

Manual Gesprächstypus Anamnese

Dieses Manual will die Aussagen des Positionspapieres "psychosomatische Grundversorgung" auf den Gesprächstypus Anamnese anwenden. Interventionen sollen operationalisiert werden, damit sie zukünftig auf ihre sinnvolle Anwendung im hausärztlichen Alltag überprüft werden können. Eine Voraussetzung dafür ist die Überprüfung bisheriger Interventionen im Hinblick auf ihre Evidenzbasierung.

Zu unterscheiden ist das Erstgespräch bei bislang unbekanntem Patienten von der Anamnese bei erneutem Beratungsanlass bei bekanntem Patienten. Die beschriebene zeitliche Abfolge beim Erstgespräch erfährt bei erneutem Beratungsanlass eine Modifikation. Bereits vorher geklärte Themen und Bezüge müssen nun nicht mehr erfragt werden, sondern stattdessen in Zusammenfassungen erinnert werden.

Beim Erstkontakt mit unbekanntem Patienten muss zunächst geklärt werden, was der explizite Behandlungsauftrag des Patienten auf der Beschwerde- und auf der Beziehungsebene ist. Sucht der Patient eine langfristige Betreuung oder möchte er eine begrenzte Symptom orientierte Beratung und soziale Intervention (zum Beispiel Arbeitsunfähigkeit). Fragen, die sich der Arzt stellen muss, sind: „Warum gerade hier, warum gerade jetzt, warum gerade so?“

Was der Patient benennen kann, ist auch abhängig davon, welche Angebote der Arzt macht. Stellt er sich für eine langfristige Betreuung, die den psychosozialen Kontext berücksichtigt, zur Verfügung? Ein solches Angebot sollte der Arzt in jedem Fall beim Erstkontakt machen. Dass der Patient möglicherweise nicht beim Erstkontakt explizit benennen kann, was er wünscht, kann ein allmähliches Vorgehen des Arztes erforderlich machen und damit ein schrittweises Vorgehen beim Erfragen des psychosozialen Kontextes.

Die wichtige Intention dieser Anwenderversion ist, die Investition von Zeit und Aufmerksamkeit in den Anfang der Beziehung zu legen und die Beschwerden von Beginn an im aktuellen psychosozialen Beziehungskontext und lebensgeschichtlichen Kontext zu klären.

Eine Voraussetzung dafür ist, dass dem Patienten die Spielregeln der Praxis transparent gemacht sind (zum Beispiel wie viel Zeit zur Verfügung steht) und solche Regeln überhaupt in der Praxisorganisation existieren.

1. Ziele der Anamnese

a. **Herstellung einer vertrauensvollen, hilfreichen Beziehung.** Die Anamnese steht am Beginn einer Beziehung, deshalb: Investiere in den Anfang!

b. Klärung

- des Behandlungsauftrags auf der Beschwerde- und der Beziehungsebene
- der Beschwerden im Hinblick auf Qualität (wie und wo?), Quantität (wie schwer?) und ihres Verlaufs (seit wann? Wie oft)
- des Kontexts zu früherer Beschwerden, aktuelle weiterer Beschwerden, der Medikation, der aktuellen und früheren Beziehungserfahrungen und sozialen Situation

c. Einordnen und Abgleichen

- Übersetzen in diagnostische Kategorien (Arbeitshypothese), fehlende diagnostische Bausteine definieren
- Zusammenfassen gegenüber dem Patienten und gemeinsames Absprechen von Zielen und des weiteren Vorgehens

d. Die Anamnese verfolgt bereits ein **therapeutisches Ziel** durch Ressourcenorientierung, Beziehungsangebot und Einbeziehung des Patienten.

2. Wirksame Haltungen und Interventionen

Die Wirkfaktoren, die für die psychosomatische Grundversorgung belegt sind, gelten auch für die Anamnese:

- a. die Beziehung zwischen Arzt und Patient als kooperative, heilsame Beziehung und Möglichkeit einer korrigierenden Beziehungserfahrung,
- b. die Information der Patientinnen und Patienten durch die Ärztin und den Arzt als Experten,
- c. die gemeinsame Problemaushandlung und Formulierung von individuellen Gesundheitszielen und die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Entscheidung über den Plan der Diagnostik und Therapie,
- d. die Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten,

- e. die Erfahrung von Anteilnahme und Annehmen des Leids, die wertschätzende Anerkennung bisheriger Leistungen des Patienten im Umgang mit Krankheit und Belastungen, Ermutigung und Fürsorge .

