ist eine eingehende Charakterisierung jedes einzelnen Symptoms erforderlich, die – wie am nachfolgenden Beispiel „Schmerz“ gezeigt – anhand der nachstehend aufgeführten Kriterien erfolgen kann:

### Charakterisierung eines Symptoms – z. B. „Schmerz“

Tabelle 2

Kriterium	Beschreibung
<b>Lokalisation</b>	Ort und Ausstrahlung des Schmerzes, Änderung der Lokalisation und Schmerzausbreitung
<b>Qualität / Charakter</b>	dumpf, drückend, brennend, stechend, bohrend, kolikartig, ziehend
<b>Quantität / Intensität</b>	Einteilung auf Schmerzskala (1 bis 10), konstant / progredient / abnehmend
<b>Zeitliches Auftreten</b>	Beginn (akut / subakut / chronisch), Dauer, Frequenz, konstant / intermittierend, tageszeitliche / jahreszeitliche Schwankungen, freies Intervall
<b>Auslöser</b>	körperliche Aktivität, Änderung der Körperposition, Wetter, Nahrungsaufnahme, Emotionen / psychische Belastung
<b>Bessernde / verstärkende Faktoren</b>	Wärme / Kälte, Lageveränderung, Nahrungsaufnahme / Trinken, Medikamente
<b>Begleitsymptomatik</b>	Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Schwindel, Atemnot, Husten
<b>Bisherige Diagnostik</b>	Labor, EKG, Röntgen, CT, Biopsie, Endoskopie

Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch Fragen nach dem **Grad der körperlichen und seelischen Beeinträchtigung**, die der Patient durch seine Erkrankung bzw. Symptome empfindet. Informationen über berufliche Einschränkungen oder Schwierigkeiten in der Verrichtung täglicher Aufgaben (Haushalt, Ankleiden ohne Hilfe) sowie den individuellen psychischen Leidensdruck des Patienten können dem Untersucher helfen, den Schweregrad der Erkrankung in seiner Bedeutung für Alltag und Lebensqualität des Patienten besser einzuschätzen. Oftmals kann auch die eigene Einschätzung des Patienten (z. B. „Was halten Sie für die Ursache Ihrer momentanen Beschwerden?“) zu erstaunlichen Einsichten in das Krankheitsverständnis des Patienten, aber auch zu differentialdiagnostisch relevanten Informationen führen. Nicht vergessen werden darf in diesem Zusammenhang, dass ein Arztbesuch nicht immer aus primär medizinischen Beweggründen erfolgt, und die geschilderte Hauptsymptomatik daher nicht automatisch mit dem **Grund der ärztlichen Konsultation** gleichgestellt werden darf. Nicht selten verbergen sich hier andere Motive wie soziale Isolation, Wunsch nach Aufmerksamkeit und Kommunikation, Angst oder Trauer.

## Medizinische Vorgeschichte

Nach Erhebung der Hauptsymptomatik sollte der Patient nach seiner medizinischen Vorgeschichte befragt werden, aus der sich oftmals wichtige Informationen im Bezug zur aktuellen Symptomatik ableiten lassen. Hierzu gehören:

### Medizinische Vorgeschichte

Tabelle 3

	<i>Beispiele</i>
<b>Medizinische Vorerkrankungen</b>	aktuelle und frühere Beschwerden (z. B. KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz, DM, Asthma / COPD, Tbc)
<b>Operation / Unfall / Trauma / Fraktur</b>	Ort, Datum, Komplikationen, evtl. Bluttransfusionen
<b>Frühere Krankenhausaufenthalte</b>	Ort, Datum, Grund der Aufnahme, Diagnostik
<b>Erkrankungen im Kindesalter</b>	z. B. Masern, Mumps, Scharlach, Diphtherie, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, rheumatisches Fieber
<b>Vorsorgeuntersuchungen / Impfstatus</b>	z. B. gynäkologische Vorsorge (Mammographie, PAP), Koloskopie, Hautkrebs-Screening, Zervix-Abstrich, Prostata-Vorsorge, Sigmoidoskopie, Tetanuschutz
<b>Geburtshilfliche Anamnese</b>	Schwangerschaften, Geburten, Aborte, Komplikationen
<b>Psychiatrische Vorerkrankungen</b>	Depression, Psychosen, Suchterkrankungen

Häufig ergeben sich dem Untersucher auch erst im weiteren Verlauf der Anamnese (Systemüberblick) und Untersuchung (Operationsnarben) zusätzliche Hinweise auf Vorerkrankungen, die der Patient bei der Befragung nicht erwähnt hat.

