



Duale Reihe

Michael M. Kochen

Allgemeinmedizin und Familienmedizin

5. Auflage



 Online-Version in der eRef

 Thieme



A Hausärztliche Handlungskonzepte · 23



B Häufige Behandlungsanlässe · 299



C Theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin · 551



D Anhang · 665

Duale Reihe

Allgemeinmedizin und Familienmedizin

**Herausgegeben von
Michael M. Kochen**

Unter Mitarbeit von:

Heinz-Harald Abholz
Attila Altiner
Cadja Bachmann
Stephan Bartels
Erika Baum
Annette Becker
Antje Bergmann
Stefan Bilger
Wolfgang Blank
Jutta Bleidorn
Stefan Bösner
Silke Brockmann
Jean-François Chenot
Norbert Donner-Banzhoff
Günther Egidi
Peter Engeser
Thomas Fischer
Michael H. Freitag
Ildikó Gágyor

Jochen Gensichen
Ferdinand M. Gerlach
Katharina Gerlach
Christiane Godt
Peter Godt
Markus Gulich
Markus Herrmann
Wolfgang Himmel
Eva Hummers-Pradier
Jürgen in der Schmitt
Elke Jäger-Roman
Ralf Jendyk
Detmar Jobst
Stefanie Joos
Ulrike Junius-Walker
Hanna Kaduszkiewicz
Reinhold Klein
David Klemperer
Hans-Dieter Klimm

Michael M. Kochen
Thomas Kühlein
Thomas Ledig
Manfred Lohnstein
Wolf-Dieter Ludwig
Thomas Maibaum
Peter Maisel
Fritz Meyer
Wilhelm Niebling
Christina Niederstadt
Uwe Popert
Susanne Rabaday
Stephan Reichenbach
Marco Roos
Carla Rosendahl
Jörg Schelling
Martin Scherer
Guido Schmiemann
Antonius Schneider

Nils Schneider
Sven Schulz
Andreas Schuster
Ulrich Schwantes
Anne Simmenroth
Alfred Simon
Andreas Sönnichsen
Jost Steinhäuser
Joachim Szecsenyi
Gudrun Theile
Wolfgang Tonn
Pinar Topsever
Michael Wendler
Robert Werhahn
Armin Wieseemann
Stefan Wilm

Autoren früherer Auflagen:

Martin Beyer
Wolfgang Ewert
Wolfgang Huhn
Marion Jordan
Gernot Lorenz

Helmut Pillau
Wolfgang Rösberg
Hagen Sandholzer
Victoria Bachmann
Edzard Ernst

Eberhard Hesse
Benedikt Holzer
Peter Jüni
Thomas Lichte
Thomas Schindler

Johannes G. Schmidt
Dirk Wetzell
G. B. Wüstenfeld
Gerd Ziegeler

5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

160 Abbildungen

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



Wichtiger Hinweis:

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Wichtiger Hinweis:

Um den Lesefluss zu erhalten, wird im Nachfolgenden die maskuline Geschlechtsform verwendet. Sie bezieht Männer und Frauen gleichermaßen mit ein.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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

1. Auflage 1992
2. Auflage 1998
3. Auflage 2006
4. Auflage 2012

© 2017 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Barbara Gay, Bremen; Fa. willscript Dr. Wilhelm Kuhn, Tübingen
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: © angellodeco – Fotolia.com
Layout: Ulrike Holzwarth, Stuttgart
Satz: L42 AG, Berlin
Druck: Aprinta Druck GmbH, Wemding

DOI 10.1055/b-004-140 281

ISBN 978-3-13-141385-7 1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-151505-6
eISBN (epub) 978-3-13-220975-6

Vorwort

„In many instances knowing the person who has the disease is as important as knowing the disease that person has.“

Prof. James McCormick (1925 – 2007)

Das über 20 Jahre alte Zitat von James McCormick, Allgemeinarzt und ehemaliger Professor für Gemeinmedizin am Trinity College in Dublin, hat auch heute nichts an Aussagekraft verloren. Die Gleichwertigkeit der Kenntnis eines Individuums und des Wissens um seine Krankheit verdeutlicht eine der Besonderheiten der Allgemeinmedizin und ist Teil der Definition des Faches geworden. Deutlich weniger stark verbreitet als zur Zeit der früheren Auflagen, aber immer noch präsent ist hingegen das Missverständnis, das Fach sei ein Sammelsurium von Teilen anderer Fachgebiete, pragmatisch auf die Bedürfnisse der Praxis zugeschnitten. Zweifellos wird der Hausarzt mit verschiedenen Beschwerden konfrontiert, die in unterschiedliche Fachgebiete hineinreichen; deshalb muss er auch Aspekte dieser Fächer in seine Überlegungen integrieren. Das Spezifische der Allgemeinmedizin ist jedoch in erster Linie die umfassende, d. h. somatische, psychische und soziokulturelle Beratung und Betreuung von Menschen, gesunden wie kranken, die den Hausarzt als erste Kontaktstelle des Gesundheitssystems aufsuchen („primary health care“). Die Art und Häufigkeit der dabei vorgebrachten Probleme sowie die Umgangsformen der betroffenen Patienten und ihrer Familien mit Krankheiten und Konflikten unterscheiden sich oft fundamental von der stark selektierten „Realität“ mancher Spezialfächer. In Ergänzung, nicht selten aber auch im Gegensatz zur synoptischen Beschreibung einzelner Krankheitsbilder in der „klinischen Medizin“, steht die umfassende hausärztliche Betreuung des ganzen Menschen in seinen individuellen Lebensumständen im Mittelpunkt dieser Darstellung. Sie betrifft die Multidimensionalität des Krankseins und die soziale Autonomie auf Seiten des Patienten ebenso wie die Probleme der Entscheidungsfindung oder die Unsicherheit beim „abwartenden Offenlassen einer Diagnose“ auf Seiten des Allgemeinarztes. Neben der Vermittlung theoretischer Grundlagen und spezifischer Problemfelder der Allgemeinmedizin widmet sich das Buch unverändert den in der Praxis wichtigen und häufigen Beratungsanlässen. Der bewusste Verzicht auf Vollständigkeit bei der Abhandlung bekannter medizinischer Fakten (die in Lehrbüchern anderer Fachgebiete ausführlicher nachgelesen werden können), die problemorientierte Darstellung und die Konzentration auf die spezifische Vorgehensweise des Allgemeinarztes sollen deutlich machen, dass es sich hier um eine allgemeinmedizinische „Denkschule“ und nicht um die oft unreflektierte Aneinanderreihung von Teilen anderer Fachgebiete handelt. Diese Art der Darstellung bringt es mit sich, dass an einigen Stellen Kenntnisse zu bestimmten Krankheitsbildern vorausgesetzt werden.

Das Buch ist – wie auch in anderen Gebieten üblich – ganz überwiegend von Vertretern des eigenen Faches verfasst worden: von praktizierenden, oft an den Universitäten lehrenden Allgemeinärzten. Die in der Allgemeinmedizin – noch stärker als in anderen Fächern – vorherrschende Individualität des Arztes hat dazu beigetragen, dass, trotz der „ordnenden Hand“ des Herausgebers, die persönliche Handschrift der Verfasser bei jedem Kapitel spürbar ist. Die völlig neue 5. Auflage des von der Leserschaft mit großer Zustimmung akzeptierten Lehrbuchs wurde – unter Betonung der evidenzbasierten Medizin – inhaltlich auf den aktuellen Stand der Erkenntnis gebracht und bietet wiederum ein neues Kapitel zum Thema „Quartäre Prävention – die Verhinderung nutzloser Medizin“, für das kompetente Autoren und Autorinnen gewonnen werden konnten. Die weiterführenden Literaturstellen sind unverändert auf „thieme.de“ nachlesbar. Mein herzlicher Dank gilt allen Autor/innen, Verlagsmitarbeiter/innen und Studierenden. Vielen engagierten Leserinnen und Lesern, die mich durch konstruktive Zuschriften unterstützten, bin ich ebenfalls zu Dank verpflichtet. Sie haben Autoren und Herausgeber ermutigt, die neuen Wege bei der Darstellung des Faches Allgemeinmedizin auch in der fünften Auflage weiterzuentwickeln.

Anschriften

Herausgeber

Prof. Dr. med. Michael M. **Kochen**, MPH, FRCGP
 Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin,
 Rettungsmedizin
 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
 Lehrbereich Allgemeinmedizin
 Georg-August-Universität Göttingen (Emeritus)
 Ludwigstr. 37
 79104 Freiburg

Autoren

Prof. Dr. Heinz-Harald **Abholz**
 Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin
 Universität Düsseldorf
 Institut für Allgemeinmedizin (Emeritus)
 Werdener Str. 4
 40227 Düsseldorf

Prof. Dr. med. Attila **Altiner**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Universitätsmedizin Rostock
 Institut für Allgemeinmedizin
 Doberaner Str. 142
 18057 Rostock

Dr. med. Cadjia **Bachmann**, MME
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Universität Bern
 Institut für Medizinische Lehre (IML)
 Abteilung für Assessment und Evaluation (AAE)
 Konsumstr. 13
 3010 Bern

Dr. med. Stephan **Bartels**
 Facharzt für Dermatologie und Venerologie
 Groner-Tor-Str. 25
 37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Erika **Baum**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sportmedizin
 Philipps-Universität Marburg (Emeritus)
 Dresdener Str. 34
 35444 Biebertal

Prof. Dr. med. Annette **Becker**, MPH
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Philipps-Universität Marburg
 Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und
 Rehabilitative Medizin
 Karl-von-Frisch-Str. 4
 35043 Marburg

Prof. Dr. med. Antje **Bergmann**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychosomatische Grundver-
 sorgung, Diabetologie, Naturheilkunde
 Technische Universität Dresden
 Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik III
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden

Dr. med. Stefan **Bilger**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Handschuhsheimer Landstr. 11
 69221 Dossenheim

