

# DEGAM

## Das anamnestische Erstgespräch

DEGAM-Praxisempfehlung

Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin e.V.





Die Praxisempfehlungen zur hausärztlichen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung. DEGAM-Praxisempfehlungen verstehen sich als Hilfen für die Verbreitung von Leitlinien, deren Themen in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung sind.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

#### **DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien**

c/o Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Ulm  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm  
leitlinien@degam.de

© **DEGAM 2022**

#### **Herausgeber**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

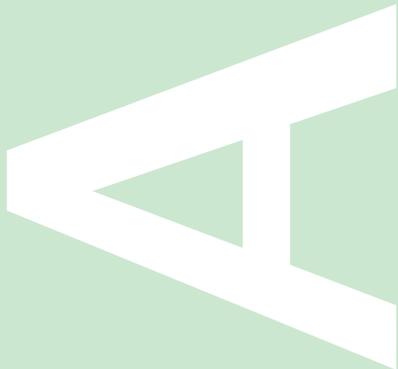
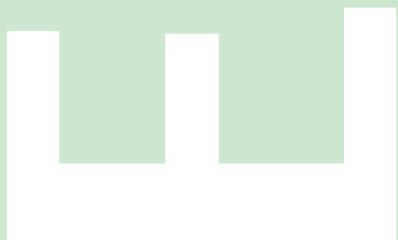
#### **Herstellung**

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM  
Federführung: Dr. Iris Veit, Yorckstr. 26 10965 Berlin,  
info@irisveit.de

Wesentlich beteiligt an der Erstellung ist die Österreichische Gesellschaft für Psychotherapie und Psychosomatik in der Allgemeinmedizin (ÖGPAM), vertreten durch die Präsidentin Dr. Barbara Hasiba.

Autorengruppe: Iris Veit, Rahul Mukherjee, Thomas Steger, Ottomar Bahrs, Barbara Hasiba, Tanja Altmann

Diese Empfehlung wurde in einem mehrjährigen Prozess der Überarbeitung durch Kolleginnen und Kollegen, die in der Aus- und Weiterbildung und in der Versorgung tätig sind und linguistischer und soziologischer Experten erstellt. Der zur Erstfassung führende Prozess beinhaltet insgesamt drei Workshops einschließlich der Auswertung transkribierter und videografiertes Videos von Erstgesprächen und ausführlicher

A large, white, stylized letter 'M' is positioned on the left side of the page, set against a light green background. The letter has a thick, blocky appearance with a slight shadow effect.A large, white, stylized letter 'A' is positioned on the left side of the page, set against a light green background. The letter has a thick, blocky appearance with a slight shadow effect.A large, white, stylized letter 'G' is positioned on the left side of the page, set against a light green background. The letter has a thick, blocky appearance with a slight shadow effect.A large, white, stylized letter 'E' is positioned on the left side of the page, set against a light green background. The letter has a thick, blocky appearance with a slight shadow effect.A large, white, stylized letter 'D' is positioned on the left side of the page, set against a light green background. The letter has a thick, blocky appearance with a slight shadow effect.

Literaturrecherche. Die Revision stützt sich auf drei weitere analog aufgebaute Workshops, in denen weitere Erstgespräche und die Handlungsempfehlung selbst zur Diskussion gestellt wurden; sie stützt sich weiter auf Rückmeldungen in der Aus- und Weiterbildung. Schließlich wurde die Literaturlbasis nach weiteren Recherchen aktualisiert und wesentlich erweitert.

**Erstfassung 11/2017**

**Revision 06/2022**

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie der Herausgeberin. Sie übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

---

## Inhalt

<b>0</b>	<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Ziele der Praxisempfehlung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Literaturangaben</b>	<b>14</b>

## 0 Vorwort

Die Anamnese ist die häufigste Aufgabe der Gesprächsführung in der hausärztlichen Praxis. Die Praxisempfehlung konzentriert sich auf die Gesprächsführung bei bislang unbekanntem Patientinnen oder Patienten. Die Schritte der Anamneseerhebung im Prozess dieses Gesprächs werden dargelegt, um am Beginn der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt eine Grundlage für eine empathische, kooperative Beziehung zu legen und Fehlversorgung zu vermeiden. Diese Schritte gründen sich auf dem, in den Zukunftspositionen der DEGAM und im Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung dargelegten hausärztlichen Versorgungsauftrag [1].