## Medikamente

Jede Anamnese sollte die vom Patienten eingenommenen Medikamente mit genauer **Dosis** und **Einnahmeschema**, **Dauer** und **Grund** der Therapie beinhalten. Dies ist nicht nur für eine adäquate Weiterführung der pharmakologischen Therapie während des Krankenhausaufenthaltes von Bedeutung, sondern ermöglicht auch Rückschlüsse auf Neben- oder Wechselwirkungen. Neben **verschreibungspflichtigen Pharmaka** sollte der Patient explizit auch nach **frei verkäuflichen Arzneimitteln** wie Analgetika, Schlaftabletten, Laxantien, Vitaminpräparaten sowie naturheilkundlichen oder homöopathischen Medikamenten gefragt werden, bei Frauen im gebärfähigen Alter ebenso nach **oralen Kontrazeptiva** („Pille“). Auch wenn die genannten Pharmaka von Patienten oftmals nicht als „Medikamente“ empfunden werden, sind sie doch mit Neben- und Wechselwirkungen assoziiert und daher anamnestisch relevant.

Auch das beste Medikament zeigt keine Wirkung, wenn es nicht regelmäßig oder den Empfehlungen entsprechend eingenommen wird. Die regelrechte Einnahme eines verordneten Medikaments bzw. das Befolgen ärztlicher Anordnungen bezeichnet man als **Compliance**, entgegengesetztes Verhalten dementsprechend als Non-Compliance. Im Fall von **Non-Compliance** ist es wichtig, den Patienten nach dem Grund zu fragen – z. B. nach unangenehmen Nebenwirkungen wie Übelkeit oder Durchfall oder auch erektiler Dysfunktion (häufig

bei Betablockern). Nur so lassen sich Missverständnisse vermeiden und durch eine bessere Information des Patienten eine höhere Compliance erreichen („Viele Patienten klagen bei der Einnahme von Betablockern über Potenzstörungen – haben Sie ähnliche Probleme bemerkt?“). Insbesondere im Umgang mit älteren Patienten ist die Frage nach der Compliance und der täglichen Einnahmegewohnheiten von großer Bedeutung – oft wird hier eine genaue und regelmäßige Medikamenteneinnahme durch Faktoren wie Demenz oder mangelnde soziale Unterstützung erschwert und kann zu schwerwiegenden Intoxikationen führen (z. B. Betablocker).

## Allergien

Allergien bzw. Unverträglichkeitsreaktionen finden sich bei etwa 20 % aller Patienten und stellen daher ein signifikantes Problem in der täglichen Praxis dar. Das klinische Spektrum reicht dabei von der einfachen Hautrötung (z. B. Pflasterallergie) bis hin zum anaphylaktischen Schock, der einer intensivmedizinischen Behandlung bedarf. Durch eine detaillierte Erhebung der Medikamentenanamnese sowie der allergischen Vorgeschichte können so eventuell lebensbedrohliche Komplikationen vermieden werden. Auf die Frage, ob Allergien bekannt sind, werden die meisten Patienten, die von mittleren bis schweren Überempfindlichkeitsreaktionen betroffen sind, diese von selbst erwähnen. Jedoch lohnt sich unter Umständen ein genaueres Nachfragen, für das folgende Checkliste als Leitfaden dienen kann. Werden in der Anamnese allergische Reaktionen bejaht, sollte nicht nur die **auslösende Substanz**, sondern auch die **Art der Reaktion** vermerkt werden – z. B. Urtikaria, Angioödem, Asthma, Schock.

Tabelle 4

### Allergien

#### Beispiele

<b>Allgemein</b>	Heuschnupfen, allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergie, Pflaster / Latex, Allergie gegen Konservierungsstoffe
<b>Medikamente</b>	Antibiotika, Analgetika, ACE-Hemmer, Desinfektionsmittel (Jod)
<b>Kontrastmittel</b>	Allergische Reaktionen auf Kontrastmittel (Jod) sind besonders für den Einsatz von bildgebenden Verfahren wie z. B. CT oder Angiographie von Bedeutung.

