

Anamnese und körperliche Untersuchung

Stefan Grüne

Anamnese und körperliche Untersuchung gehören zu den Kernaufgaben ärztlichen Handelns. Wer sie nicht korrekt und konsequent durchführt, übersieht womöglich wichtige Befunde. Besonders gefährlich sind Zeitmangel und ein zu enger Fokus auf das eigene Spezialgebiet. Doch auch bei der Dokumentation und Übergabe der Informationen können Fehler entstehen. Abhilfe versprechen hier standardisierte Dokumentationsmasken, die in Zukunft vermehrt über Krankenhausinformationssysteme verfügbar sein werden.

Korrekte Anamnese | Eine Reihe von Standardfragen müssen jedem Patienten gestellt werden, um sich nicht durch die Symptombeschreibung ablenken zu lassen. Aus den Ergebnissen der Anamnese und der körperlichen Untersuchung entsteht die Verdachtsdiagnose. In einer Studie bei mehr als 5000 Patienten [1] waren die wegweisenden diagnostischen Methoden für die weitere korrekte Behandlung

1. die Anamnese: Sie war in 94% der Fälle entscheidend für die Hauptdiagnose;
2. die körperliche Untersuchung: Sie war in 80% der Fälle entscheidend für die Hauptdiagnose.

Zwar stammt die zitierte Untersuchung aus dem Jahr 1980 und die technischen Möglichkeiten haben sich seither erheblich verbessert.

Dennoch: Eine sorgfältig durchgeführte Anamnese und Untersuchung ermöglichen einen sinnvollen und Ressourcen-sparenden Einsatz der Gerätetechnik.

Schema konsequent anwenden | Die Anamnese und die körperliche Untersuchung sollte in der Regel nach einem bestimmten Schema durchgeführt werden (► **Tab. 1** und **2**). Dieses Schema wird während des Studiums erlernt und dann auf die eigenen Bedürfnisse sowie die Fachrichtung, in der man arbeitet, angepasst. Nur wenn dieses Schema konsequent durchgeführt wird, wird man wesentliche Aspekte der Erkrankung eines Menschen nicht übersehen und verpassen [2, 12].

- Auch wenn eine Verdachtsdiagnose sehr augenscheinlich ist, muss die körperliche Untersuchung wie auch die konsequente Anamnese mit ihren Teilbereichen vollständig umgesetzt werden.
- Der zeitliche Aufwand hält sich bei konsequenter Vorgehensweise und ausreichender Übung im übersichtlichen Rahmen.

Auch ökonomisch sinnvoll | Für den Internisten ist die Ganzkörperuntersuchung unabdingbar, insbesondere in Zeiten von DRGs. Beschränkt man sich auf eine symptomzentrierte körperliche Untersuchung, kann dies zu einer Fehleinschätzung bereits in der Notaufnahme führen. In den Diagnosis-Related Groups (DRGs) ist die Hauptdiagnose „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Daher gilt es bereits am Anfang der Diagnostik und Behandlung, die Weichen richtig zu stellen.

Bezahlt wird nicht nach dem betriebenen Aufwand (Anzahl der Untersuchungen), und unnütze Untersuchungen setzen den Patienten einem unnötigen Risiko aus.

Beispiel Pleuritis | Ein Patient kommt mit „Schmerzen in der Brust“ in die Notaufnahme. Bei korrekter Anamnese erfährt man: Die Schmerzen

Tab. 1 Anamnese.

Anamneseschritte
1. Aktuelle allgemeine Anamnese
► Aktuelle Schmerzanamnese (wenn Schmerzen vorhanden)
Schmerzcharakter
Schmerzlokalisierung
Schmerzstärke
2. Frühere Anamnese
3. Vegetative Anamnese
► Allergieanamnese
► Medikamenten- und Suchtmittelanamnese
► Geschlechtsspezifische Anamnese
4. Familienanamnese
5. Sozialanamnese
6. Allgemeine Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit

bestehen seit einigen Tagen und sind stärker geworden. Eine gewisse Atemnot ist vorhanden. Die Schmerzen verstärken sich beim Atmen. Sie strahlen nicht aus, sind nicht bewegungsabhängig und verstärken sich nicht bei körperlicher Belastung. Bei der körperlichen Untersuchung hört man unter anderem auskultatorisch über dem Schmerzbereich ein Pleurareiben. Der Patient hat kein Fieber.