Dr. med. Wolfgang **Blank**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Gemeinschaftspraxis im Bayerwald
 Regener Str. 13
 94259 Kirchberg im Wald

Dr. med. Jutta **Bleidorn**, PD
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Medizinische Hochschule Hannover
 Institut für Allgemeinmedizin
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover

Prof. Dr. med. Stefan **Bösner**, MPH
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Philipps-Universität Marburg
 Allgemeinmedizin, Präventive und
 Rehabilitative Medizin
 Karl-von-Frisch-Str. 4
 35043 Marburg

Dr. med. Silke **Brockmann**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin, Umweltmedizin (D),
 Clinical Reviewer
 Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut
 Hallerstr. 7
 3000 Bern 9
 Schweiz

Prof. Dr. med. Jean-François **Chenot**, MPH
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Universitätsmedizin Greifswald
 Abteilung Allgemeinmedizin
 Fleischmannstr. 42
 17489 Greifswald

Prof. Dr. med. Norbert **Donner-Banzhoff**, M.H.Sc.
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Philipps-Universität Marburg
 Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und
 Rehabilitative Medizin
 Karl-von-Frisch-Str. 4
 35043 Marburg

Dr. med. Günther **Egidi**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Rembrandtstr. 28
28209 Bremen

Dr. med. Peter **Engeser**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universität Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

Dr. med. Thomas **Fischer**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Phlebologie, Notfallmedizin
Genfstr. 17a
37079 Göttingen

Prof. Dr. med. Michael H. **Freitag**, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Abteilung Allgemeinmedizin
Ammerländer Heerstr. 140
26129 Oldenburg

PD Dr. med. Ildikó **Gágyor**
Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Jochen **Gensichen**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Pettenkoferstr. 10
80336 München

Prof. Dr. med. Ferdinand M. **Gerlach**, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Dr. med. Katharina **Gerlach**
Lessingstr. 5
02625 Bautzen

Dr. med. Christiane **Godt**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Sternwartenweg 8
24105 Kiel

Dr. med. Peter **Godt**
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Sternwartenweg 8
24105 Kiel

Dr. med. Markus **Gulich**, MSc
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universität Ulm
Institut für Allgemeinmedizin
Helmholtzstr. 20
89081 Ulm

Prof. Dr. med. Markus **Herrmann**, MPH, M.A.
Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Psychoanalyse,
Homöopathie, Suchtmedizin
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut für Allgemeinmedizin
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg

Prof. Dr. disc. pol. Wolfgang **Himmel**
Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Eva **Hummers-Pradier**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Jürgen **in der Schmitten**, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Palliativmedizin
Universität Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin
Werdener Str. 4
40227 Düsseldorf

Dr. med. Elke **Jäger-Roman**
Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Köhlerstr. 23
12205 Berlin

Dr. med. Ralf **Jendyk**, MME
Facharzt für Allgemeinmedizin
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Centrum für Allgemeinmedizin
Malmedyweg 17-19
48149 Münster

Prof. Dr. med. Detmar **Jobst**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universität Bonn
Institut für Hausarztmedizin
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Prof. Dr. med. Stefanie **Joos**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Tübingen
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
Osianderstr. 5
72076 Tübingen

PD Dr. med. Ulrike **Junius-Walker**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Prof. Dr. med. Hanna **Kaduszkiewicz**
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Allgemeinmedizin
Michaelisstr. 5
24105 Kiel

Prof. Dr. med. Reinhold **Klein**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Chirotherapie,
Palliativmedizin
Hüterweg 5
85235 Pfaffenhofen an der Glonn

Prof. Dr. med. David **Klemperer**
Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Öffentliches Gesund-
heitswesen, Sozialmedizin, Umweltmedizin
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
Fakultät Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Seybothstr. 2
93053 Regensburg

Prof. Dr. med. Hans-Dieter **Klimm**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Ringstr. 20f
76456 Kuppenheim

Prof. Dr. med. Michael M. **Kochen**, MPH, FRCGP
Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin,
Rettungsmedizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Georg-August-Universität Göttingen (Emeritus)
Ludwigstr. 37
79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Thomas **Kühlein**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Erlangen
Allgemeinmedizinisches Institut
Universitätsstr. 29
91054 Erlangen

Dr. med. Thomas **Ledig**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Rathausplatz 4
71254 Ditzingen

Dr. med. Manfred **Lohnstein**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausärzte am Vincentinum
Vinzenz-von-Paul-Platz 1
86152 Augsburg

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter **Ludwig**
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie
HELIOS Klinikum Berlin-Buch
Klinik für Hämatologie, Onkologie, Tumormimmunologie und
Palliativmedizin
Schwanebecker Chaussee 50
13125 Berlin

Dr. med. Thomas **Maibaum**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Kolumbusring 61
18106 Rostock

Prof. Dr. med. Peter **Maisel**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Centrum für Allgemeinmedizin
Malmedyweg 17-19
48149 Münster

Dr. med. Fritz **Meyer**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Sportmedizin und Ernährungsmedizin (KÄB)
Zwinger 6
86732 Oettingen

Prof. Dr. med. Wilhelm **Niebling**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Elsässer Str. 2M
79110 Freiburg

Dr. med. Christina **Niederstadt**, MPH
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Medizinische Informatik,
Ärztliches Qualitätsmanagement, Sozialmedizin
Wollweg 2
30519 Hannover

Dr. med. Uwe **Popert**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Dr. med. Susanne **Rabady**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Landstr. 2
3841 Windigsteig
Österreich

Prof. Dr. med. Stephan **Reichenbach**
Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie
Inselspital Bern
Universitätsklinik für Rheumatologie,
Immunologie und Allergologie
Freiburgstr. 4
3010 Bern
Schweiz

Dr. med. Marco **Roos**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Erlangen
Allgemeinmedizinisches Institut
Universitätsstr. 29
91054 Erlangen

Prof. Dr. med. Carla **Rosendahl**
Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Ludwigstr. 37
79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Jörg **Schelling**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Pettenkoferstr. 10/8a
80336 München

Prof. Dr. med. Martin **Scherer**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg

PD Dr. med. Guido **Schmiemann**, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Abteilung Versorgungsforschung
Grazer Str. 4
28359 Bremen

Prof. Dr. med. Antonius **Schneider**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Technische Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Orleansstr. 47
81667 München

Prof. Dr. med. Nils **Schneider**, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Dr. med. Sven **Schulz**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universität Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Bachstr. 18
07743 Jena

Dr. med. Andreas **Schuster**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Am Michaelisstollen 2
09456 Annaberg-Buchholz

Prof. Dr. med. Ulrich **Schwantes**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Brandenburg
Institut für Allgemeinmedizin
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin

PD Dr. med. Anne **Simmenroth**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Prof. Dr. phil. Alfred **Simon**
Akademie für Ethik in der
Medizin e. V.
Humboldtallee 36
37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Andreas **Sönnichsen**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin
Universität Witten/Herdecke
Institut für Allgemein- und Familienmedizin
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Prof. Dr. med. Jost **Steinhäuser**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Prof. Dr. med. Joachim **Szecsényi**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

Dr. med. Gudrun **Theile**, MPH
FMH Allgemeine Innere Medizin
Universität Zürich
Klinik für Radio-Onkologie
Kompetenzzentrum Palliative Care
Rämistrasse 100
8006 Zürich
Schweiz

Dr. med. Wolfgang **Tonn**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin
Heidelberger Medizinakademie
Hauptstr. 29
69221 Dossenheim

Prof. Dr. med. Pinar **Topsever**
Fachärztin für Allgemein- und Familienmedizin
Acibadem University School of Medicine
Kerem Aydinlar Kampus
Kayisdagi Cad. No. 32
34752 Istanbul
Türkei

Dr. med. Michael **Wendler**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrpraxis für Allgemeinmedizin
St Veiter-Str. 32
8046 Graz
Österreich

Dr. rer. nat. Robert **Werhahn**
Facharzt für Augenheilkunde
Professor-Max-Lange-Platz 12
83646 Bad Tölz

Prof. Dr. med. Armin **Wiesemann**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Albrecht-Dürer-Str. 7
76684 Östringen

Prof. Dr. med. Stefan **Wilm**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Geriatrie
Universität Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin
Werdener Str. 4
40227 Düsseldorf

