

1 Einführung

Warum muss man auch heute noch trotz der vielen diagnostischen Möglichkeiten und bildgebenden Verfahren einen Patienten klinisch und körperlich untersuchen? Zum einen, weil die Körperlichkeit des Patienten für den Arzt und für den Patienten selbst eine unglaublich wichtige Größe ist, zum zweiten, weil man damit Befunde ableiten kann, die dem Patienten selbst noch gar nicht aufgefallen sind und zum Dritten, weil durch keine andere Methode der Kontakt zwischen Arzt und Patient, der die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist, so geschlossen werden kann, wie dadurch, dass der Arzt den Patient, und seine Probleme, wirklich „untersucht“: eine „High-touch“-Medizin ist nicht nur unvergleichlich preisgünstig, sie ist auch Grundlage des Vertrauensverhältnisses, welches Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist. Sicherlich können die klinischen Untersuchungsmethoden in Bezug auf Präzision nicht in jedem Fall mit der modernen Technologie mithalten, sie haben aber einen sehr viel direkteren Kontakt zum Patienten, der sich dadurch auch nicht als Objekt des Medizinbetriebes, sondern als individuelles Subjekt im Gespräch mit seinem Arzt fühlen darf, und somit in seiner Persönlichkeit erkannt und gewürdigt wird.

Dieses kurze Kompendium der klinischen Untersuchungsmethoden ist kein Lehrbuch der Inneren Medizin, noch sonst ein Lehrbuch irgendeines medizinischen Faches, es ist auch ausdrücklich nicht so gedacht. Es ist eine einfache, knappe Darstellung dessen, was man für die routinemäßige Untersuchung eines Patienten benötigt. Es ist also eine sozusagen „technische“ Anleitung, da die klinischen Untersuchungsmethoden den Studierenden häufig nicht so vermittelt werden, dass diese daraus direkt einen Nutzen ziehen können.

Die Untersuchungsverfahren werden so beschreiben, dass sich jeder Studierende in die Untersuchungstechniken einarbeiten kann. Dabei ersetzt die Übung an Gesunden natürlich nie die Erfahrung mit den Kranken, und es ist jedem Medizinstudierenden intensiv zu raten, letztere wo irgend möglich immer wieder zu suchen. Um dabei aber einen Vorteil zu haben, müssen zunächst die Techniken der Untersuchung beherrscht werden.

Dieser Text trägt in sehr einfacher Form, und ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit dazu bei, die Qualität der Patientenversorgung, und damit den Kontakt zwischen Patient und Arzt zu verbessern, nicht zuletzt durch die Maxime, dass das was am Patienten getan und untersucht wird, auch selbst einem Qualitätsstandard genügen muss.

Über das Untersuchen überhaupt

Beim Untersuchen eines Patienten mit der Hand, der „Behandlung“, ist es besonders wichtig, dass die Untersuchungen sehr „zart“ ausgeführt werden. In aller Regel ist es so, dass eine zu „forsche“ Untersuchung eher schadet bzw. verwirrt (weil sie widersprüchliche Ergebnisse liefert), als eine Untersuchung, die sich in den Patienten „einschleicht“. Diese zarte Methode will geübt sein. Sie ist nicht nur für den Patienten viel angenehmer, sondern in den meisten Fällen für den Arzt auch viel ergebnisreicher. Das gilt im Grunde für alle Untersuchungsverfahren, ganz besonders aber für die Untersuchung des Abdomens, für die neurologischen Untersuchungen und für die Untersuchung der Gefäße. Die Nichtbeachtung dieser Prinzipien ist der Haupt-