1. Da der Patient erst seit wenigen Tagen Beschwerden hat, reicht es in diesem Falle sicher – ohne weitere technische Untersuchung – zunächst ein peripher wirksames Schmerzmittel zu verordnen und den Patienten in einer Woche bei persistierenden Beschwerden oder Verschlechterung der Symptome wieder einzubestellen.
2. Man kann aber auch eine aufwendige Laboruntersuchung inklusive Troponin-T-Bestimmung anordnen, ein Röntgenbild der Lunge oder sogar ein CT des Thorax und eine Echokardiografie neben einem EKG und einer Ultraschalluntersuchung der Pleura durchführen und den Patienten aus Sicherheitsgründen stationär aufnehmen.

Im ersten Fall ist der finanzielle Aufwand minimal. Im zweiten Fall entstehen erhebliche Kosten, die gegebenenfalls vom MDK wieder gestrichen werden – ganz zu schweigen von der Körperverletzung durch die unnötige Röntgen- oder CT-Aufnahme.

Risiko „Schmalspur-Untersuchung“ | Als Internist – auch mit einer Spezialisierung – darf man sich nicht auf eine Schmalspur-Untersuchung und Anamnese des Patienten zurückziehen. Eine Reihe von Studien konnten die Risiken veranschaulichen, die entstehen, wenn man von einer umfassenden Untersuchung abweicht [3, 4, 5]. Zudem muss man als Arzt die körperliche Untersuchung während der gesamten ärztlichen Tä-

Die 10 Schritte der körperlichen Untersuchung

1. Untersuchung von Kopf und Hals
2. Untersuchung des Herzens
3. Untersuchung des Kreislaufsystems
4. Untersuchung des Thorax (Brustkorb)
5. Untersuchung des Bauches (Abdomen)
6. Rektale Untersuchung und Leistenuntersuchung
7. Untersuchung der Geschlechtsorgane
8. Untersuchung der Extremitäten und Gelenke
9. Untersuchung der Haut
10. Untersuchung des Nervensystems

Tab. 2 Körperliche Untersuchung.

tigkeit trainieren. Nur so erreicht man eine ausreichend hohe Qualität und ein suffizientes Ergebnis (Grüne S, Lang H, Schlottmann K et al. The change in knowledge about physical examination by medical doctors after leaving the medical school. submitted).

Dokumentation und Weitergabe von Informationen

Mündliche Übergabe | Sie ist die direkteste Form der Weitergabe von Informationen. Untersuchungen bezüglich mündlicher Übergaben ergaben jedoch Informationsverluste von bis zu 42% der eigentlichen Ausgangsinformationen [6, 7]. In den USA konnte nachgewiesen werden, dass die fehlerhafte mündliche Übergabe zu zwei von drei schwerwiegenden Fehlbehandlungen in den amerikanischen Kliniken beiträgt [8]. Die Vermehrung der Übergaben zwischen den verschiedenen Ärzten aufgrund der Verkürzung der Arbeitszeit hat einen nicht unerheblichen Effekt auf die Fehlerrate bei mündlichen Übergaben [9].