Inhaltsverzeichnis

Teil A Hausärztliche Handlungskonzepte

1	Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation	25	4	Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren	51
	<i>Jost Steinhäuser, Heinz-Harald Abholz</i>			<i>Jean-François Chenot, Antje Bergmann</i>	
1.1	Die Bedeutung von Anamnese und körperlicher Untersuchung in der Allgemeinmedizin	25	4.1	Allgemeines	51
1.2	Spezifische allgemeinärztliche Anamnese und Untersuchung	25	4.1.1	Begriffe und Definitionen.....	51
1.3	Erlebte Anamnese	26	4.1.2	Früherkennungsuntersuchungen.....	53
1.4	Eine zentrale Frage: Was haben Sie sich gedacht? ..	28	4.2	Kardiovaskuläre Prävention	58
1.5	Die Validität allgemeinmedizinischer Anamnese ..	29		<i>Jean-François Chenot, Uwe Popert</i>	
1.6	Das Gespräch bei der Anamnese-Erhebung	29	4.2.1	Einführung.....	58
1.7	Evidenzbasierte körperliche Untersuchung in der Allgemeinmedizin	31	4.2.2	Bestimmung des kardiovaskulären Risikos.....	59
1.8	Dokumentation	32	4.2.3	Risikokommunikation.....	60
2	Der Hausbesuch	34	4.2.4	Lebensstiländerungen.....	61
	<i>Michael Wendler, Susanne Rabady, Jost Steinhäuser</i>		4.2.5	Medikamentöse Therapie und Langzeitbetreuung ..	64
2.1	Einführung	34	5	Gesundheitsberatung	65
2.2	Arten von Hausbesuchen	34		<i>Erika Baum, Annette Becker</i>	
2.3	Inhaltliche und methodische Schwerpunkte bei den verschiedenen Besuchsarten	35	5.1	Behandlungsanlass	65
2.3.1	Erstbesuch aus akutem Anlass.....	35	5.2	Grundlagen	65
2.4	Hausbesuchsanforderung und Telefonanamnese ..	37	5.2.1	Stadien der Veränderungsbereitschaft.....	66
2.4.1	Art der Hausbesuchsanforderung.....	37	5.3	Ätiologie – häufige Beratungsanlässe	68
2.4.2	Umfelddiagnostische Vorteile des Hausbesuches ..	39	5.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	69
2.4.3	Hausbesuch als sozialmedizinische Intervention ..	40	5.5	Diagnostisches Vorgehen	69
2.4.4	Die Hausbesuchstasche.....	41	5.5.1	Anamnese.....	70
2.4.5	Der Hausbesuch im Vertretungsdienst.....	42	5.5.2	Körperliche Untersuchung.....	70
2.4.6	Bedeutung des Hausbesuches in der Weiterbildung	43	5.5.3	Zusatzuntersuchungen.....	70
3	Der Notfall in der Allgemeinmedizin	44	5.6	Therapieoptionen	70
	<i>Heinz-Harald Abholz, Wolfgang Tonn</i>		5.6.1	Therapieziele.....	70
3.1	Definition des Notfalls	44	5.6.2	Beratungsinhalte und -strategien.....	71
3.2	Häufigkeit von Notfällen	45	5.6.3	Weitere Maßnahmen.....	72
3.3	Diagnostik bei Notfällen	46	5.7	Prognose, Nachsorge	72
3.3.1	Erklärungen für subjektiv als bedrohlich empfundene Zustände, die es objektiv nicht sind.....	47	6	Impfungen	73
3.4	„Erlebte Anamnese“ und Arzt-Patienten-Beziehung	47		<i>Thomas Ledig, Carla Rosendahl, Eva Hummers-Pradier</i>	
3.5	Versteckte Notfälle	48	6.1	Einführung	73
3.6	Versorgungsorganisation des Notfalls	50	6.2	Grundlagen	73
			6.3	Impfstofftypen	75
			6.4	Aktive Immunisierung (Impfung)	75
			6.5	Passive Immunisierung	75
			6.6	Simultaniimpfung	76
			6.7	Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche	76
			6.7.1	Impfung gegen Rotaviren.....	77
			6.7.2	Impfung gegen Diphtherie.....	77
			6.7.3	Impfung gegen Wundstarrkrampf (Tetanus).....	77
			6.7.4	Impfung gegen Pertussis.....	78

6.7.5	Impfung gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	78
6.7.6	Impfung gegen Poliomyelitis	78
6.7.7	Impfung gegen Hepatitis B	80
6.7.8	Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln	81
6.7.9	Impfung gegen Varizellen	84
6.7.10	Impfung gegen Meningokokken	84
6.7.11	Impfung gegen Pneumokokken	85
6.7.12	Impfung gegen humane Papillomviren (HPV)	86
6.7.13	Auffrischimpfungen, Schließung von Impflücken im Kindes- und Jugendalter	87
6.8	Impfungen im Erwachsenenalter	87
6.8.1	Auffrisch- und Standardimpfungen	87
6.8.2	Indikationsimpfungen	88
6.8.3	Reiseimpfungen	89
6.9	Impfpolitik/-empfehlungen	91
6.9.1	Impfpolitik und öffentliche Impfempfehlungen	91

7 Arbeitsunfähigkeit, Vorsorgemaßnahmen, Rehabilitation, Gutachten 93

Thomas Fischer

7.1	Arbeitsunfähigkeit	93
7.2	Das Verfahren der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	95
7.2.1	Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit	95
7.2.2	Stufenweise Wiedereingliederung	97
7.3	Epidemiologie der Krankschreibung	99
7.4	Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation	101
7.5	Das Rehabilitationsverfahren	101
7.6	Frühberentung	102

8 Umgang mit Arzneimitteln.....104

Michael M. Kochen, Wilhelm Niebling, Jean-Francois Chenot, Wolf-Dieter Ludwig

8.1	Arzneiverordnungsdaten im primärärztlichen Sektor	104
8.2	Besonderheiten der Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis	106
8.3	Einflüsse auf das Ordnungsverhalten niedergelassener Allgemeinärzte	106
8.3.1	Erwartungen des Patienten	107
8.4	Arzneimittelformularsystem (Individualliste)	108
8.4.1	Beispiel nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	109
8.5	Plazeboverordnungen	110
8.6	Multimorbidität	113
8.6.1	Diagnosen des Fallbeispiels im Einzelnen	114
8.6.2	Resümee	116
8.7	Adhärenz (früher „Compliance“)	117
8.8	Patientenwünsche	118
8.9	Nicht-medikamentöse Behandlung	119
8.10	Umgang mit Werbestrategien der pharmazeutischen Industrie	120
8.10.1	Arzneimittelinformation	120
8.10.2	Arzneimittelmuster	121
8.11	Zehn Empfehlungen zur rationalen Arzneimitteltherapie	122

9 Umgang mit physikalischer Therapie .. 126

Andreas Sönnichsen

9.1	Einführung	126
9.2	Grundlegende Prinzipien	127
9.2.1	Wirkmechanismus physikalischer Therapie	127
9.2.2	Anwendung physikalischer Therapie im deutschen Gesundheitssystem	128
9.2.3	Vor- und Nachteile physikalischer Therapie	128
9.3	Wichtige Formen physikalischer Therapie	128
9.3.1	Massage	129
9.3.2	Bewegungstherapie und Manuelle Therapie	130
9.3.3	Thermotherapie	132
9.3.4	Physikalisch-technische Behandlungsmethoden	134

10 Komplementärmedizin und Naturheilverfahren..... 137

Detmar Jobst, Stefanie Joos

10.1	Grundlagen	137
10.1.1	Verbreitung und Akzeptanz von Komplementärmedizin bei Patienten und Ärzten	138
10.1.2	Komplementärmedizinische Verfahren – Historie und Gegenwart	140
10.2	Beratungsanlässe	142
10.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	142
10.4	Diagnostisches Vorgehen	143
10.4.1	Anamnese	143
10.4.2	Körperliche Untersuchung und weiterführende Diagnostik	143
10.5	Therapeutische Optionen	144
10.5.1	Akupunktur	144
10.5.2	Pflanzenheilkunde (Phytotherapie)	145
10.5.3	Homöopathie	146
10.6	Ausblick	147

11 Psychotherapeutische Aspekte in der Allgemeinmedizin..... 148

Antje Bergmann, Andreas Schuster

11.1	Ambulante Psychotherapie	148
11.1.1	Psychotherapeutische Fertigkeiten und Methoden des Allgemeinarztes	150
11.1.2	Die psychosomatische Grundversorgung (PSGV)	151
11.1.3	Diagnostisch-therapeutisches Instrument Arzt-Patienten-Beziehung	156
11.1.4	Psychotherapieverfahren	157
11.2	Praktisches ärztliches Handeln	158
11.2.1	Patientenorientiertes Erstgespräch	158
11.2.2	Gesprächsergänzende Fragebogendiagnostik	159
11.3	Probleme und Grenzen von Psychotherapie in der allgemeinärztlichen Praxis	159

12	Arzt-Patienten-Kommunikation	160	14.4	Besonderheiten bei der Versorgung von Migranten	185
	<i>Anne Simmenroth, Manfred Lohnstein</i>		14.4.1	Versorgung von Asylbewerbern	185
12.1	Vorbemerkung	160	14.4.2	Versorgungspfade und nichtstaatliche Strukturen der medizinischen Hilfe	186
12.2	Zuhören können	160	14.4.3	Kultursensible Kommunikation zur besseren und befriedigenderen Verständigung	187
12.3	Beziehung schaffen	161	14.4.4	Leitfaden für die ärztliche Gesprächsführung mit ausländischen/türkischen Patienten	188
12.4	Die ärztliche Grundhaltung	162	15	Krankheit bei alten Menschen	191
12.4.1	Empathie	163		<i>Ulrike Junius-Walker, Nils Schneider, Eva Hummers-Pradier</i>	
12.4.2	Wertschätzung	163	15.1	Kurzüberblick	191
12.4.3	Kongruenz	163	15.2	Grundlagen	191
12.4.4	Einige Worte zur „Technik“	163	15.3	Besonderheiten bei Erkrankungen im Alter	192
12.5	Schwierige Gesprächssituationen	164	15.4	Wesentliche Gesichtspunkte der Betreuung älterer Patienten	196
12.5.1	Eingreifende Lebensereignisse	164	15.5	Das Geriatrische Assessment	199
12.5.2	Langzeitbetreuung	165	15.5.1	Einführung	199
12.5.3	Der fordernde Patient	166	15.5.2	Bedeutung und Definition des geriatrischen Assessments	199
12.5.4	Die schwerwiegende Diagnose	166	15.5.3	Das Assessment in seiner praktischen Anwendung	201
12.5.5	Vermeidbare kommunikative „Fallen“	167	15.5.4	Assessmentinstrumente für den Funktionsstatus ..	203
12.6	Schlussbetrachtung	167	16	Kinder und Jugendliche in der hausärzt- lichen Praxis	206
13	Sexualberatung	169		<i>Elke Jäger-Roman, Michael H. Freitag</i>	
	<i>Andreas Sönnichsen, Michael M. Kochen</i>		16.1	Grundlagen	206
13.1	Sexualmedizinische Beratungsanlässe	169	16.1.1	Epidemiologie des Praxisalltags mit Kindern	206
13.1.1	Sexuelle Störungen	170	16.2	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	206
13.1.2	Empfängnisverhütung, Familienplanung und Kinderwunsch	170	16.2.1	Fieber	207
13.1.3	Sexuell übertragbare Infektionen	171	16.2.2	Husten	207
13.1.4	Homosexualität, abweichendes Sexualverhalten und Missbrauch	171	16.2.3	Hautausschlag	209
13.2	Diagnostische Überlegungen	171	16.3	Abwendbare gefährliche Verläufe	210
13.2.1	Die Sexualanamnese	171	16.4	Diagnostisches Vorgehen	211
13.2.2	Gesprächstechnik	172	16.4.1	Anamnese	212
13.2.3	Einbeziehung des Partners	174	16.4.2	Körperliche Untersuchung	213
13.2.4	Bedeutung somatischer Diagnostik	174	16.4.3	Zusatzuntersuchungen	214
13.2.5	Diagnostik von sexuell übertragbaren Infektionen	175	16.4.4	Weiterführende Diagnostik	215
13.3	Therapeutische Optionen	176	16.5	Therapieoptionen	215
13.3.1	Relevanz des Hausarztes als Sexualberater	176	16.6	Früherkennungsuntersuchungen	216
13.3.2	Definition von Sexualberatung	176	17	Chronisches Kranksein	220
13.3.3	Katalytische Wirkung von Sexualberatung	177		<i>Stefan Wilm, Heinz-Harald Abholz</i>	
13.3.4	Überweisung zur Psychotherapie	177	17.1	Grundlagen	220
13.4	Weitere Verhaltensregeln	178	17.1.1	Definition	220
14	Ausländische Patienten	179	17.1.2	Epidemiologie	221
	<i>Markus Herrmann, Ulrich Schwantes, Pinar Topsever</i>		17.2	Umgang mit chronischer Krankheit und chronischem Kranksein	223
14.1	Geschichte und soziokultureller Hintergrund der Migration	179	17.3	Mitteilung der Diagnose	227
14.1.1	Aktueller Stand	179	17.4	Krankheitskonzept des Patienten	228
14.2	Ethnizität und Gesundheit – Kultur und Krankheits- empfinden	180			
14.2.1	Epidemiologische Faktoren	181			
14.2.2	Soziokulturelle Faktoren	182			
14.3	Migration und Gesundheit	183			
14.3.1	Stellenwert der primären Gesundheitsversorgung bei der Betreuung von ausländischen Patienten ..	183			
14.3.2	Besondere Gesundheitsrisiken von Migranten	184			