grund für die häufig unzureichende Qualität der klinischen Befunde in Klinik und Praxis. Es ist wichtig, einen Patienten in Ruhe und ohne Hektik von oben bis unten zu betrachten und zu untersuchen, um sich ein Bild von seinem körperlichen (und seelischen) Zustand machen zu können. Jede sog. „orientierende“ Untersuchung (z.B. „neurologisch orientierend o.B.“, oder noch schlimmer „grob neurologisch o.B.“) kann unterbleiben, weil die Gefahr, dadurch etwas zu übersehen ungleich größer ist als die Chance, damit etwas festzustellen. Falls man keine Zeit hat oder die Untersuchungstechnik nicht beherrscht (oder weil sonstige Bedingungen eine ergebnisreiche Untersuchung verhindern), ist es viel besser, festzuhalten, was nicht untersucht wurde (n.u.), als sich und ggf. nachfolgende Kollegen und Untersucher durch eine unzureichende, ggf. fehlerhafte und als „Befund“ dokumentierte Untersuchung auf eine falsche Fährte zu führen.

! Was nicht optimal erfolgt ist, hat nicht stattgefunden, und kann auch nicht als stattgefunden dokumentiert werden.

Wenn man z.B. ein Geräusch an Lunge oder Herz nicht richtig einordnen kann, soll man das so dokumentieren. Wenn bekannt ist, dass etwas fehlt, kann ein versierter Kollege anschließend den Befund vornehmen. Fatal ist es aber, wenn gesagt wird: „keine Besonderheit“, obwohl es nicht völlig klar war, dass wirklich keine Besonderheit (kein Befund – o.B.) feststellbar war.

Die Nichtbeachtung dieser Regeln ist die Hauptursache für Diagnoseverzögerungen, manchmal mit fatalem Ausgang, für Fehldiagnosen und für Therapiefehler und letztlich für sehr viel menschliches Leid.

»»» Grundsätzlich muss jede Untersuchung am unbedeckten Patienten, in jedem Fall aber unbedeckt in der zu untersuchenden Region, erfolgen.

Herz oder Lunge mit hochgeschlagenem Hemd untersuchen zu wollen, inkludiert den vorprogrammierten Misserfolg, und ist auch gegenüber dem Patienten unfair, weil dieser davon ausgeht, dass der untersuchende Arzt wirklich alles feststellen kann, was dieser unter solchen unzureichenden Untersuchungsbedingungen aber nicht leisten kann.

2 Anamnese

2.1 Allgemeines

Jede Erkrankung hat eine Geschichte

In den seltensten Fällen kommt eine Krankheit aus heiterem Himmel. Erkrankungen haben in der Regel eine „Geschichte“, die sie dem Körper erzählen. Das sind dann Beschwerden und Veränderungen, die nicht immer sofort wahrgenommen werden. Bevor ein Arzt eine sichere Diagnose stellen oder sogar Maßnahmen für eine gezielte Behandlung einleiten kann, muss er möglichst viel über den Betroffenen und seine Krankengeschichte wissen. Aus diesem Grund ist die Erhebung der Krankengeschichte oder Anamnese die erste Maßnahme, die ein Arzt trifft. Ohne eine ausführliche Anamnese sind körperliche und apparative Untersuchung nicht sinnvoll. Die Anamnese soll patientengeleitet sein (auch wenn der Arzt führt). Sie sollte umfassend und nicht symptomzentriert stattfinden. Die Anamnese stellt die Basis für eine Patientenbeziehung dar. Sie erfolgt nach Schema (von dem aber nach Übung auch abgewichen werden kann).

Alles kann mit Allem zusammenhängen

Der Arzt sollte nach Erkrankungen bzw. Beschwerden der einzelnen Organsysteme fragen. Dabei sind nicht nur die im Moment

aktuellen Erkrankungen wichtig. Auch früher durchgemachte Erkrankungen sind von Bedeutung. Auch nach stattgefundenen Operationen und erlittenen Verletzungen wird gefragt.

Die Therapie muss auf den körperlichen Zustand des Betroffenen abgestimmt werden

Der Arzt braucht all diese Angaben, um den allgemeinen Gesundheitszustand des Betroffenen beurteilen zu können. Bei einer medikamentösen Behandlung müssen z.B. Störungen von Niere und Leber beachtet werden. Auch können einige Erkrankungen das aktuelle Beschwerdebild beeinflussen. Bei Diabetes mellitus beispielsweise können durch den erhöhten Blutzucker die Funktionen der Nerven in Mitleidenschaft gezogen worden sein. Dies kann sich in Missempfindungen oder Empfindungsstörungen äußern, die die Beschwerden bei einem Bandscheibenvorfall überlagern. Auch kann die allgemeine Schmerzempfindlichkeit durch die Erkrankung herabgesetzt sein, sodass Schmerzen nur vermindert wahrgenommen werden.