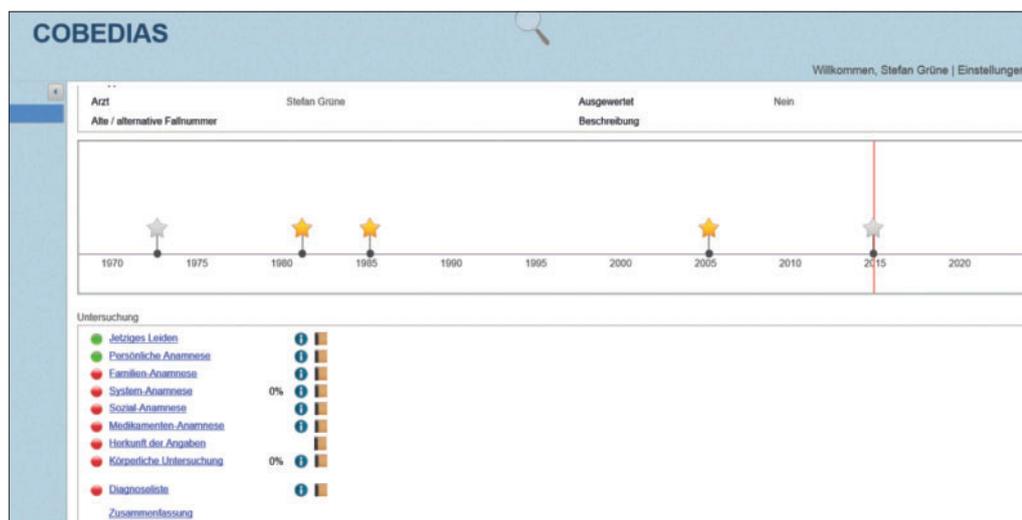


Abb. 1 Darstellung der Krankengeschichte in einem digitalen Dokumentationssystem (aus: Cobedias® Elektronisches Statusblatt, von Cobedix AG, Schweiz).

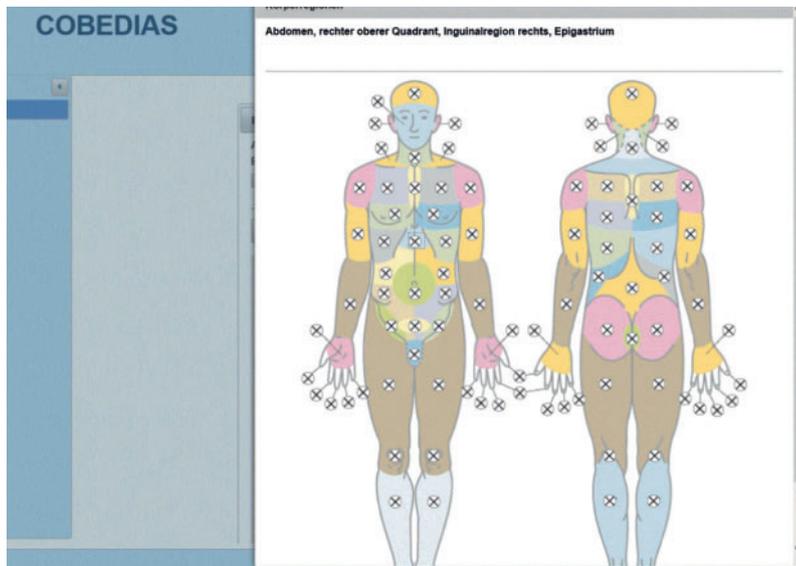


Abb. 2 Maske zur Dokumentation von Schmerzlokalisationen (aus: Cobedias® Elektronisches Statusblatt, von Cobedix AG, Schweiz).

Die erhobenen Befunde müssen dokumentiert werden, sonst haben sie für die weitere Versorgung des Patienten keine Bedeutung.

Handschriftliche Dokumentation | Aktueller „Goldstandard“ der Dokumentation ist es, dass Ärzte die Ergebnisse von Anamnese und körperlichen Untersuchung handschriftlich in einen Anamnese- und Untersuchungsbogen eintragen. Das geht schnell, und neue Ergebnisse können ohne Problem ergänzt werden.

- ▶ Die handschriftliche Dokumentation bietet auch Anfängern die Möglichkeit, sich an den verschiedenen Abschnitten des Anamnese- und Untersuchungsbogens zu orientieren.
- ▶ Fehlende Anamnese- und Untersuchungsteile sind unmittelbar sichtbar und können nachgefordert oder ergänzt werden [10].
- ▶ Durch Einzeichnen von Befunden (Atemgeräuschen, Narben etc.) lässt sich eine schnelle und genaue Dokumentation erreichen.