## Sozialanamnese

Mit Hilfe der Sozialanamnese lassen sich wichtige Zusatzinformationen über den **privaten und beruflichen Hintergrund** erfassen, die das Beschwerdebild des Patienten in Bezug auf seine **individuellen Biographie** und **psychosoziale Situation** reflektieren. Auch bietet sie dem Untersucher die Gelegenheit, den Blick für den Patienten als Ganzes nicht zu verlieren, d. h. ihn nicht nur als Patient X mit Problem Y kennen zu lernen, sondern ihn als eigenständige Persönlichkeit mit menschlichen Eigenschaften wie sozialen und privaten Problemen, prägenden Lebensereignissen und Emotionen wie Angst, Trauer oder Enttäuschung wahrzunehmen und zu respektieren. Eine ausführliche Sozialanamnese beinhaltet daher Fragen nach dem **psychosozialen Hintergrund** des

Patienten, seiner **beruflichen Tätigkeit**, seinen **Lebensgewohnheiten** sowie möglichen **Risikofaktoren** (Nikotin, Alkohol, Drogen, Ernährung, körperliche Bewegung, Reisen). Auch sollte der Untersucher hierbei einen tieferen Einblick in das **Krankheitsverständnis** des Patienten und dessen **Bewältigungsstrategien** („Coping“) gewinnen.

Nur sehr wenige Patienten erzählen einer fremden Person gerne und freiwillig von privaten und oftmals intimen Problemen. Die Erhebung der Sozialanamnese erfordert daher eine umsichtige Wortwahl sowie neutrale, nicht wertende Fragen, um die Privatsphäre des Patienten nicht zu verletzen („Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?“ anstelle von „Sind Sie arbeitslos?“). Auch kann der Hinweis auf die Vertraulichkeit der Informationen und die ärztliche Schweigepflicht dem Patienten helfen, offen mit dem Arzt zu kommunizieren. Erscheint der Patient sichtbar bedrückt und verschlossen, können einfache, offene Abschlussfragen wie „Gibt es noch etwas, das Sie mir erzählen möchten, oder das für mich wichtig wäre zu wissen, um Ihre Situation besser zu verstehen?“ helfen, Problemfelder zu identifizieren.

### Psychosoziales Umfeld

Fragen nach dem **Familienstand** des Patienten (allein oder in einer Partnerschaft lebend, Kinder) sowie seiner **privaten und sozialen Integration** (Familie, Freunde, Kollegen, Vereine, Selbsthilfegruppen) können helfen, einen genaueren Einblick in das psychosoziale Umfeld des Patienten, seine Lebensqualität sowie seinen emotionalen Rückhalt zu gewinnen. Insbesondere bei chronischen oder malignen Erkrankungen sollte die Bedeutung dieser Angaben nicht unterschätzt werden. Aber auch **kulturelle Herkunft** oder **religiöse Überzeugungen** spielen eine wichtige Rolle im Krankheitsverständnis und Coping und ziehen unter Umständen weitreichende Konsequenzen für therapeutische Interventionen nach sich (beispielsweise Bluttransfusionen bei Zeugen Jehovas).

Soziale und medizinische Problemfelder eröffnen sich zudem bei Fragen nach der **Wohnsituation** des Patienten (Asylbewerberheim, obdachlos, starke Luftverschmutzung), die auch für das Risiko einer infektiösen Exposition nicht unbedeutend ist (Tbc, COPD). Gerade bei älteren oder chronisch kranken Patienten sind die **räumlichen Bedingungen** (Anzahl der Treppen, Schlafzimmer und Bad im oberen Stockwerk) und **soziale Unterstützung** (Essen auf Rädern, Sozialstation) für eine optimale Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt entscheidend und sollten daher anamnestisch erfasst werden. Bei entsprechender Symptomatik können auch Angaben über **Haustiere** (z. B. Toxoplasmose, Vogelhalter-Lunge) und **Hobbies** (Allergien) des Patienten von Bedeutung sein.