2.2 Struktur der Anamnese



- jede Anamnese ist einmalig
- Anamnesen brauchen unterschiedlich viel Zeit (wenige Minuten bis mehrere Stunden, evtl. über mehrere Termine verteilt)
- Anamnesen sind nie „fertig“

2.2.1 Ablauf

1. Begrüßung/Vorstellung
 - Blickkontakt aufnehmen
 - Patienten begrüßen
 - eigenen Namen nennen

- Wurde der Namen des Pat. verstanden? Ggf. nachfragen!
2. erster Eindruck/Situationsgestaltung
 - ersten, spontanen Eindruck vom Patienten registrieren (Gestik, Mimik, Geruch, sichtbare Krankheitszeichen, gepflegt? altersentsprechend?)
 - günstige Situation schaffen: z.B. andere Personen im Raum?
 - Pat. auf Gespräch eingestellt?
 - Sitzposition, Lichtverhältnisse, Ruhe, ggf. Übersetzer
 3. erste Orientierung
 - Ist der Pat. ansprechbar?
 - Kann er/sie mich verstehen und mir antworten? Hierzu werden offene Eingangsfragen verwendet: z.B. „Was führt Sie zu mir?“ oder „Aus welchem Anlass sind Sie ins Klinikum gekommen?“, „Wie geht es Ihnen?“
 4. Patienten Raum geben, zuhören („4 Ohren“)
 - Womit beginnt er/sie das Gespräch?
 - Wie spricht er/sie?
 - Wie gut strukturiert der Pat. die Schilderung?
 - Ist er/sie affektiv beteiligt?
 - Selbst-/Beziehungsbotschaft?
 - Appell?
 5. gezielte Symptomanamnese
 - Welches Leitsymptom besteht?
 - Sind weitere Symptome zu erfragen?
 - jeweils 7 *Qualitäten* erfragen: zeitlicher Ablauf, Qualität, Intensität, Lokalisation/Ausstrahlung, Begleitzeichen, Verschlimmerung/Linderung, Umstände
 - Bezüge zu Biografie/Lebenssituation im Auge behalten

Beispiel

Eine 77-jährige Patientin spricht lange über ihre Inappetenz und einen Gewichtsverlust von 8 kg. Dem Untersucher fallen die 2 Eheringe an der rechten Hand auf. Die gezielte Frage nach dem verstorbenen Ehemann „klärt“ die Ursache des Gewichtsverlustes.

6. allgemeine Krankheitsanamnese/Eigenanamnese
 - Vorerkrankungen (Art, Zeitpunkt, Behandlung, evtl. Chronifizierung, Residuen, Folgeschäden)
 - aktuelle Begleiterkrankungen, Unfälle/Verletzungen, Operationen
7. Medikamentenanamnese
 - Welche Medikamente?
 - Dosierung?
 - seit wann?
 - frühere relevante Medikation, Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten, Allergien?
8. psychosoziale und Berufsanamnese/Sozialanamnese
 - Familienstand, Kinder, wichtige Beziehungen
 - Bindungsverhalten, Sexualanamnese (soweit erforderlich)
 - Gruppenzugehörigkeiten/Hobbies
 - berufliche Situation (Schadstoffe, Zeitdruck ...)
 - psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konflikte, „Stress“, Veränderungen der Lebenssituation, Ängste/Sorgen um aktuelle Symptomatik/Erkrankung)
 - psychosoziale Ressourcen (Unterstützung durch Angehörige, Freunde)
 - gelungene Krankheitsbewältigung in der Anamnese
 - psychische Vorerkrankungen
 - psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlung
9. vegetative, Risiko- und Systemanamnese
 - vegetative Funktionen (Appetit, Nahrungsunverträglichkeiten, Gewichtsabnahme oder -zunahme, Durst, Verdauung, Miktion, Schlaf, psychosomatische Reaktionsbereitschaft)
 - Suchtverhalten (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, süchtiges Essverhalten)
 - Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes, Adipositas [Größe, Gewicht: Umrechnung in BMI], Cholesterinspiegel, sonst. Stoffwechselstörungen)
 - Organsysteme (z.B. Vorerkrankungen, Risiken, Allergien komplettieren)