Problem: die Entlassbriefe | Diese grundsätzlich beste Form der Dokumentation (vorausgesetzt, man kann die Handschrift des Arztes lesen) hat folgenden Nachteil: Zum Abschluss der Behandlung müssen die Anamnese- und Untersuchungsergebnisse noch einmal in den Entlassbrief eingegeben werden. Als Briefe und Berichte von den Ärzten diktiert wurden, war dies kein wirkliches Problem für die ärztlichen Mitarbeiter. Inzwischen müssen sie jedoch die gesamten Entlassbriefe zunehmend selbst schreiben, sodass weniger Zeit für die unmittelbare Patientenbetreuung bleibt. Dies resultierte in Strategien, die Zeit für Dokumentationen zu reduzieren – und damit zur Entwicklung digitaler Systeme zur Anamnese-Dokumentation.

Dokumentationssysteme | Die meisten derzeit verwendeten Systeme sind noch von den einzel-

nen Kliniken selbst programmiert und werden von vielen Ärzten abgelehnt. Die Dokumentations-Programme funktionieren so:

- ▶ Eine Maske wird geöffnet.
- ▶ Bei Anklicken eines Anamnese- oder Untersuchungsteils werden mehrere Möglichkeiten angeboten, unter denen der Dokumentierende wählen muss.
- ▶ Der Arzt arbeitet sich so durch die Maske und hat am Schluss die Anamnesen oder Untersuchung digital dokumentiert.

Ein wesentlicher Vorteil ist die am Schluss vorliegende digitalisierte Fassung, die automatisch in den Brief eingefügt werden kann.

Wichtig ist, dass das Dokument nur nach vollständigem Ausfüllen geschlossen werden kann. Bei Nichtausfüllen bestimmter Teile sollten nicht Standardwerte automatisch vom Programm ausgewählt werden. Sonst entscheidet sich der Dokumentierende im Zweifel für ein kleineres Übel.

Deshalb sollte es möglich sein, auch Prosatext einzugeben, um die individuelle Situation des Patienten adäquat dokumentieren zu können.

Gefahr von Standardformulierungen | Bei handschriftlicher wie digitaler Dokumentation besteht die Gefahr, Normalbefunde routinemäßig abzuhaken. So findet man

- ▶ „unauffällige Extremitäten“ bei Unterschenkelamputierten,
- ▶ „gute aktive Beweglichkeit in allen Gelenken“ bei Querschnittsgelähmten,
- ▶ „adäquate zeitliche und örtliche Orientierung“ bei Demenzkranken,
- ▶ „unauffällige Bauchorgane“ bei Stomaträgern,
- ▶ „unauffällige rektale Untersuchung“ bei rektumresezierten Patienten,
- ▶ „unauffällige Augenuntersuchung“ bei Glasaugenträgern etc.

Diese Beispiele aus digitalisierten Anamnesen, haben nicht nur eine anekdotische Komponente, sondern auch forensische und abrechnungstechnische Konsequenzen.

Folgen fehlender Dokumentation | Zwei extreme Beispiele für die Folgen einer unzureichenden Dokumentation:

- ▶ Die Kinder einer Patientin behaupten, ihre Mutter sei bis zum Krankenhausaufenthalt noch gehfähig gewesen und erst seit dem Krankenhausaufenthalt behindert; Dekubitusgeschwüre seien erst im Krankenhaus entstanden.
- ▶ Eine Oberarmfraktur mit alten Hämatomen, die bei der Aufnahme nicht dokumentiert worden sind, sondern mit guter Beweglichkeit in allen Gelenken und unauffälliger Haut beschrieben wurden, führt zu einer Schmerzensgeldklage durch die Verwandten und zu einer finanziellen Forderung seitens der Krankenkasse.

Eine schlecht durchgeführte Anamnese und körperliche Untersuchung kann durch die Dokumentationsform nicht verbessert werden. Aber die Arbeit und der Nutzen einer gut durchgeführten Anamnese und körperliche Untersuchung werden durch eine schlechte Dokumentation konterkariert.