17.5	Aushandlung eines gemeinsamen Betreuungskonzeptes	229	20.3	Schwerpunkte palliativmedizinischer hausärztlicher Tätigkeit	260
17.6	Konkordanz oder Compliance	230	20.3.1	Symptombehandlung	261
17.7	Kontrolluntersuchungen	232	20.3.2	Koordination eines multiprofessionellen Teams ..	266
17.8	Sonstige Hilfen, Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung	233	20.3.3	Psychosoziale Unterstützung von Patienten und Angehörigen	267
17.9	Hilfen außerhalb der hausärztlichen Betreuung ...	234	20.4	Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen am Lebensende	268
18	Lebensbedrohliche chronische Erkrankungen am Beispiel Krebs und AIDS	235	20.4.1	Therapiezieländerung und ihre Folgen	269
	<i>Heinz-Harald Abholz, Nils Schneider, Michael M. Kochen</i>		20.4.2	Ärztliches Handeln, das das Sterben zulässt, begünstigt oder herbeiführt („Sterbehilfe“)	269
18.1	Einführung	235	20.4.3	Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen und Spiritualität	271
18.2	Epidemiologie in der Allgemeinpraxis	235	20.4.4	Kernbedürfnisse sterbender Menschen	271
18.3	Diagnostik	236	21	Umgang mit riskantem Konsum und Sucht am Beispiel Alkohol	272
18.4	Die Bedeutung einer lebensbedrohlichen chronischen Erkrankung	238		<i>Markus Herrmann, Ulrich Schwantes</i>	
18.5	Der Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung ..	239	21.1	Sucht und riskanter Konsum	272
18.6	Der Umgang des Arztes mit der lebensbedrohlich chronischen Erkrankung	239	21.1.1	Formen des Alkoholkonsums	272
18.7	Betreuung lebensbedrohlich chronisch Erkrankter ..	240	21.1.2	Klassifizierungen der Sucht	275
18.7.1	Kuration und Palliation	240	21.1.3	Epidemiologie und Kosten	276
18.7.2	Die Aufklärung des Patienten	241	21.2	Die Koabhängigkeit	277
18.7.3	Die Begleitung des Patienten	243	21.3	Intervention bei riskantem Alkoholkonsum	278
18.7.4	Komplementäre Therapien	244	21.3.1	Was kann in der hausärztlichen Praxis getan werden?	278
18.7.5	Selbsthilfegruppen	245	21.3.2	Kurzinterventionen in der Hausarztpraxis helfen ..	279
18.7.6	Krankschreibung, Rehabilitation und Berentung ..	245	21.3.3	Stadien der Verhaltensveränderung	279
19	Funktionelle und somatoforme Störungen	247	21.3.4	Erfolgsfaktoren von Interventionen bei riskantem Konsum	280
	<i>Detmar Jobst, Heinz-Harald Abholz</i>		21.3.5	Ablauf der ärztlichen Intervention	281
19.1	Definition und Charakterisierung funktioneller Störungen	247	21.3.6	Barrieren der Alkoholprävention in der Praxis. ...	282
19.2	Die Funktionelle Störung im engeren Sinn (FSe) ...	248	21.4	Intervention bei Alkoholabhängigkeit	282
19.2.1	Akute funktionelle Störung	249	21.4.1	Qualifizierte Entzugsbehandlung	283
19.2.2	Chronisch-rezidivierende funktionelle Störung. ...	250	21.4.2	Postakutbehandlungen	283
19.3	Somatoforme Störungen	250	21.5	Ärzte mit Suchterkrankungen	283
19.3.1	Definition und Klassifikation somatoformer - Störungen	250	22	Umweltmedizinische Probleme	285
19.3.2	Pathogenese somatoformer Störungen	252		<i>Silke Brockmann</i>	
19.3.3	Epidemiologie	253	22.1	Grundlagen	285
19.3.4	Diagnostisches Vorgehen bei somatoformen Störungen	254	22.1.1	Einführung	285
19.3.5	Therapieoptionen	257	22.1.2	Definitionen	285
20	Palliativmedizinische Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender	259	22.1.3	Umweltmedizin in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung	285
	<i>Ildikó Gágyor, Anne Simmenroth, Gudrun Theile, Jürgen in der Schmitten, Peter Engeser</i>		22.1.4	Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Gesundheit ..	286
20.1	Einleitung	259	22.2	Bedeutung der Umweltmedizin im hausärztlichen Bereich	287
20.2	Epidemiologie in der Allgemeinarztpraxis	260	22.2.1	Einführung	287
			22.2.2	Diagnostisches Vorgehen und abwendbar gefährliche Verläufe	287
			22.2.3	Hausärztliche Verantwortung: Probleme und Fallstricke	289

23	Hausärztliche Gemeindefmedizin (community medicine).....	292	23.3	Gesundheitsziele von Gemeinden	294
	<i>Armin Wiesemann, Andreas Sönnichsen</i>		23.4	Konkrete Möglichkeiten hausärztlicher Tätigkeit im Gemeinderahmen	294
23.1	Einführung	292	23.4.1	Die Arbeit mit Gruppen in der Gemeindefmedizin ..	296
23.2	Gesundheitsrelevante Lebensbereiche in der Gemeinde	294	23.5	Zukunft hausärztlich mitverantworteter Gemeindefmedizin	297
Teil B Häufige Behandlungsanlässe					
1	Der „banale Fall“	301	4.3	Ätiologie – Differenzialdiagnose	326
	<i>Jürgen in der Schmittgen, Heinz-Harald Abholz</i>		4.3.1	Erkrankungen des Bewegungsapparates bzw. der Brustwand (Brustwandsyndrom)	326
1.1	Einführung	301	4.3.2	Ösophagus-Erkrankungen	326
1.2	Warum kommt ein Patient mit „banalem Fall“? ..	302	4.3.3	Syndrom der Pleurareizung	326
1.3	Einige Zahlen	303	4.3.4	Tracheitis, Bronchitis und Perikarditis	327
1.4	Banalität als diagnostische Herausforderung	304	4.3.5	Akutes Koronarsyndrom (ACS)	327
1.5	Definition der „Hidden Agenda“	304	4.3.6	Dissektion eines thorakalen Aortenaneurysmas ..	327
1.6	Barrieren auf Seiten von Patient und Arzt	305	4.3.7	Psychogener Brustschmerz	327
1.7	Leitfaden zur Prüfung vermeintlicher Banalität ..	306	4.4	Abwendbar gefährliche Verläufe – „red flags“	328
2	Kopfschmerz	307	4.5	Diagnostisches Vorgehen	329
	<i>Silke Brockmann, Martin Scherer</i>		4.5.1	Basisdiagnostik	329
2.1	Grundlagen	307	4.5.2	Weiterführende Diagnostik/Schnittstellenproblematik	331
2.1.1	Praxisrelevanz und diagnostische Problematik ..	309	4.5.3	Umgang mit Unsicherheit	332
2.2	Ätiologie und Klassifikation von Kopfschmerzen ..	310	4.5.4	Wenn nicht das Herz, was ist es dann?	333
2.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	311	4.6	Therapieoptionen	334
2.4	Diagnostisches Vorgehen	311	5	Dyspnoe	335
2.4.1	Suche nach sekundären Ursachen	311		<i>Antonius Schneider, Wilhelm Niebling</i>	
2.4.2	Nach Ausschluss sekundärer Ursachen	312	5.1	Einführung	335
2.5	Therapieoptionen	313	5.2	Grundlagen	336
2.5.1	Allgemeine Hinweise	313	5.3	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	336
2.5.2	Spezielle Therapie	314	5.3.1	Asthma	338
2.6	Prognose/Nachsorge	316	5.3.2	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ..	338
3	Halsschmerzen	317	5.3.3	Herzinsuffizienz	339
	<i>Jean-François Chenot, Guido Schmiemann</i>		5.3.4	Akute Atemwegsinfektionen	339
3.1	Einführung	317	5.3.5	Psychische Erkrankungen	339
3.2	Epidemiologie	317	5.3.6	Andere Ursachen für Dyspnoe	340
3.3	Weitere diagnostische Überlegungen	319	5.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	340
3.4	Therapeutische Optionen	322	5.5	Diagnostisches Vorgehen	340
4	Brustschmerz	325	5.5.1	Basisdiagnostik	340
	<i>Stefan Bösner, Norbert Donner-Banzhoff, Uwe Popert, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach</i>		5.5.2	Weiterführende Diagnostik	342
4.1	Einführung	325	5.5.3	Schnittstellenproblematik	343
4.2	Epidemiologie	326	5.6	Therapieoptionen	343
5	Beinschmerzen	349	5.7	Prävention	348
	<i>Thomas Fischer, Hans-Dieter Klimm</i>		6	Beinschmerzen	349
6.1	Einführung	349		<i>Thomas Fischer, Hans-Dieter Klimm</i>	
6.2	Grundlagen	350	6.1	Einführung	349
6.3	Diagnostisches Vorgehen	350	6.2	Grundlagen	350
			6.3	Diagnostisches Vorgehen	350