Angesichts der Zunahme der chronisch kranken Patientinnen und Patienten wird es immer wichtiger, die bestehenden Selbsthilfepotentiale der Patientinnen und Patienten aufzugreifen und zu unterstützen. Primary care erweitert sich zu primary health care [2,3], und dies erfordert einen an den Gesundheitszielen der Patienten orientierten erweiterten Dialog [4,5]. Dass sich Versorgungsstrukturen auch diesem veränderten Versorgungsauftrag anpassen müssen, ist nicht Gegenstand dieser Praxisempfehlung.

## 1 Ziele der Praxisempfehlung

In der Praxisempfehlung wird dieser Anspruch an den hausärztlichen Versorgungsauftrag für das anamnestische Erstgespräch mit einer bisher unbekanntem Patientin oder einem Patienten konkretisiert. Die dafür vorgeschlagene Ablaufstruktur ist in ärztlicher Haltung situationsentsprechend flexibel zu nutzen und macht von einem Werkzeugkasten von verbalen Interventionen Gebrauch. Sie dient den folgenden Zielen [6,7]:

1. die Herstellung einer kooperativen, hilfreichen Beziehung
2. die Wahrnehmung und Klärung
  - des Behandlungsanliegens auf der Beschwerde- und der Beziehungsebene [8,9],
  - der Beschwerden im Hinblick auf Qualität (Wie und Wo?), Quantität (Wie schwer?), Verlauf (Seit wann? Wie oft? Ausnahmen?), weitere Beschwerden und Auswirkungen im Alltagsleben auch für die Zugehörigen [10],
  - der Sichtweise, Bedeutungsgebung und der daraus folgenden Anliegen der Patientinnen und Patienten [10,11,12,13],
  - des Kontexts zu früheren Beschwerden und deren Bewältigung, vorangegangenen professionellen (besonders der Medikation) oder eigenen Behandlungsmaßnahmen, zu aktuellen und früheren Beziehungs- und Krisenerfahrungen und zum persönlichen und sozialen Umfeld [13,14,15,16,17,18],
3. dem Einordnen  
verstanden als Übersetzen der geschilderten Beschwerden in diagnostische Kategorien durch Hypothesenbildung, Prüfung dieser durch Fragen im Prozess der Diagnostik, Festlegung des weiteren Vorgehens gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, um letztlich eine Diagnose zu generieren [19],
4. dem Erkennen von Ressourcen der Patientinnen und Patienten  
verstanden als körperliche Voraussetzungen, Lebensleistungen, psychosoziale Kompetenzen sowie erreichbarer Unterstützung,
5. dem gemeinsamen Absprechen von sinngebenden Zielen und des weiteren Vorgehens [4,5,20,21],
6. der Selbstreflexion [22] und Dokumentation – auch für das Behandlersteam.

Eine **kooperative, hilfreiche Beziehung herzustellen**, ist ein zentrales Anliegen hausärztlicher Versorgung. Deshalb sollen die Anliegen der Patientinnen und Patienten, ihre Lebenswirklichkeit, ihre Ressourcen und ihre Partizipation in **allen** Interaktionen in der Hausarztpraxis Raum haben. Doch für das Gelingen dieser Beziehung ist **besonders der Anfang** richtungsweisend, bedeutungsvoll und auch zeitsparend. Deshalb will diese Praxisempfehlung Zeit und Aufmerksamkeit in den Anfang der Beziehung legen und den Patientinnen und Patienten Raum geben, selber zu erzählen und ihre Perspektive darstellen zu können [7,13,14,16,23,24]. Den

Patientinnen oder Patienten **zuhören** [13,17] und dies auf sich wirken lassen, kann Hausärztinnen und Hausärzte helfen, sich auch eigener Emotionen und Handlungsimpulse bewusst zu werden. Dies kann dazu beitragen, vor impulsivem Handeln zu schützen, Kontextfaktoren und Warnsymptome zu übersehen und helfen, Über- und Unterdiagnostik sowie unnötige Therapie zu vermeiden [10,25,26,27,28]. Eine gute Beziehung verbessert die Outcomes der Patientinnen und Patienten [18,29,30,31,32,33].