Digitale Dokumentation durch den Arzt | Ein Beispiel für eine Anwendung auf diesem Gebiet ist Cobedias® (www.cobedix.ch). Eine Version für Praxen liegt vor, die Klinikversion steht ab Anfang 2016 zur Verfügung (► **Abb. 1** und **2**) [11]. Insgesamt dauert die Dokumentation länger als bei der handschriftlichen Version; sie ist aber nachher für alle lesbar, nachvollziehbar und gut exportierbar.

Digitale Dokumentation durch Patienten | Für den ambulanten Bereich gibt es mittlerweile Programme, bei denen der Patient an einem PC oder Tablet eine erste Anamnese im Wartezimmer selbst ausfüllt.

- ▶ Der Patient wird durch einen Fragebogen geleitet, den der Arzt vor dem ersten Kontakt ansehen kann.
- ▶ Der Arzt kann dann evtl. Zusatzfragen stellen und weitere Informationen in das Programm einfügen.

Geleitet sind die Fragen solcher Programme z. B. durch Symptome, die am Anfang eingegeben werden; diese generieren die weiteren Fragen. Ein Beispiel für solche Programme ist Anamnese-guide®. Man kann zusätzlich Laborwerte des Patienten eingeben und eine Reihe von Differenzialdiagnosen erhalten.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Anamnese und körperliche Untersuchung sind die Kernkompetenzen des Arztes.
- ▶ Werden Anamnese und Untersuchung schlecht durchgeführt, so schadet dies dem Patienten, kostet Zeit und Geld.
- ▶ Eine unzureichende Dokumentation zerstört das Ergebnis einer guten Anamnese und körperlichen Untersuchung.
- ▶ Die Zukunft gehört der digitalen Erfassung von Anamnese und körperlicher Untersuchung. Sie verhindert einen Informationsverlust wie bei mündlichen oder handschriftlichen Übergaben.

Literatur

- 1 Gross R, Fischer R. Diagnosen am Beispiel einer Medizinischen Klinik. Diagnostik 1980; 13: 113–116
- 2 Grüne S, Schölmerich J. Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg; Springer 2006
- Verghese A, Charlton B, Kassirer JP et al. Inadequacies of physical examination as a cause of medical errors and adverse events – a collection of vignettes. Am J Med 2015; 128: 1322–1324.e3.
- 3 Sibbald M, de Bruin AB, Cavalcanti RB et al. Do you have to re-examine to reconsider your diagnosis? Checklists and cardiac exam. BMJ Qual Saf 2013; 22: 338–338
- 4 Sibbald M, Cavalcanti RB. The biasing effect of clinical history on physical examination diagnostic accuracy. Med Educ 2011; 45: 827–834
- 5 Parthum A, Weinzierl A. Analyse von Informationsverlusten bei mündlichen Patientenübergaben – eine Pilotstudie. intensiv 2004; 12: 81–86
- 6 Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. N Engl J Med 2014; 371: 1803–1812
- 7 The Joint Commission. Sentinel event data: root causes by event type. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-3Q_2015.pdf (letzter Zugriff 25.11.2016)
- 8 Gordon M, Finlay R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. Med Educ 2011; 45: 1081–1089
- 9 Grüne S. Untersuchungsablauf. In: Grüne S, Schölmerich J (Hrsg). Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer; 2006, S. 11–14
- 10 Biedermann B. Höchste Zeit für einen Paradigmenwechsel. Schweiz Ärtz 2013; 94: 1720–1722
- 11 Füeßl H, Middeke M. Anamnese und Klinische Untersuchung, 5. aktualisierte Auflage Stuttgart: Thieme; 2014



Prof. Dr. Stefan Grüne
ist Chefarzt der Medizinischen Klinik II, Krankenhaus Hetzelstift Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz.
gruene@ekgsg.de

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

DOI 10.1055/s-0041-106337
Dtsch Med Wochenschr
2016; 141: 24–27
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472