10. Familienanamnese
 - Ziel: genetisches Risiko, erlerntes Verhalten und Belastungen durch familiäre Erkrankungen eruieren
 - erbliche oder genetisch mitbedingte Erkrankung bei Eltern, Geschwistern, Kindern (z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Malignome, „Erbkrankheiten“)
 - vorzeitige Todesfälle, ggf. Todesursache
 - psychische/psychosomatische und Suchtkrankheiten in der Familie
 - Umgang mit Krankheit in der Familie (z.B. Klagsamkeit vs. Bagatellisierung)
11. Klärung offener Fragen
 - Reflexion: „Habe ich alles erfahren?“
 - Frage an Patienten: „Haben wir noch etwas Wichtiges vergessen?“
 - Frage an Patienten: „Haben Sie noch Fragen an mich?“
 - differenzial-/diagnostische Überlegungen
 - ggf. Komplettierung der offenen Punkte
 - ggf. Verdachtsdiagnose mit Pat. besprechen
12. Klärung weiteres Vorgehen und Verabschiedung
 - mit Patienten besprechen: Was ist als nächster Schritt geplant (z.B. körperliche Untersuchung, weiteres Gespräch zur Erweiterung der Anamnese, apparative Diagnostik, Behandlung)
 - Achtung: keine vorschnellen Diagnosemitteilungen, Ratschläge oder Behandlungsempfehlungen!
 - ggf. Vereinbarung eines neuen Termins. Verabschiedung!
13. Fremdanamnese
 - Sollte keine Eigenanamnese möglich sein, so muss eine Fremdanamnese erhoben werden (Angehörige, Pfleger, Augenzeugen, ...).

2.3 Fragentypen

- offene Fragen: z.B. „Wie geht es Ihnen?“
- Interpretationsfragen („Welche Bedeutung hat der Schmerz in Ihrer momentanen Lebenssituation?“)
 - **Vorteil:** Freiheit für den Patienten, auch Unerwartetes mitzuteilen
 - **Nachteil:** unspezifische/evtl. wenig wegweisende Antworten
- geschlossene Fragen
 - direkt („Haben Sie hier Schmerzen?“)
 - Sondierungsfragen („Leiden Sie an Allergien?“)
- „W-Fragen“ (= Ergänzungsfragen: wann, wer, wie, wo?)
- Konfrontationsfragen, z.B. zur Klärung der Compliance („Haben Sie die Medikation gelegentlich weggelassen?“)
- dichotome Fragen („Tut es weh oder nicht?“)
- Katalogfragen („Ist der Schmerz brennend, bohrend, stechend, reißend?“)
 - **Vorteil:** spezifischere Informationen
 - **Nachteil:** eingegengtes Antwortspektrum
- Suggestivfragen sind in der Regel verboten! („Heute Morgen haben Sie doch Schmerzen gehabt?!“ „Sie möchten also krankgeschrieben werden?“)



Gute Fragen sind ...

- ... klar
- ... kommen zum richtigen Zeitpunkt
- ... fördern die Antwortbereitschaft des Patienten
- ... bringen das Gespräch inhaltlich weiter
- ... fördern die Kommunikation
- ... lassen Empathie seitens des Arztes erkennen

Schlechte Fragen ...

- ... sind suggestiv (offenbaren evtl. Vorurteile des Fragenden)
- ... wiederholen sich (deuten evtl. auf Ungeduld des Arztes hin)
- ... sind „überfallartig“ (lassen den Patienten evtl. „in Deckung gehen“)