Beziehungsmuster der Patient-Arzt-Beziehung beeinflussen das ärztliche diagnostische und therapeutische Handeln von Beginn an. Deshalb sollten Hausärztinnen und Hausärzte (und andere am Versorgungsprozess Beteiligte) bereits zu Beginn der Beziehung versuchen, solche Muster zu erkennen und zu verstehen [6,7]. Sie vermitteln sich Hausärztinnen und Hausärzten durch Beobachtung der Patientinnen und Patienten in ihrer Mimik, Gestik, Wortwahl und Redefluss sowie durch Wahrnehmung der Szene, die die Patientinnen und Patienten mit anderen bereits an der Anmeldung oder im Sprechzimmer gestalten. Ebenso wie die Beobachtung des Anderen trägt während des Gesprächs selbst die **reflektierte Wahrnehmung der eigenen, ärztlichen Gefühle** zum Verstehen bei [7,12,26,27,34,35,36,37,38,39]. Solche Ersteindrücke können im weiteren Verlauf der Betreuung verändert und ergänzt werden. Auf dem Fundament des Verstehens des Anderen kann ein wechselseitiges Bezogensein gebaut werden, das einen gemeinsamen Behandlungsweg ermöglicht. Patientenseitig eröffnet sich die Möglichkeit, eine andere Beziehungserfahrung als bisher gewohnt zu machen [40].

Das wechselseitige Bezogensein ermöglicht es, den ethischen Grundsatz der gemeinsamen Problemaushandlung und Formulierung von individuellen Gesundheitszielen zu verwirklichen (siehe Modul 5). Diese **Partizipation** ist zu einem ethischen Grundsatz in der Medizin geworden [41]. Partizipation stärkt die Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten, fördert einen kooperativen Behandlungsprozess und führt zu besseren Outcomes [5,18].

Bereits in und durch die Anamnese sollen die **salutogenen Fähigkeiten** der Patientin oder des Patienten erfahrbar gemacht und gestärkt werden [42,43,44]. Die Anerkennung bisheriger Leistungen im Umgang mit Krankheit und Belastungen sowie Ermutigung und Fürsorge erhöhen ihre Überzeugung von Selbstwirksamkeit. Die Anerkennung des erfahrenen Leids ist in vielen Fällen Voraussetzung dafür, gemeinsam neue Spielräume zu erschließen. Dem dienen die in Modul 4 genannten Fragen.

**Das Patientanliegen entfaltet sich im gesamten Verlauf des Gesprächs** [45,46]. Manches Anliegen kann oder will die Patientin oder der Patient nicht formulieren [16,47]. Doch was sie am Beginn der Behandlung als ihre Anliegen bereits formulieren können und wollen, ist auch vom Angebot und den Fragen der Ärztin oder des Arztes abhängig.

Zuhören ermöglicht der Ärztin oder dem Arzt, auch nicht verbalisierte Anliegen wahrzunehmen [7]. Weil fast jeder Arztbesuch eine Vorgeschichte in der Familie und im erweiterten Umfeld der Patientinnen und Patienten hat, sollten sich die Ärztin oder der Arzt bei jedem Erstkontakt die Fragen stellen: „Warum gerade hier und bei mir?, warum gerade jetzt?, warum gerade so, z. B. in Begleitung von einem Zugehörigen?“ [11].