### Berufsanamnese

Die berufliche Situation des Patienten (erwerbstätig, berentet, arbeitslos), seine Arbeitsbelastung und berufliche Zufriedenheit, der Umgang mit Stress sowie evtl. finanzielle Schwierigkeiten können eine Vielzahl somatischer und psychischer Störungen bedingen und sollten daher fester Bestandteil der Anamnese sein. Insbesondere Beschwerden des respiratorischen (z. B. Pneumokoniosen) und muskuloskeletalen Systems (z. B. Karpaltunnelsyndrom), aber auch Erkrankungen der Haut (z. B. Kontaktekzem) oder des Hörapparates (z. B. Lärmschwerhörigkeit) werden häufig durch berufsbedingte Exposition gegenüber chemischen, physikalischen oder infektiösen Noxen bedingt und daher als **Berufs-**

**krankheiten** bezeichnet. Eine genaue Schilderung der **aktuellen und früheren beruflichen Tätigkeit**, Arbeitsbedingungen und Gefährdungspotentialen sowie Art und Dauer der Exposition gegenüber Noxen wie Asbest, Quarzstaub oder auch organischen Stäuben kann hierbei wichtige ätiologische Hinweise erbringen. Zu beachten sind jedoch unter Umständen lange Latenzzeiten von bis zu 30 Jahren zwischen Exposition und Manifestation der Erkrankung (vgl. Kapitel Respiratorisches System, S. 97 ff.).

### Nikotin

Aktiv- sowie auch Passivrauchen stellen einen wichtigen Risikofaktor insbesondere für Erkrankungen des kardiovaskulären (KHK, pAVK) sowie respiratorischen (COPD, Bronchialkarzinom) Systems dar und sollten daher anamnestisch genau erfragt werden. Erfasst werden hierbei **Beginn und Dauer der Exposition** mit Angabe der sogenannten **pack years**: Rauchen von 2 Schachteln pro Tag über 5 Jahre ergibt 10 pack years. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach der **Motivation** und eventuellen früheren Versuchen des Patienten, das Rauchen aufzugeben.

### Alkohol

Fester Bestandteil jeder Anamnese ist die Frage nach der **Häufigkeit, Menge und Art** der Alkoholkonsums (Bier, Wein, höherprozentige Spirituosen). Regelmäßiger Alkoholkonsum in höheren Mengen stellt nicht nur ein weitverbreitetes Suchtproblem dar (ca. 3–5 % der Bevölkerung), sondern bedingt zudem schwerwiegende Organschäden wie beispielsweise Leberzirrhose, akute und chronische Pankreatitis, Gastritis und Ulkus oder auch Karzinome von Mundhöhle / Speiseröhre. Der Übergang von „normalem“ Alkoholgenuss in den Alkoholmissbrauch ist dabei oft fließend, und dem Patienten der Krankheitswert seines Trinkverhaltens bzw. seiner Abhängigkeit meist nicht bewusst. Patienten mit Alkoholproblemen suchen beim Arztbesuch großteils keine Hilfe im Zusammenhang mit ihrem Alkoholproblem, sondern vielmehr die Behandlung von körperlichen Beschwerden.

Die Frage nach Alkoholkonsum bzw. -abhängigkeit stellt ein anamnestisch schwieriges Themengebiet dar und erfordert vom Untersucher oftmals ein hohes Maß an Sensibilität und Fingerspitzengefühl. Hierbei gilt es, das Suchtproblem des Patienten zu identifizieren, ohne zugleich durch moralische Wertung Schuld- und Versagensgefühle seitens des Patienten zu verstärken und ihm seine Selbstachtung und individuelle Würde zu nehmen. Oftmals kann eine einleitende Erklärung der medizinischen Relevanz dieses Themenbereiches eine offene und vertrauensvolle Kommunikation zwischen Arzt und Patient erleichtern: „Einige Lebererkrankungen werden durch giftige Stoffe, Medikamente oder auch Alkohol ausgelöst – deshalb ist es für mich wichtig zu wissen, wie viel Alkohol sie pro Woche zu sich nehmen“.

Bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch empfiehlt sich als Screening der **CAGE-Test** (s. u.), der erste Informationen über Kontrollverlust, Abhängigkeit und auch psychosoziale Folgeerscheinungen geben kann. Werden mehr als 2 Fragen positiv beantwortet, ist der Verdacht mit einer Spezifität von etwa 88 % und einer Sensitivität von etwa 95 % begründet.

**CAGE-Fragen**

Tabelle 5

<b>Cutting down</b>	Hatten Sie schon einmal das Gefühl, Ihren Alkoholkonsum reduzieren zu müssen?
<b>Annoyance by criticism</b>	Waren Sie schon einmal über Kritik an Ihrem Trinkverhalten verärgert?
<b>Guilty feelings</b>	Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums bereits Schuldgefühle?
<b>Eye opener</b>	Haben Sie morgens Alkohol getrunken, um Ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern oder um einen Kater loszuwerden?

Nicht vergessen werden sollten in diesem Zusammenhang auch die privaten und beruflichen Konsequenzen des Alkoholismus, die den Patienten zusätzlich belasten können und anamnestisch daher durchaus von Bedeutung sind. Fragen nach dem familiären Umfeld und der sozialen Einbindung des Patienten können nicht nur helfen, geeignete Therapiekonzepte zu finden, sondern auch die oftmals psychisch stark belasteten Angehörigen einzubeziehen.

**Drogen- / Medikamentenabusus**

Angesichts steigender Zahlen psychisch und physisch abhängiger Personen in Deutschland (ca. 1 Million medikamentenabhängiger Patienten, 30 % der Jugendlichen in Kontakt mit Partydrogen oder Cannabis), zeigt die Frage nach dem Konsum von Drogen und Medikamenten wie Analgetika oder Benzodiazepinen durchaus anamnestische Relevanz, wengleich sicher nicht jede Patientengruppe (z. B. Geriatrie) einer ausführlichen Befragung bedarf. Bei entsprechenden Anhaltspunkten sollten jedoch Substanzbezeichnung, Dauer, Menge und Art des Konsums (intravenös, oral, transnasal), psychische und physische Abhängigkeit, Komplikationen sowie Entzugsversuche genau dokumentiert werden.

**Ernährung / körperliche Bewegung**

Insbesondere bei übergewichtigen Patienten sowie kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen kann die Frage nach den **Ernährungsgewohnheiten** (Häufigkeit und Zusammensetzung der Mahlzeiten, Art der Getränke) sowie **körperlicher Aktivität** wichtige Anhaltspunkte für mögliche Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen geben. Erfragt werden sollten insbesondere auch Gewichtsveränderungen, Diäten sowie das allgemeine Gesundheitsbewusstsein des Patienten. Aber auch potentiell gesunde Ernährungsweisen (z. B. Vegetarier) können bei zu einseitiger Nahrungszusammensetzung zu bestimmten Krankheiten prädisponieren (z. B. Anämie).

**Sexualanamnese**

Die Erhebung der Sexualanamnese wird von vielen Patienten, aber auch Ärzten und Medizinstudenten als heikles und unangenehmes Kapitel betrachtet, das ein besonderes Maß an **Sensibilität und Taktgefühl** erfordert. Zwar ist eine ausführliche Sexualanamnese sicher nicht fester Bestandteil einer jeden ärztlichen Anamnese, sollte jedoch bei entsprechendem klinischem Beschwerdebild nicht vergessen werden. Probleme im Bereich des Sexuallebens werden vom Patienten selten angesprochen, können jedoch sehr wichtige Informationen bieten. So kann beispielsweise das Vorliegen einer erektilen Dysfunktion Hinweis auf Diabetes mellitus sein, oder häufiges Wechseln der Sexualpartner eine wichtige Zu-

satzinformation bei Verdacht auf eine HIV-Infektion bieten. In diesem Zusammenhang sollte auch nicht vergessen werden, dass Beeinträchtigungen des Sexuallebens einen häufigen, aber selten genannten Grund für Non-Compliance in der Einnahme von Medikamenten darstellen (erektiler Dysfunktionen z. B. durch Betablocker). Bestandteil der Sexualanamnese sind Fragen nach Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Libido, evtl. auftretenden Störungen oder Schmerzen, Anzahl der Partner, persönlichen Neigungen und Zufriedenheit. Nicht fehlen sollten in diesem Zusammenhang auch Fragen nach Verhütung und Schutz vor infektiöser Risikoexposition sowie aktuellen und früheren sexuell-übertragbaren Krankheiten.