6.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	350	10.5	Diagnostisches Vorgehen	382
6.5	Differenzialdiagnosen	350	10.5.1	Basisdiagnostik	382
6.5.1	Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ..	351	10.5.2	Erweiterte Diagnostik	383
6.5.2	Tiefe Beinvenenthrombose (TVT)	353	10.6	Therapieoptionen	384
6.5.3	Chronisch-venöse Insuffizienz (CVI)	356	10.6.1	Akute Kreuzschmerzen (≤ 6 Wochen)	384
6.5.4	Arthrose	357	10.6.2	Chronische und rezidivierende Kreuzschmerzen ..	385
7	Bauchschmerzen	359	11	Gelenkbeschwerden	387
	<i>Michael H. Freitag, Heinz-Harald Abholz, Jörg Schelling</i>			<i>Stephan Reichenbach, Martin Scherer</i>	
7.1	Grundlagen	359	11.1	Einführung	387
7.2	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	361	11.2	Epidemiologie und Klassifikation	387
7.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	363	11.3	Differenzialdiagnostischer Überblick	389
7.4	Diagnostisches Vorgehen	363	11.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	392
7.4.1	Basisdiagnostik	363	11.5	Diagnostisches Vorgehen	392
7.4.2	Weiterführende Diagnostik/Schnittstellen- problematik	364	11.5.1	Anamnese	392
7.5	Therapieoptionen	365	11.5.2	Körperliche Untersuchung	393
			11.5.3	Zusatzuntersuchungen	397
			11.5.4	Schnittstelle zum Spezialisten	397
			11.6	Therapieoptionen	397
8	Diarrhö	366	12	Fieber	399
	<i>Antje Bergmann, Katharina Gerlach</i>			<i>Silke Brockmann, Stefan Wilm</i>	
8.1	Grundlagen	366	12.1	Grundlagen	399
8.2	Ätiologie – ein differenzialdiagnostischer Überblick	367	12.2	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	401
8.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	368	12.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	401
8.4	Diagnostisches Vorgehen	368	12.4	Diagnostisches Vorgehen	402
8.4.1	Anamnese	369	12.4.1	Basisdiagnostik	402
8.5	Therapieoptionen	370	12.4.2	Weiterführende Diagnostik/Schnittstellen- problematik	403
9	Obstipation	371	12.5	Therapieoptionen	403
	<i>Michael H. Freitag, Thomas Fischer</i>		12.6	Prognose	404
9.1	Einführung	371	13	Schlafstörungen	406
9.2	Epidemiologie	371		<i>Michael M. Kochen, Nils Schneider</i>	
9.3	Ätiologie	372	13.1	Grundlagen	406
9.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	373	13.2	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	407
9.5	Diagnostisches Vorgehen	373	13.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	408
9.6	Therapieoptionen	375	13.4	Diagnostisches Vorgehen	408
9.6.1	Nicht medikamentöse Therapie	375	13.4.1	Basisdiagnostik	408
9.6.2	Medikamentöse Therapie	376	13.4.2	Weiterführende Diagnostik	409
9.7	Prognose	377	13.5	Therapieoptionen	409
10	Rückenschmerzen	378	13.6	Prognose, Nachsorge	412
	<i>Jean-François Chenot, Wilhelm Niebling, Michael M. Kochen, Annette Becker</i>		13.7	Zusammenfassung	412
10.1	Einführung	378			
10.2	Grundlagen	378			
10.3	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	379			
10.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	380			

14 Husten, Schnupfen, Heiserkeit	413	16.6.4 Seborrhoische Dermatitis	440
<i>Attila Altiner, Guido Schmiemann, Fritz Meyer</i>		16.6.5 Psoriasis vulgaris	441
14.1 Einführung	413	16.6.6 Acne vulgaris	442
14.2 Husten	413	16.6.7 Tinea	443
14.2.1 Grundlagen und Epidemiologie	413	16.6.8 Trockene Haut	445
14.2.2 Ätiologie	414	16.6.9 Sonnenbrand	445
14.2.3 Differenzialdiagnostischer Überblick	414	16.6.10 Hyperhidrose (und Körpergeruch)	446
14.2.4 Abwendbar gefährliche Verläufe	415	16.6.11 Weitere häufige Hautbefunde	447
14.2.5 Diagnostisches Vorgehen	415		
14.2.6 Therapieoptionen	416	17 Schmerzen beim Wasserlassen	448
14.2.7 Prognose	418	<i>Guido Schmiemann, Jutta Bleidorn, Eva Hummers-Pradier, Ildikó Gágyor, Michael M. Kochen</i>	
14.3 Schnupfen und Heiserkeit	419	17.1 Einführung	448
14.3.1 Grundlagen	419	17.2 Epidemiologie und Differentialdiagnose	448
14.3.2 Differenzialdiagnostischer Überblick	419	17.3 Weitere diagnostische Überlegungen	449
14.3.3 Komplikationen	419	17.4 Therapeutische Optionen	450
14.3.4 Diagnostisches Vorgehen	420	17.5 Prophylaxe bei rezidivierenden Harnwegsinfekten	452
14.3.5 Therapieoptionen	420	17.6 Geriatrische Patientinnen	452
		18 Schwindel	453
15 Müdigkeit, Erschöpfung, Leistungsknick	421	<i>Peter Godt, Christiane Godt, Ralf M. Jendyk</i>	
<i>Peter Maisel, Erika Baum, Norbert Donner-Banzhoff</i>		18.1 Behandlungsanlass	453
15.1 Einführung	421	18.2 Definition	454
15.2 Grundlagen	421	18.3 Epidemiologie	454
15.3 Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	422	18.4 Klassifikation	454
15.4 Abwendbar gefährliche Verläufe	425	18.5 Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	455
15.4.1 Depression und Angststörungen	425	18.6 Abwendbar gefährliche Verläufe	456
15.4.2 Malignome und chronische Erkrankungen	425	18.7 Diagnostisches Vorgehen	457
15.4.3 Häufige Fehler und Trugschlüsse	426	18.7.1 Anamnese	457
15.5 Diagnostisches Vorgehen	427	18.7.2 Körperliche Untersuchung	459
15.5.1 Basisdiagnostik	427	18.8 Weiterführende Diagnostik	461
15.5.2 Weiterführende Diagnostik/Schnittstellen- problematik	428	18.8.1 Technische Untersuchungen	461
15.6 Therapieoptionen	428	18.8.2 Überweisung	461
15.6.1 Medikamentöse Therapie	428	18.9 Therapieoptionen	461
15.6.2 Allgemeinmaßnahmen	428	18.9.1 Allgemeines	461
15.7 Prognose, Nachsorge	430	18.9.2 Weitere Grundsätze zur Therapie	463
		19 Angst	464
16 Hautausschlag	431	<i>Antje Bergmann, Antonius Schneider</i>	
<i>Thomas Fischer, Stephan Bartels</i>		19.1 Einführung	464
16.1 Einführung	431	19.2 Grundlagen und Epidemiologie	466
16.2 Grundlagen	431	19.3 Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	466
16.3 Anamnese	432	19.4 Abwendbar gefährliche Verläufe	466
16.4 Körperliche Untersuchung	433	19.5 Diagnostisches Vorgehen	467
16.4.1 Bewertung der Einzeleffloreszenz	433	19.5.1 Allgemeine Diagnostik	467
16.4.2 Verteilung der Effloreszenzen	433	19.5.2 Spezielle Diagnostik	468
16.5 Grundlagen der Therapie	436	19.6 Therapieoptionen	469
16.5.1 Terminologie topischer Zubereitungen	436	19.6.1 Allgemeine Aspekte der Angsttherapie	469
16.5.2 Regeln zum Verschreiben von Cremes und Salben ..	437	19.6.2 Das ärztliche Gespräch	470
16.6 Häufige Hauterkrankungen in der Hausarztpraxis ..	438	19.6.3 Psychotherapie	470
16.6.1 Dermatitis/Ekzem	438	19.6.4 Medikamentöse Therapie	470
16.6.2 Atopische Dermatitis	438	19.7 Prognose	471
16.6.3 Kontaktdermatitis	439		