Beschwerden und Krankheiten sind nur in einem **bio-psycho-sozialen und ökologischen Kontext** zu verstehen. Die Beschwerden von Beginn an im aktuellen psychosozialen und lebensgeschichtlichen Kontext, besonders in Beziehungen zu anderen zu klären, ist Teil des familienmedizinischen Auftrags, um Fehlversorgung und Missverständnisse zu vermeiden und Unterstützung von Familie, Nachbarschaft und Arbeitsfeld einzubeziehen [6,15, 48,49,50,51]. Die „erlebte Anamnese“ der Hausärztinnen oder Hausärzte auf Grund ihrer möglichen Kenntnis von Angehörigen, Nachbarn und sozialen Bezügen (wie in den DEGAM Zukunftspeditionen beschrieben) oder auch Fragebögen oder Mitteilungen der Vorbehandelnden oder aus ihrem Team können wichtige Anregungen liefern. Diese ergänzen die Anregungen, die sie aus der Szene im Sprechzimmer und Schilderungen der Patienten gewinnen, ersetzen aber niemals ihre Aufgabe, die subjektive Sichtweise und Bedeutungsgebung ihrer Patientinnen und Patienten zu erfragen.

Den Kontext in Erfahrung zu bringen, erhöht die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten [17,18,34,52,53,54].

Die biografische Anamnese dient dem Erkennen von Mustern im Verhalten der Patientinnen und Patienten [6] und kann Hinweise darauf liefern, wie diese geworden sind, wie sie sind und über welche Ressourcen und Vorerfahrungen sie verfügen. Early-life-distress und lang andauernde Belastungssituationen sind bedingende Faktoren vieler, auch chronischer Erkrankungen. Darüber hinaus können Hausärzte nur ressourcenorientiert intervenieren und die Lebensleistungen ihrer Patienten würdigen, wenn diese ihnen überhaupt bekannt sind [45]. Ein Genogramm kann für die Dokumentation hilfreich sein, das auch zusammen mit der Patientin und dem Patienten erstellt werden kann. Weil die sozioökonomischen Verhältnisse (verfügbares Geld und Wohnsituation), kulturelle Herkunft (ggf. mit Erfahrungen von Krieg, Flucht und Vertreibung), religiöse Verortung, Eingebundensein in soziale Gruppen wie Familie, Nachbarschaft und Vereine die individuellen Ressourcen der Patientinnen und Patienten beeinflussen, sollten sie auch erfragt werden [55,56].

Solche Fragen sind Teil einer „diversitätssensiblen“ Medizin“ [57,58].

**Einordnungen und Zusammenfassungen** sollten wiederholt während des anamnestischen Gesprächs angeboten werden. In solche Zusammenfassungen fließen arztseitige Hypothesen und Deutungen ein. Die Patientin oder der Patient kann sich dazu äußern, sie annehmen, ergänzen oder auch nicht. Auf diese Weise können Zusammenfassungen helfen, das Verständene zu überprüfen, ein abgestimmtes Vorgehen zu entwickeln, und der Verständnis- und Handlungsspielraum der Beteiligten kann erweitert werden [18,59].

Manche Werte- und Zielvorstellungen ihrer Patientinnen und Patienten können Ärztinnen und Ärzte vor dem Hintergrund ihres eigenen kulturellen und familiären Wertekontexts nicht teilen. Solche Unterschiede sollen wahrgenommen, aber statt zu diskriminierenden Abgrenzungen zu neuen Fragen führen, um den weiteren Dialog zu fördern.

## 2 Rahmenbedingungen

Diese Empfehlung ist nicht auf Beratungsanlässe beschränkt, bei denen psychosoziale Konflikte sofort erahnt und emotionale Belastungen erspürt werden, sondern sollte bei allen **Beratungsanlässen** der Erfassung eines umfassenden Behandlungsauftrags und der Festigung der Patient-Arzt-Beziehung dienen [23,24,60]. Die beschriebenen Module sind auch bei neuen Beratungsanlässen bereits bekannter Patientinnen und Patienten oder wiederholtem Kontakt hilfreich. Bei erneutem Gespräch müssen bereits vorher geklärte Themen und Bezüge nun nicht mehr erfragt werden, sondern können in Zusammenfassungen erinnert werden. Die Reihenfolge der Module kann geändert werden. Die Fragen des ersten Moduls sollen in allen ersten Begegnungen angewandt werden [13].