Die Haltungen, die im Positionspapier Psychosomatische Grundversorgung beschrieben sind, gelten auch für die Anamnese:

- Orientierung auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient,
- die Orientierung auf den Kontext,
- Selbstreflexion
- und salutogenetische Orientierung

Die hilfreichen Erfahrungen für die Patienten in der Anamnese sind:

- sich ausreichend mitteilen zu können und sich verstanden und akzeptiert zu fühlen,
- die Klärung der eigenen Erwartungen, der eigenen Gefühle,
- das Erleben einer korrigierenden Beziehungserfahrung,
- Erlangung von Selbstkompetenz und
- die Gewinnung einer positiven Perspektive,
- das Erleben von Fürsorge und Hilfe.

Welche Interventionen sind für welches Outcome belegt?

Das Erheben der vollständigen Patientenagenda (1)

- weniger Missverständnisse, bessere Compliance, weniger Medikamenteneinnahmefehler

Das Erheben der vollständigen Agenda des Patienten als Einstieg in den Arztbesuch (2,3,4)

- weniger spät vorgebrachte Patienten Anliegen, mehr vorgebrachte Patienten Anliegen, weniger Risiko verklagt zu werden

Kenntnis über Erwartungen und Befürchtungen des Patienten (5)

- weniger verschriebene Medikamente

Das Verbalisieren und Anerkennen der Gefühle des Patienten (6,7,8,9)

- größere Zufriedenheit des Patienten, Weniger akute Stoffwechselentgleisungen bei Diabetikern, Niedrigere HbA1c-Werte, Niedrigere LDL-Cholesterin-Werte, weniger Wiederholungen der Patientenäußerungen, weniger emotionale Intensität und weniger emotionaler Stress

Den Patienten ermutigen seine Perspektive zu schildern und hierbei Interesse und Anteilnahme zu besitzen und zu vermitteln (7,8,10,11)

- Größere Zufriedenheit des Patienten, Verringerte Schwere und Dauer der Erkältung, Weniger akute Stoffwechselentgleisungen bei Diabetikern, Niedrigere HbA1c-Werte, Niedrigere LDL-Cholesterin-Werte

Fragen nach und Reden über psychosoziale Themen (12,13)

- Größere Zufriedenheit des Patienten

Weniger Dominieren und Reden (12)

- Größere Zufriedenheit des Patienten

Klarheit und Zuversicht vermitteln (10)

- Erhöhte Selbstwirksamkeit, Weniger Leidensdruck, Größere Zufriedenheit des Patienten

Fragen nach den Auswirkungen des Problems auf Alltag, Privatleben bzw. Familie (10)

- erhöhte Selbstwirksamkeit des Patienten

Austauschen und Vermitteln von Information (inkl. Patientenedukation) (14,15)

- Größere Zufriedenheit des Patienten

Übereinstimmung mit Patient finden, gemeinsames Vorgehen absprechen (shared decision making) (10)

- Verbesserte Medikamenten-Compliance

Literaturangaben:

- (1) Christine A. Barry, Colin P. Bradley, Nicky Britten, Fiona A. Stevenson, Nick Barber. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50.
- (2) Soliciting the patient's agenda: have we improved? Marvel MK¹, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. *JAMA*. 1999;281(3):283-287)
- (3) Beckman Frankel. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Internal Med*.1984;101:692-6
- (4) Levinson W. Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559.
- (5) Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing *Br J Gen Pract*. 2009 Jan 1; 59(558): 29-36.
- (6) Which Medical Interview Behaviors Are Associated With Patient Satisfaction? *Fam Med* 2008;40(4):253-8. Yousuke C. Takemura, MD, PhD; Reiko Atsumi,
- (7) Del Canale S Louis DZ Maio V et al. The Relationship between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study on Primary Care Physicians and their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Acad Med* 2012; 87(9): 1243-9.
- (8) Hojat, Mohammadreza PhD; Louis, Daniel Z et al. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients *Academic Medicine*: March 2011 - Volume 86 - Issue 3 - pp 359-364
- (9) A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. 1997 Feb 26;277(8):678-82. Suchman AL¹, Markakis K, Beckman HB, Frankel R.
- (10)Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations Paul Little, Hazel Everitt, *BMJ*. 2001 Oct 20; 323(7318): 908-911
- (11) Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold Rakel, Hoeft *Fam Med*. 2009; 41(7): 494-501)
- (12)*J Fam Pract*. 1991 Feb;32(2):175-81.The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction.Bertakis KD¹, Roter D, Putnam SM.
- (13)*JAMA* 1997;277:350-6 Communication patterns of primary care physicians. Roter DL¹, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr.
- (14)The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004 Sep;27(3):237-51.Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV.
- (15) The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction *Fam Med*. 1993 Jan;25(1):17-20.Robbins JA¹, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA.