20	Depression	472	22.6	Weiterführende Diagnostik, Schnittstellenproblematik, Therapieoptionen	500
	<i>Sven Schulz, Jochen Gensichen</i>				
20.1	Einleitung	472	23	Ohrenschmerzen	501
20.2	Grundlagen	473		<i>Fritz Meyer, Attila Altiner</i>	
20.2.1	Definitionen.....	473	23.1	Behandlungsanlass	501
20.2.2	Verläufe.....	473	23.2	Grundlagen	502
20.2.3	Risikofaktoren.....	474	23.3	Ätiologie der Ohrenschmerzen – differenzialdiagnostischer Überblick	503
20.2.4	Epidemiologie.....	474	23.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	503
20.3	Diagnostik depressiver Erkrankungen	474	23.5	Diagnostisches Vorgehen	503
20.3.1	Basisdiagnostik.....	474	23.5.1	Basisdiagnostik.....	503
20.3.2	Verlaufdiagnostik.....	475	23.5.2	Weiterführende Diagnostik, Schnittstellenproblematik.....	505
20.3.3	Überweisung.....	475	23.6	Therapieoptionen und Prognose	505
20.3.4	Suizidalität.....	476	24	Beschwerden an Nacken, Schulter, Armen und Händen	508
20.4	Therapiestrategien bei Depression	477		<i>Markus Gulich, Martin Scherer</i>	
20.4.1	Nicht medikamentöse Therapie.....	478	24.1	Grundlagen	508
20.4.2	Medikamentöse Therapie.....	479	24.2	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	509
20.5	Depression und Komorbidität	480	24.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	510
20.5.1	Depression und psychische Komorbidität.....	480	24.4	Diagnostisches Vorgehen	511
20.5.2	Depression und somatische Erkrankungen.....	481	24.4.1	Basisdiagnostik.....	511
21	Augenprobleme	482	24.4.2	Weiterführende Diagnostik.....	512
	<i>Ralf M. Jendyk, Robert Werhahn</i>				
21.1	Einleitung	482	24.5	Therapieoptionen	513
21.2	Das rote Auge	482	24.6	Prognose, Nachsorge	514
21.2.1	Bakterielle Konjunktivitis.....	484	25	Potenzstörungen	515
21.2.2	Virale Konjunktivitis.....	484		<i>Michael M. Kochen, Ralf Jendyk</i>	
21.2.3	Allergische Konjunktivitis.....	485	25.1	Einführung	515
21.2.4	Subkonjunktivale Blutung (Hyposphagma).....	485	25.2	Definition und Epidemiologie	515
21.2.5	Skleritis/Episkleritis.....	486	25.3	Klassifikation/Stadieneinteilung	516
21.2.6	Herpes-simplex- und Varizella-zoster-Virus-Infektionen.....	486	25.4	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	516
21.2.7	Uveitis/Iritis.....	486	25.5	Abwendbar gefährliche Verläufe	517
21.2.8	Kornealulzera.....	487	25.6	Diagnostisches Vorgehen	517
21.2.9	Akuter Glaukomanfall.....	487	25.6.1	Basisdiagnostik.....	517
21.2.10	Keratoconjunctivitis photoelectrica („Verblitzung“, Schneeblindheit).....	487	25.6.2	Weiterführende Diagnostik.....	518
21.3	Weitere für die Hausarztpraxis wichtige Augen-erkrankungen	488	25.7	Therapieoptionen	518
21.3.1	Trockenes Auge (Keratoconjunctivitis sicca).....	488	25.7.1	Medikamentöse Therapie.....	518
21.3.2	Hordeolum und Chalazion.....	488	25.8	Zusammenfassung	519
21.3.3	Blepharitis.....	489	26	Essstörungen	520
21.3.4	Verletzungen und Fremdkörper.....	489		<i>Silke Brockmann</i>	
21.3.5	Orbitaphlegmone.....	489	26.1	Grundlagen	520
21.3.6	Wann soll grundsätzlich überwiesen werden?.....	490	26.1.1	Definition und Klassifikationen.....	520
22	Hörstörungen	491	26.1.2	Methoden der Gewichtsreduktion bei Essstörungen	521
	<i>Fritz Meyer, Attila Altiner</i>				
22.1	Behandlungsanlass	491	26.1.3	Körperwahrnehmungsstörungen als ein Merkmal von Anorexia nervosa.....	521
22.2	Grundlagen	493			
22.3	Ätiologie der Hörstörungen – differenzialdiagnostischer Überblick	494			
22.4	Abwendbar gefährliche Verläufe	495			
22.5	Diagnostisches Vorgehen	496			
22.5.1	Basisdiagnostik.....	496			

26.2	Klinische Bilder	522	27.5.3	Toiletentraining	533
26.2.1	Anorexia nervosa	522	27.5.4	Hilfsmittel	533
26.2.2	Bulimia nervosa	523	27.5.5	Physiotherapie	534
26.2.3	Binge-Eating-Disorder (Essanfälle, „Fressattacken“)	523	27.5.6	Medikamentöse Therapie	534
26.3	Epidemiologie	523	27.6	Prognose	535
26.4	Differenzialdiagnostische Überlegungen	524			
26.5	Abwendbar gefährliche Verläufe	524			
26.6	Diagnostisches Vorgehen	525			
26.6.1	Anamnese	525			
26.6.2	Korpeliche Untersuchung	525			
26.6.3	Schnittstellenproblematik – Hausartzliche Rolle ..	526			
26.7	Therapieoptionen	527			
26.8	Prognose, Nachsorge	527			
27	Harninkontinenz	528			
	<i>Christina Niederstadt, Andreas Sönnichsen</i>				
27.1	Grundlagen	528	28.1	Einführung	536
27.2	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	529	28.2	Grundlagen	537
27.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	530	28.2.1	Diagnose einer Demenz bzw. einer „Schweren Neurokognitiven Störung“ nach DSM-5	537
27.4	Diagnostisches Vorgehen	530	28.2.2	Codierung der Demenz-Syndrome nach ICD-10 ..	538
27.4.1	Basisdiagnostik	530	28.2.3	Diagnose von Vorstadien der Demenz	538
27.4.2	Weiterführende Diagnostik/Schnittstellenproblematik	532	28.2.4	Epidemiologie der Demenz	538
27.5	Therapieoptionen	532	28.3	Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick ..	539
27.5.1	Allgemeinmanahmen – allgemeinartzliches Beratungskonzept	532	28.4	Diagnostisches Vorgehen	540
27.5.2	Verhaltensintervention	532	28.4.1	Basisdiagnostik	540
			28.5	Labordiagnostik	542
			28.5.1	Weiterführende Diagnostik	542
			28.6	Therapieoptionen	543
			28.6.1	Allgemeine Maßnahmen	543
			28.6.2	Medikamentöse Therapie	545
			28.6.3	Psychosoziale Therapieoptionen	547
			28.7	Prognose, Nachsorge	548
			28.8	Abwendbar gefährliche Verläufe	549

Teil C Theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin

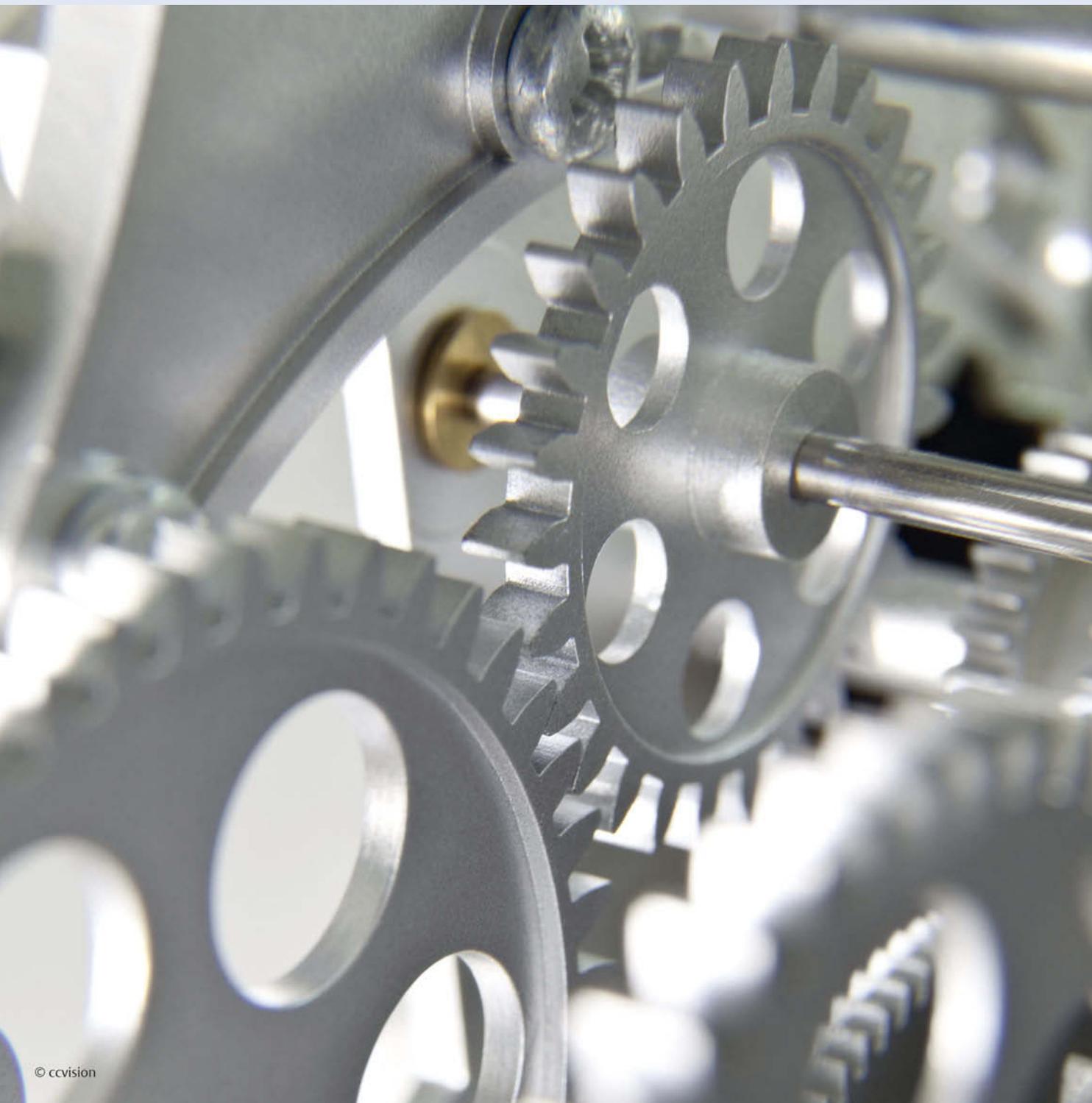
1	Definition der Allgemeinmedizin	553	2.3	Befindlichkeitsstörung – Krankheit – behandelte Krankheit	559
	<i>Heinz-Harald Abholz, Michael M. Kochen</i>		2.4	Die Behandlungsanlässe in der Allgemeinpraxis ..	560
			2.5	Der unterschiedliche Inhalt einer medizinischen Diagnose im ambulanten und klinischen Bereich ..	565
1.1	Das Problem einer Definition	553	2.6	Arbeitsinhalte der Allgemeinpraxis	565
1.2	Charakteristika des Faches	553	2.7	Biostatistische Grundlagen allgemeinmedizinischer Arbeit	566
1.3	Zwei zentrale Begriffe der Allgemeinmedizin	556	2.8	Rahmenbedingungen medizinischen Nutzens	566
1.4	Die offizielle Definition des Faches Allgemeinmedizin	556	2.8.1	Diagnostischer Nutzen	567
1.4.1	Die Definition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	557	2.8.2	Therapeutischer Nutzen	571
1.5	Allgemeinmedizin im Wandel	557			
2	Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin	558	3	Evidenzbasierte Medizin	575
	<i>Norbert Donner-Banzhoff, Heinz-Harald Abholz</i>			<i>Jean-François Chenot, Wolfgang Blank</i>	
2.1	Definitionen	558	3.1	Einführung	575
2.1.1	Epidemiologie	558	3.2	Klinische Fragen	576
2.1.2	Biostatistik	559	3.3	Strategien im Praxisalltag	578
2.2	Krankheitsbilder und Behandlungsanlässe in der Allgemeinmedizin	559	3.3.1	Leitlinien und Richtlinien	578