**Die zeitliche Struktur** wird seitens der Hausarztpraxis vorgegeben und wird je personen- und situationsbezogen angemessen umgesetzt. 20 Minuten können ein ausreichender Zeitraum für ein terminlich geplantes, hausärztliches Erstgespräch sein. Was offengeblieben ist, kann in nachfolgenden Gesprächen ergänzt werden. Wie umfangreich das Erstgespräch ist, hängt auch vom Anliegen der Patientin oder des Patienten ab. Handelt es sich um einen voraussichtlich kurzen einmaligen Kontakt oder um eine langfristig angelegte, hausärztliche Betreuung? Es hängt auch vom ärztlichen Befinden und ärztlichen, zeitlichen Möglichkeiten ab [7,46,60,61].

Die „Spielregeln der Praxis“, die beschreiben, wann wie viel Zeit zur Verfügung steht, sollten transparent gemacht sein. Diese Aufgabe liegt zunächst bei den medizinischen Fachangestellten und kann zu Gesprächsbeginn mit Hausärztin oder Hausarzt in der Sprechstunde aufgegriffen werden.

Für **einen störungsfreien Ablauf des Gesprächs** sind die Hausärztinnen und Hausärzte zuständig. Sie sollten in ihrem Team absprechen, wie mit dringenden Telefonaten und Anliegen des Teams und anderer während eines laufenden Gesprächs umgegangen wird. Ließ sich eine Störung von außen nicht vermeiden, sollte Hausärztin oder Hausarzt sich entschuldigen und durch eine Zusammenfassung den gemeinsamen Gesprächsfaden wieder herstellen.

Weil die Zahl der Patientinnen und Patienten mit mangelnden Lese- und Sprachkenntnissen in den Hausarztpraxen wachsen, sollte im Vorfeld geklärt werden, wie die jeweilige Patientin oder jeweiliger Patient informiert sind und wie Kommunikation mit ihnen unterstützt werden kann.

Der **PC** spielt eine wachsende Rolle für Dokumentation und Information über die Vorgeschichte der jeweiligen Patientin oder des Patienten. Hausärztinnen und Hausärzte sollten im Vorfeld des Gesprächs bereits wissen, wer da auf sie zukommt, und welche Vorinformationen vorhanden sind. Eine gleichzeitige Arbeit am PC während des Gesprächs ist für die Beziehungsgestaltung in der Regel störend [62].

Wenn eine Dokumentation während des Gesprächs unumgänglich ist, sollte das Gespräch unterbrochen und dieses der Patientin oder dem Patienten mitgeteilt werden. Für Online-Gespräche gelten dieselben, hier dargestellten Regeln.

Die **körperliche Untersuchung** ist in diesen zeitlichen Verlauf eingebaut. Sie vermittelt auch durch ihre rituellen Aspekte in Verschränkung mit den verbalen Interventionen Vertrauen und Sicherheit [63].

Das Team der Praxis trägt dazu bei, mehr Informationen über die Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Gegenüber medizinischen Fachangestellten (MFA) entwickeln sich andere Beziehungskonstellationen als zur Ärztin oder zum Arzt, die zum Verstehen der Patientin oder des Patienten erweiternd sein können. Es sollten Strukturen in der Praxis vorhanden sein wie zum Beispiel Fallbesprechungen, die diese Kompetenz der MFAs nutzen. Solche Besprechungen können auch Verständigungsprobleme innerhalb des Teams erhellen, denn unterschiedliche Rollen tragen zu unterschiedlichen Beziehungserfahrungen bei [6].

Für die Dokumentation und Selbstreflexion sollte von vornherein Zeit berücksichtigt werden.