Um dem Patienten das Sprechen über diesen Themenbereich zu erleichtern, sollte der Untersucher vorab die Wichtigkeit und **medizinische Relevanz** seiner Fragen erläutern („Störungen der Sexualität sind ein häufiges Problem bei Patienten mit Diabetes mellitus – haben Sie selbst Schwierigkeiten bemerkt?“). Oftmals bieten sich auch Fragen im Anschluss an die gynäkologische oder urogenitale Anamnese als Überleitung in diesen Themenbereich an. Wichtig für eine offene Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist gerade hierbei eine passende Wortwahl und adäquates Sprachniveau, das dem Patienten ermöglicht, ohne Hemmungen oder Schamgefühle über seine Probleme zu berichten. Um eventuelle Peinlichkeiten oder unbewusste moralische Wertungen zu vermeiden, sollte der Untersucher in seinen Fragen daher auch den Begriff „Partner“ verwenden, da dies eheliche und außereheliche sowie auch heterosexuelle und homosexuelle Kontakte einschließt.

### Reiseanamnese / Auslandsaufenthalte

Bei entsprechenden Symptomen des Patienten (z. B. unklares Fieber, Lymphadenopathie, Diarrhoe, Erhöhung des Leberenzyme) kann eine Frage nach **Auslandsreisen** insbesondere in tropische Gebiete wichtige Hinweise auf die Ätiologie der Symptome ergeben (z. B. Malaria, Hepatitis, Cholera). Hierbei sind neben der Frage nach Allgemeinmaßnahmen (z. B. Trinkwasser, Nahrung) und eventuell infektiösen Kontaktpersonen (sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV oder Hepatitis) auch Zeitpunkt und die Art des Impfschutzes sowie Art und Dauer einer eventuell erfolgten Chemoprophylaxe (Malaria) von Bedeutung. Bei Verdacht auf Erkrankungen wie Lyme-Borreliose oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), die durch Zecken übertragen werden können, empfiehlt es sich zudem, nach einem Aufenthalt in regionalen Risikogebieten zu fragen.

### Familienanamnese

Die Erhebung einer Familienanamnese ist nicht nur für **genetisch bedingte Erkrankungen** wie beispielsweise Hämophilie oder Mukoviszidose relevant, sondern erfasst auch **familiär gehäuft auftretende Erkrankungen** wie Diabetes mellitus sowie **infektiöse Kontaktpersonen** (z. B. Tbc) im familiären Umfeld des Patienten. Zudem kann eine positive Familienanamnese – d. h. ein Auftreten des Krankheitsbildes innerhalb der näheren Verwandtschaft (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) – auch für **maligne Erkrankungen** wie das kolorektale Karzinom (z. B. familiäre adenomatöse Polyposis) oder das Mammakarzinom von Bedeutung sein. Alter, Gesundheitszustand bzw. Todesursache der nächsten

Angehörigen sollten daher in jeder Anamnese erfragt und dokumentiert werden. Als allgemeines Screening auf eventuelle familiäre Vorbelastung empfiehlt sich die Frage nach folgenden Krankheitsbildern: Diabetes mellitus, Hypertonus, KHK, Apoplex, Tumorerkrankungen, kolorektale Polypen, Nierenerkrankungen, Tbc, Epilepsie und psychiatrische Erkrankungen. Hierdurch lassen sich frühzeitig potentielle Risikofaktoren des Patienten erkennen und entsprechende Präventivmaßnahmen einleiten (z.B. Pankolektomie bei familiärer adenomatöser Polyposis).

Bei genetisch bedingten sowie malignen Erkrankungen empfiehlt sich zur übersichtlichen Darstellung der betroffenen Personen bzw. des Erbganges ein schematischer **Stammbaum** – hier ein Beispiel eines Stammbaums über drei Generationen mit gehäuftem Auftreten von Brustkrebs (der Pfeil bezeichnet die betroffene Patientin):

### Stammbaumdarstellung

Abbildung 1