4	Qualitätsförderung in der Allgemeinmedizin	582	7	Soziale Dimensionen von Krankheit und Kranksein	614
	<i>Martin Scherer, Joachim Szecsenyi, Ferdinand Gerlach</i>			<i>Wolfgang Himmel, Heinz-Harald Abholz</i>	
4.1	Warum Qualitätsförderung?.....	582	7.1	Einführung.....	614
4.2	Was ist Qualität?.....	582	7.2	Krankheit und Sterblichkeit als soziales Risiko....	614
4.3	Wie kann man Qualität beurteilen?.....	583	7.3	Die soziale Dimension von Krankheit.....	616
4.3.1	Der Zusammenhang zwischen Prozess und Ergebnis	584	7.4	Die soziale Dimension des Krankseins.....	617
4.4	Methoden der Qualitätsförderung.....	584	7.5	Hilfesuche als sozialer Prozess.....	618
4.4.1	Dokumentation.....	584	7.6	Selbsthilfe und das Eisberg-Phänomen.....	620
4.4.2	Beobachtung.....	585	7.7	Diagnose als Legitimierung des Krankseins.....	621
4.4.3	Befragung eigener Patienten.....	585	7.8	Krankheitsbewältigung: Versuch der Erhaltung bzw. Wiederherstellung sozialer Identität.....	622
4.5	Umsetzung eines konkreten Qualitätsprojektes....	586	7.9	Die soziale Dimension von Krankheit und Kranksein als hausärztliche Herausforderung....	624
4.5.1	Erster Schritt: Prioritäten festlegen.....	586			
4.5.2	Indikatoren für die Qualität der Versorgung formulieren.....	587	8	Arzt-Patienten-Beziehung in der Allgemeinpraxis	625
4.5.3	Leitlinien nutzen.....	587		<i>Wolfgang Himmel, Ulrich Schwantes</i>	
4.5.4	Institutionalisierte Qualitätsförderung.....	589	8.1	Einführung.....	625
4.5.5	Der Kreislauf der Qualitätsförderung.....	589	8.2	Beziehung als Spiegelung von Gefühlen.....	625
4.6	Qualitätszirkel.....	590	8.3	Der Patient – eine Rolle?.....	626
4.6.1	Prinzipien.....	590	8.4	Umgang mit Beziehungsstrukturen.....	627
4.6.2	Beispiel QZ Pharmakotherapie.....	590	8.5	Körpersprache in der Arzt-Patienten-Beziehung..	627
4.6.3	Bedeutung für die Allgemeinmedizin.....	591	8.6	Sackgassen in der Beziehung.....	628
4.6.4	Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis.....	591	8.6.1	Arzt-Zentriertheit.....	628
4.6.5	Fehlervermeidung und Risikomanagement.....	592	8.6.2	Routine.....	628
			8.6.3	Doppelbotschaften.....	629
5	Quartäre Prävention – die Verhinderung nutzloser Medizin	594	8.6.4	Enttäuschung.....	629
	<i>Thomas Kühlein, Thomas Maibaum, Marco Roos, David Klemperer</i>		8.7	Austausch und Partnerschaft – neue Konzepte für das Verhältnis von Arzt und Patient.....	629
5.1	Einführung.....	594	8.8	Arzt-Patienten-Beziehung als Interaktionsdilemma	631
5.2	Primäre Prävention.....	595	8.9	Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung.....	634
5.3	Sekundäre Prävention.....	595	8.10	Trennung vom Patienten.....	635
5.4	Tertiäre Prävention.....	596	8.11	Ausblick.....	635
5.5	Quartäre Prävention.....	596			
6	Der Patient im Kontext der Familie	600	9	Ethische Fragen und Konflikte in der Allgemeinmedizin	636
	<i>Wolfgang Himmel, Reinhold Klein</i>			<i>Ildikó Gágyor, Alfred Simon, Jürgen in der Schmitten</i>	
6.1	Einführung.....	600	9.1	Einführung.....	636
6.2	Bedeutung der Familienmedizin.....	600	9.2	Ethische Prinzipien.....	636
6.3	Die familienmedizinische Anamnese.....	602	9.2.1	Respekt vor Autonomie.....	637
6.4	Genogramme zur Unterstützung des familienmedizinischen Ansatzes.....	603	9.2.2	Das Prinzip des Nicht-Schadens (Non-Malefizienz)	638
6.5	Familienstruktur.....	604	9.2.3	Das Prinzip, Gutes zu tun (Benefizienz).....	638
6.6	Der Lebenszyklus der Familie.....	605	9.2.4	Das Prinzip der (Verteilungs-) Gerechtigkeit....	639
6.7	Risikozonen im Leben der Familie.....	606	9.3	Entscheidungshilfen für die Praxis.....	639
6.8	Erkrankungen im Lebenszyklus der Familie.....	606	9.3.1	Ein Leitfaden für die ethisch fundierte Entscheidungsfindung in der Hausarztpraxis.....	640
6.9	Genetisches Risiko und Familienmedizin.....	607	9.3.2	Ambulante Ethikberatung.....	640
6.10	Technik des Gesprächs mit oder über Familien....	611			
6.11	Vorteile familienmedizinischer Betreuung.....	612			
6.12	Aktuelle Bedeutung der Familienmedizin.....	613			

9.4	Behandlung im Voraus planen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung	641	10.3	Leichte und schwierige Entscheidungen	647
9.4.1	Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning)	641	10.3.1	Übergeordnete Behandlungsziele	647
9.4.2	Rechtlicher Rahmen	641	10.3.2	Kranksein und Mehrdimensionalität	648
9.5	Ethisches Handeln in der Praxis	642	10.3.3	Hermeneutisches Fallverständnis	648
9.5.1	Alltägliche Entscheidungen	642	10.3.4	Subjektivität der Entscheidungsfindung	649
			10.3.5	Der Umgang mit Subjektivität und Unsicherheit	649
			10.3.6	Illustrierende Fallbeispiele	650
10	Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin	645	11	Allgemeinmedizin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	656
	<i>Heinz-Harald Abholz, Stefan Wilm</i>			<i>Günther Egidi, Stefan Bilger, Wilhelm Niebling, Jörg Schelling</i>	
10.1	Problemstellung	645	11.1	Einführung	656
10.2	Das Vorgehen bei Entscheidungen	646	11.2	Vergütung von Vertragsärzten	658
10.2.1	Hierarchisierung nach Problembereichen als Ausgangspunkt jeder Entscheidung	646	11.3	Versorgungssituation in Deutschland	660
10.2.2	Nutzen für den Patienten	647			

Teil D Anhang

1	Wichtige Formulare im Alltag der hausärztlichen Versorgung	667	2	Zusatzweiterbildungen für den Allgemeinarzt	679
	<i>Stefan Wilm</i>			<i>Stefan Wilm, Jost Steinhäuser</i>	
1.1	Einführung	667	2.1	Einführung	679
1.2	Elektronische Gesundheitskarte/Abrechnungsschein für vertragsärztliche Behandlung	667			
1.3	Notfall-/Vertretungsschein	668		Sachverzeichnis	681
1.4	Überweisungsschein	669			
1.5	Verordnung von Krankenhausbehandlung	670			
1.6	Verordnung häuslicher Krankenpflege	671			
1.7	Kassenrezept	673			
1.8	Heilmittelverordnung	674			
1.9	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)	676			
1.10	Verordnung einer Krankenförderung	677			