### 3 Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen

1. Modul: Patientenzentrierung	
<b>Begrüßung und Eröffnung</b>	Vorstellen, namentliche Ansprache wünschenswert; wenn Patientin oder Patient nicht von sich aus anfängt, seine Beschwerden zu schildern, einleiten: „Was führt Sie zu mir/uns?“ „Ich möchte Sie heute besser kennenlernen.“
<b>Zuhören Dasein und Nichts tun – Einstimmen auf Patienten</b>	Achten auf Mimik, Gestik, Wortwahl, Modulation und Sprachfluss, Körperhaltung, Kleidung und äußerer Eindruck, Stimmung und mnestische Fähigkeiten; welche Bilder/Metaphern gebraucht der Patient, welche Szenen werden geschildert? Wie wird die Interaktion mit der Ärztin oder dem Arzt gestaltet (Warum gerade hier, warum gerade jetzt, warum gerade so)? Möglichst keine Fragen stellen. Auf die eigenen Gefühle achten!
<b>Aktives Zuhören</b>	Aktiv zum Erzählen ermuntern durch Körpersprache (Nicken, Bestätigen durch „Mmh“, „Ja“-sagen und zum gemeinsamen Nicken kommen, Lächeln), Warten (Gesprächspausen zulassen), Wiederholen, Spiegeln und Markieren, Zusammenfassen.
<b>Erfragen der Patientenperspektive der Auffassung der Krankheitsentstehung, des bisherigen Umgangs mit den Beschwerden, des Vorwissens, der Befürchtungen, der Erwartungen</b>	„Was ist Ihre Erklärung, woher die Beschwerden kommen?“ „Haben Sie eine bestimmte Befürchtung?“ „Was hat bisher geholfen, was weniger?“ „Haben Sie schon eine bestimmte Vorstellung wie ich Ihnen helfen soll/kann?“ „Was ist für Sie im Moment das Wichtige?“
<b>Zusammenfassen</b>	„Verstehe ich Sie richtig, dass...?“ Annehmen des Leids und der Bemühungen der Patientin oder des Patienten: „Da haben Sie ja viel Leid erlebt!“ (Zusammenfassungen sollten wiederholt werden.) Abschließende Frage: „Ist noch etwas wichtig für Sie? Haben Sie ein weiteres Anliegen?“

## 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, Suchtverhalten, vorherige und begleitende Krankheiten, Unverträglichkeiten/Allergien und bestehende Medikation, ggf. Vor- und Mitbehandlung und bisherige Behandlungsstrategien

Direkte Fragen

Offene Fragen:

Wie? Wo? Wie oft? Wann wird es besser, wann schlechter? Gibt es Ausnahmen?

„Seit wann?“

„Wer war dabei?“

„Haben Sie noch weitere Beschwerden?“

## 3. Modul:

### Erfragen und Einordnen der geschilderten Beschwerden im psychosozialen Kontext

**Erfragen der Beeinträchtigung im Alltagsleben**

„Was gelingt Ihnen nicht mehr so gut wie zuvor?“

„Wann geht es Ihnen besser?“

„Was wäre möglich, wenn Sie diese Beschwerden nicht hätten?“

**Erfassen des Kontexts durch Fragen nach den Sichtweisen Anderer**

„Was meint Ihre Mutter, Vater, Partner, Arbeitskollegen.... Zu Ihren Beschwerden?“

**Ggf. wahrgenommene Gefühle benennen oder aktiv erfragen (ggf. auch schon im patientenzentrierten Teil Modul 1)**

„Ich sehe, dass Sie dies sehr ängstlich/besorgt/ärgerlich macht.“

„Ihre Augen strahlen, wenn...“

„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“

#### 4. Modul: Bewältigungsstrategien der Patientin oder des Patienten erfragen – auf Ressourcen achten

Patientenseitige Bewältigungsstrategien explorieren:  
 „Was haben Sie selber unternommen, um...?“  
 „Was tun Sie, wenn Sie sich schlecht fühlen, sich ungerecht behandelt fühlen, Sie Schmerzen haben?“  
 „Was hat geholfen? Was weniger?“  
 „Wie gut und wie dauerhaft funktioniert das?“  
 Ressourcen (eigene Stärken, Lebensleistungen, Hobbies usw.) erfragen und würdigend festhalten. Das eröffnet Möglichkeitsräume.  
 „Was haben Sie gut bewältigt in Ihrem Leben?  
 Wer hat Ihnen dabei geholfen?  
 Wer oder was könnte Ihnen heute helfen?“

#### 5. Modul: Biografische und krankheitsspezifische Familienanamnese

##### Biografische Anamnese

„Welche Rolle spielte Schmerz/frühere Erkrankungen in Ihrer Herkunftsfamilie, wie wurde damit 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.