3. Ablauf des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen

Vorbedingung : Klärung der Rahmenbedingungen (störungsfreier Ablauf) und der Barrieren (z.B. Sprache)

1. Modul	
Patientenzentriert	
Begrüßung und Eröffnung	Vorstellen, namentliche Ansprache wünschenswert; wenn Patient nicht von sich aus anfängt, seine Beschwerden zu schildern, einleiten: „Was führt Sie zu mir/uns?“
Zuhören Dasein und Nichts tun- Einstimmen auf den Patienten Aktives Zuhören	Achten auf Mimik, Gestik, Wortwahl und Sprachfluss, Körperhaltung, Kleidung und äußerer Eindruck, Stimmung und mnestiche Fähigkeiten; welche Bilder /Metaphern gebraucht der Patient, welche Szenen schildert er? Möglichst keine Fragen stellen. Aktiv ermuntern durch Körpersprache (Nicken), „Ja“, Warten (Gesprächspausen zulassen), Wiederholen, Spiegeln und Markieren, Zusammenfassen
Erfragen der Patientenperspektive seiner Auffassung der Krankheitsentstehung, seines bisherigen Umgangs mit den Beschwerden, seines Vorwissens seiner Befürchtungen seiner Erwartungen	Falls nicht bereits vom Pat. mitgeteilt, jetzt gezieltes Erfragen: „Was ist Ihre Auffassung, woher die Beschwerden kommen?“ „Haben Sie eine bestimmte Befürchtung?“ „Haben Sie schon eine bestimmte Vorstellung wie ich Ihnen helfen soll/kann?“
Zusammenfassen	Bevor der Arzt als Experte beginnt, medizinisch weiter zu fragen, fasst er wichtige Aussagen des Patienten zusammen: „Verstehe ich Sie richtig, dass...?“ Hier wichtig: Annehmen des Leids und der Bemühungen des Patienten seitens des Arztes. Abschließende Frage: „Ist noch etwas wichtig für Sie?“ (Solche Zusammenfassungen sollten im Verlauf der Anamnese wiederholt werden.)
2. Modul	
Arztzentriertes Klären	
Differentialdiagnostische Einordnung /Klärung von Red Flags ggf. zur Qualität, Quantität und Verlauf Klärung der Auslösesituation Klärung weiterer Beschwerden Abhängig vom Beratungsanlass bereits jetzt: vegetative Anamnese, Vor und bekannte Krankheiten und bestehende Medikation, ggf. Vor- und Mitbehandler und bisherige Behandlungsstrategien	direkte Fragen Offene Fragen: Wie? Wo? Wie oft? Wann wird es besser, wann schlechter? Seit wann? Wer war dabei? „Haben Sie noch weitere Beschwerden?“

3. Modul: Erfragen und Einordnen der geschilderten Beschwerden im psychosozialen Kontext	
	<p>„Was sagt Ihre Mutter, Vater, Partner, Arbeitskollegen... zu Ihren Beschwerden?“ Beeinträchtigung im Alltagsleben? „Was wäre anders, wenn Sie diese Beschwerden nicht hätten?“</p>
<p>Ggf. wahrgenommene Gefühle benennen oder aktiv erfragen (ggf. auch schon im patientenzentrierten Teil)</p>	<p>„Ich sehe, dass Sie sehr ängstlich sind.“ „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Suizidalität ggf. abklären.“</p>
4. Modul: Bewältigungsstrategien des Patienten erfragen – auf seine Ressourcen achten	
	<p>Bewältigungsstrategien des Patienten und deren Folgen (kurzfristig/langfristig) explorieren: „Was haben Sie selber unternommen, um...“ „Was tun Sie, wenn Sie sich schlecht fühlen, sich ungerecht behandelt fühlen, Sie Schmerzen haben?“ Wie gut und wie dauerhaft funktioniert das?</p>
5. Modul	
<p>Biografische Anamnese</p>	<p>Welche Rolle spielte Schmerz in Ihrer Herkunftsfamilie, wie wurde damit umgegangen? Ggf.: Wie wurde in der Herkunftsfamilie mit früheren Erkrankungen des Patienten umgegangen? Auf den Geburtsort und Zeitpunkt achten (z.B. Kriegskinder, Erfahrung von Vertreibung, kultureller Hintergrund) Alter der Eltern bei Geburt und deren Beruf erfassen (z.B. Mutter: +28, Fleischfachverkäuferin) Geschwisterreihe erfassen (z.B.: m + 2) Achten auf lebensgeschichtliche Leistungen, Trennungen, Verluste- Wie wurden Schwellensituationen gemeistert? Schulischer Werdegang, Ausbildung, derzeitige Arbeitssituation Familienstand –eigene Kinder/Enkel</p>
<p>Krankheitsspezifische Familienanamnese</p>	
6. Modul	
<p>Zusammenfassen, Ziele des Patienten erfragen und abstimmen, diagnostisches Vorgehen gemeinsam abstimmen</p>	<p>Bei der Abstimmung von Zielen auf Ambivalenzen des Patienten achten Ggf. jetzt schon den Endpunkt der Diagnostik benennen und mögliches Ergebnis</p>
<p>Terminstruktur absprechen</p>	