##### Krankheitsspezifische Familienanamnese

„Welche Bedeutung hat für Sie, dass...?“  
 „Wie wurde damit umgegangen?“

## 6. Modul: Ziele, Vorgehen und Terminstruktur

**Zusammenfassen, Ziele des Patienten erfragen und abstimmen, diagnostisches Vorgehen gemeinsam abstimmen**

Bei der Abstimmung von kurz- und langfristigen Zielen auf Ambivalenzen und Autonomie der Patientin oder des Patienten achten und diese erfragen. „Was soll denn für Sie wieder - oder trotzdem- möglich werden?“  
Ggf. jetzt schon den Endpunkt der Diagnostik und mögliches Ergebnis benennen.

**Proaktiv Terminstruktur absprechen und Verabschieden**

„Kommen Sie in ....Tagen/Wochen wieder, um gemeinsam Ihre Beschwerden zu überprüfen. Entspricht das Ihren Vorstellungen?“  
Abhängig vom Beratungsanlass sollten die Alarmsymptome vermittelt werden, die zum erneuten Aufsuchen der Praxis führen sollten.  
(ggf. abschließende Frage: „Habe ich das Wichtige verstanden, was Ihnen heute am Herzen liegt?“)

## 7. Modul: Modul Reflexion und Dokumentation, ggf. Einbeziehung des Praxisteam

Nach Beendigung des Gesprächs sollte Zeit bestehen, das Gespräch aus der Distanz zu durchdenken. Empfohlen wird die Dokumentation der Fakten und individueller Erinnerungshilfen.

## 4 Literatur

1. DEGAM Positionspapier Psychosomatische Grundversorgung  
<https://www.degam.de/positionspapiere.html>
2. WHO: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future; 2018; <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2018/from-alma-ata-to-astana-primary-health-care-reflecting-on-the-past,-transforming-for-the-future-2018>
3. Rojatz D, Nowak P, Bahrs O, Pelikan JM. The Applikation of Salutogenesis in Primary Care. In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM et al. The Handbook of Salutogenesis. 2nd Edition 2021; Wiesbaden: Springer Verlag: 419-432
4. Waters D, Sierpina VS. Goal-Directed Health Care and the chronic pain patient: a new vision of the healing encounter. *Pain Physician* 2006; 9: 353-60
5. Huber M, Jung HP, von den Brekel-Dijkstra K. Handbook Positive Health in Primary Care – The Dutch Example. Houten 2022. bohn sbafleu van oghum
6. Veit I. Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung-Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. 2018; Stuttgart: Kohlhammer Verlag
7. Koerfer A, Albus C (Hrsg.). Kommunikative Kompetenz in der Medizin - Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. 2018; Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung
8. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M. Patient´s ideas, concerns, and expectations in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 2009; 59: 29–36
9. Guassora AD, Johansen ML, Malterud K. Agenda navigation in consultations covering multiple topics. A qualitative case study from general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(3):339-347
10. Little P, Everitt H. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001; 323: 908–911
11. Takemura YC, Atsumi R, Tsuda T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? *Fam Med* 2008; 40: 253-8
12. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277: 678-82
13. Zulmann D ,Haverfield M.C, Shaw J G et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter Kommunikation. *JAMA* 2020; 323(1):70-81
14. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Internal Med*.1984; 101: 692–6
15. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patie'nt's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-87
16. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50.
17. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 175-81
18. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277: 350-6

19. Ebbecke-Nohlen A .Symptome – Diagnostik – Therapie. In: Zwack JNE/ Nicolai E (Hrsg.) Systemische Streifzüge. 2014; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 60–70
20. Bahrs O, Heim S, Löwenstein F, Henze KH: Review Dialogues as an Opportunity to Develop Life Course Specific Health Goals; *The International Journal of Person Centered Medicine* 2017, 7 (2): 98-106
21. Barry CA, Stevenson FA, Britten N et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice 2001; *Social Science & Medicine*, 53: 487–505
22. Hasiba B. Das hausärztliche Gespräch angesichts der Symptome bei Angst und Panik, *Allgemeinmedizin* up2date 2020; Stuttgart: Thieme Verlag: 1: 79–96
23. Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O: Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?; *Z Allg Med* 2004; 80: 53-57
24. Bahrs O, Dingelstedt A: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten; in: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor* 2009; Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung: 80-101
25. Rakei DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009; 41: 494-501
26. Kushnir T, Kushnir J, Karel A, Cohen AH. Exploring physicians perceptions of the impact of emotions during interactions with patients. *Fam Pract* 2011; 28(1): 75-81
27. Veit I. Ärger in der Arzt-Patient-Beziehung. *Z Allg Med* 2014; 90(4): 182-186
28. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen Ein Handbuch 2021. Stuttgart: Kohlhammer:117-136
29. Del Canale S, Louis DZ, Maio V. 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: 1243-9
30. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *J Health Commun* 2018; 3: 3-36
31. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 25-38
32. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E. Continuity of care with doctors -a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018: e021161.
33. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152(9): 1423-37
34. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med* 2011; 86: 359-64
35. Ekman E, Halpern J. Profession distress and meaning in health care: Why professional empathy can help. *Social Work Health Care* 2015; 54(7): 633-50
36. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 9-13.
37. Silva JV, Carvalho I. Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens? *Perm J*. 2016; 20(3): 1225-229

38. Epstein R M, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1731-9
39. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen Ein Handbuch 2021; Stuttgart: Kohlhammer: 52-64
40. Bahrs O: „Oh God, there are people respecting me, indeed.“ – Review dialogues as an opportunity to initiate processes of de-stigmatizing; *Dynamische Psychiatrie - Dynamic Psychiatry* 2018; (51): 44-62
41. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50
42. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: A clinical modal for general practice. *Family Practice* 1995; 12: 423-29
43. Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice – Key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1998; 16: 66–71
44. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke 1997: Tübingen:DGVT
45. Bahrs O: Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit; Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *GGW* 2003; 3(1): 17-23
46. Appleyard J, Mezzich JE. (Eds). *Seeking the Person at the Center of Medicine* 2021; Legend Press Ltd. UK.
47. Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, van Dulmen S, van den Brink A. The Unexpected in Primary Care – A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda. *Annals of Family Medicine* 2004; 25: 534-40
48. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Internal Med.*1984; 101: 692–6
49. Sturm E, Bahrs E, Dieckhoff D et al. (Hrsg.). *Hausärztliche Patientenversorgung – Konzepte – Methoden* 2006; Stuttgart:Thieme Verlag
50. Kalitzkus V, Wilm S. Familie in der Medizin – Familienmedizin. In: Wonneberger A, Weidtmann K, Stelzig-Willutzki S (eds). *Familienwissenschaft. Familienforschung.*2018; Wiesbaden: Springer Verlag
51. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen Ein Handbuch 2021; Stuttgart: Kohlhammer: 36-50
52. Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med* 1993; 25:17-20
53. Levinson W. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-559
54. Essers G. Clarifying the role of context in doctor-patient communication. Dissertation, Radboud UMC, Nijmegen 2014 <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/127233/127233.pdf>
55. Pagel C. There is a real danger that covid-19 will become entrenched as a disease of poverty. *BMJ* 2021; 373: 986
56. Daten zur ambulanten Versorgung in Deutschland: <https://www.zi.de/https://www.aerzteblatt.de/archiv/214715/Lebenserwartung-auf-Kreisebene-in-Deutschland>
57. The Lancet Commission: Culture and health 2014 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61603-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61603-2/fulltext)

- 
58. Ludwig S. Diversity in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. GMS Journal for Medical Education 2020 <https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001320.shtml>
  59. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Eval Health Prof 2004; 27: 237-51
  60. Bahrs O. Die Überdeterminierung des Hörens – Der Alltag des Hausarztes erfordert ein biopsychosoziales Konzept. Psychoneuro 2003; 29(5): 212-216
  61. Volck G, Kalitzkus V. Passung im Minutentakt–die Komplexität einer Hausarztpraxis. Z Allg Med 2012; 88(3): 105-111
  62. Noordmann J, Verhaak P, van Beljouw I, van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitioner–patient communication. Family Practice 2010; 27:644–651
  63. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J: Was wünschen Patienten vom Hausarzt? - Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1996; 3, 72, 180-186