Hausärztliche Handlungskonzepte

- 1 **Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation** 25
- 2 **Der Hausbesuch** 34
- 3 **Der Notfall in der Allgemeinmedizin** 44
- 4 **Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren** 51
- 5 **Gesundheitsberatung** 65
- 6 **Impfungen** 73
- 7 **Arbeitsunfähigkeit, Vorsorgemaßnahmen, Rehabilitation, Gutachten** 93
- 8 **Umgang mit Arzneimitteln** 104
- 9 **Umgang mit physikalischer Therapie** 126
- 10 **Komplementärmedizin und Naturheilverfahren** 137
- 11 **Psychotherapeutische Aspekte in der Allgemeinmedizin** 148
- 12 **Arzt-Patienten-Kommunikation** 160
- 13 **Sexualberatung** 169
- 14 **Ausländische Patienten** 179
- 15 **Krankheit bei alten Menschen** 191
- 16 **Kinder und Jugendliche in der hausärztlichen Praxis** 206
- 17 **Chronisches Kranksein** 220
- 18 **Lebensbedrohliche chronische Erkrankungen am Beispiel Krebs und AIDS** 235
- 19 **Funktionelle und somatoforme Störungen** 247
- 20 **Palliativmedizinische Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender** 259
- 21 **Umgang mit riskantem Konsum und Sucht am Beispiel Alkohol** 272
- 22 **Umweltmedizinische Probleme** 285
- 23 **Hausärztliche Gemeindemedizin (community medicine)** 292



1 Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation

1.1	Die Bedeutung von Anamnese und körperlicher Untersuchung in der Allgemeinmedizin	25
1.2	Spezifische allgemeinärztliche Anamnese und Untersuchung	25
1.3	Erlebte Anamnese	26
1.4	Eine zentrale Frage: Was haben Sie sich gedacht?	28
1.5	Die Validität allgemeinmedizinischer Anamnese	29
1.6	Das Gespräch bei der Anamnese-Erhebung	29
1.7	Evidenzbasierte körperliche Untersuchung in der Allgemeinmedizin	31
1.8	Dokumentation	32

Jost Steinhäuser, Heinz-Harald Abholz

1.1 Die Bedeutung von Anamnese und körperlicher Untersuchung in der Allgemeinmedizin

Anamnese und körperliche Untersuchung sind in der Medizin von zentraler Bedeutung – dies gilt für jeden Arzt. Mehr als in jedem anderen Fach der Medizin wird allerdings in der Allgemeinmedizin das größte Gewicht auf die Anamnese gelegt. Eine genaue **Anamnese** und eine gewissenhaft durchgeführte körperliche **Untersuchung** erlauben in einem hohen Prozentsatz eine Diagnose zu stellen bzw. Verdachtsdiagnosen auszusprechen. Letztere sind dann ggf. mit laborchemischer und/oder technischer Diagnostik weiter abzuklären.

In der Allgemeinmedizin können 80–90% aller Diagnosen durch Anamnese und körperliche Untersuchung mit einer Genauigkeit gestellt werden, die den Arzt handlungsfähig macht.

Die Stellung einer Verdachtsdiagnose ist in der Allgemeinmedizin von großer Bedeutung: Beim Hausarzt kommt es – im Vergleich zu Spezialisten in Praxis oder Krankenhaus – zur Vorstellung einer Vielzahl von Symptomen und Beschwerden, hinter denen sich (prävalenzbedingt) seltener schwerwiegende bzw. umschriebene Krankheitsbilder verbergen.

Es ist also gerade für den Allgemeinarzt wichtig, über Anamnese und körperliche Untersuchung vorzuklären, an welcher Stelle weitergehende technische Diagnostik notwendig ist und wann sie unterbleiben kann. Gerade in dieser Reduktion auf das Wesentliche liegt die ärztliche Kunst. Dies spart Ressourcen und schützt den Patienten vor unnötiger, möglicherweise belastender Diagnostik (z. B. vor Röntgenstrahlen). Für die verantwortungsvolle Aufgabe, mit einem hohen Maß an Sicherheit eine Vorselektion derjenigen Patienten zu treffen, die weiter untersucht werden müssen, sind sowohl fundierte Kenntnisse in der Medizin als auch die Erfahrung allgemeinarztlichen Handelns nötig.

1.2 Spezifische allgemeinärztliche Anamnese und Untersuchung

► Fallbeispiel.

Fallbeispiel 1

Ein **45-jähriger Patient** kommt mit einer Bläschenbildung im Bereich der linken Achselhöhle und des linken Thorax zu mir. Die Inspektion der Veränderung und die streng halbseitige Lokalisierung lassen keinen Zweifel an einer **Gürtelrose**. Meine Anamnese beschränkt sich auf die Frage, ob er in letzter Zeit sehr viele Belastungen gehabt habe. Er bejaht dies und berichtet von einer sehr anstrengenden Geschäftsreise sowie dem „erneuten Kummer“ mit seinem Freund. Beim Anziehen sagt er dann noch: „Ich habe die Stelle immer mit Babypuder behandelt, man muss ja schließlich etwas dagegen tun. Ich habe mir schon gedacht, dass es wieder eine Gürtelrose ist.“ Ähnlich kurz wie die Anamnese ist meine körperliche Untersuchung. Sie beschränkt

1.1 Die Bedeutung von Anamnese und körperlicher Untersuchung in der Allgemeinmedizin

Eine genaue **Anamnese** und eine gewissenhaft durchgeführte **Untersuchung** erlauben in einem hohen Prozentsatz die Stellung einer (Verdachts-)Diagnose.

Beim Hausarzt kommt es – im Vergleich zu Spezialisten in Praxis oder Krankenhaus – zur Vorstellung einer Vielzahl von Symptomen und Beschwerden, hinter denen sich seltener schwerwiegende bzw. umschriebene Krankheitsbilder verbergen.

Es ist entscheidend, mit einem hohen Maß an Sicherheit die Vortestwahrscheinlichkeit derjenigen Patienten zu erhöhen, die weiter untersucht werden müssen.

1.2 Spezifische allgemeinärztliche Anamnese und Untersuchung

► Fallbeispiel.

sich auf die Inspektion der Haut. Und dies, obwohl mir klar ist, dass sich hinter einem Herpes zoster – selten, wie die Literatur ausweist – konsumierende Erkrankungen, Abwehrstörungen usw. verbergen können. Warum ich dennoch nicht mehr wissen wollte, hatte eine recht einfache Erklärung: Ich kenne den Patienten seit 6 Jahren, weiß, dass er **HIV-positiv** ist und eine **leicht erniedrigte T4-Zellzahl** aufweist (bisher Stadium B2 nach CDC-Klassifikation) und dass er als homosexueller Mann mit einem festen Partner zusammenlebt. Dieser macht immer wieder „Ausbrüche“ aus der festen Beziehung, die meinen Patienten dann in tiefe Krisen stürzen. Ich weiß schließlich, dass der Patient für seinen Umgang mit der HIV-Infektion den Weg gewählt hat, sich möglichst nicht kontinuierlichen medizinischen Kontrollen oder Prophylaxemaßnahmen auszusetzen, sondern „gesund“ zu leben und nur bei deutlicher Symptomatik einen Arzt aufzusuchen. Eine antiretrovirale Medikation lehnt der Patient derzeit ab, um nicht dauernd an die Krankheit erinnert zu werden. Trotz wiederholter Diskussion, bzw. des Beginns einer Behandlung, zeige ich in diesem Moment **keine Neigung, diese Umgangsform mit der Krankheit zu durchbrechen und eine weitergehende Diagnostik zu betreiben**. Mir scheint dies auch ohne Gefährdung vertretbar, denn es ist aus der Literatur bekannt, dass bei betroffenen Patienten eine HIV-Infektion ohne weitere opportunistische Infekte ausreicht, um überhäufig einen Herpes zoster zu verursachen. Zudem werde ich den Patienten im Verlauf seiner Grunderkrankung noch einige Male sehen.

Regeln für Anamnese und klinische Untersuchung in der Allgemeinmedizin:

1. eine vollständige Anamnese und körperliche Untersuchung wird in der Praxis meist erst über einen längeren Zeitraum erreicht.
2. Bei umschriebenen Fragestellungen ist eine fokussierte Anamnese und Untersuchung verantwortbar.
3. Eventuell wird auf weitere diagnostische Maßnahmen verzichtet.
4. **Von erheblicher Bedeutung ist das Zuhören auf die Wortwahl des Kranken**, vgl. Kap. Arzt-Patienten-Kommunikation (S. 160).
5. Eine längere Arzt-Patienten-Beziehung führt im Laufe der Zeit zu einer „**erlebten Anamnese**“.

Verallgemeinert man das oben Geschilderte, so lässt sich für die Allgemeinmedizin in Bezug auf Anamnese und körperliche Untersuchung Folgendes festhalten:

1. Der Allgemeinarzt kommt zu einer vollständigen Anamnese und körperlichen Untersuchung – in der Regel – über die Zeit, in der er seinen Patienten betreut und intensiv kennen lernt.
2. Häufig ist der Allgemeinarzt – ebenso wie der Spezialist – nur zu einem umschriebenen Gesundheitsproblem gefragt und verzichtet dann zum Teil auf eine umfassende Anamnese und körperliche Untersuchung. Dies ist im Zusammenhang mit Punkt 1 verantwortbar.
3. Der Allgemeinarzt verzichtet manchmal sogar auf eine weitergehende Anamnese und Untersuchung, selbst wenn diese medizinisch wünschenswert wären (z. B. wenn die Ausweitung von Anamnese und körperlicher Untersuchung mit anderen Aspekten der Betreuung des Patienten in Kollision gerät).
4. **Von erheblicher Bedeutung ist das Zuhören auf die Wortwahl des Kranken**. Den Hinweis des Patienten im obigen Beispiel, er habe Babypuder benutzt, denn man müsse etwas tun, nehme ich sehr ernst: Neben meiner Verordnung von Aciclovir (Zovirax, Generika) erörtere ich auch noch die wissenschaftlich zwar fragwürdige, vom Patienten aber gewünschte Möglichkeit, mit B-Vitaminen selbst etwas gegen seine Beschwerden zu unternehmen. Meine Botschaft soll sein: Ich nehme Sie ernst.
5. Mit zur Anamnese in der Allgemeinmedizin gehört auch, dass mit dem Patienten über Jahre eine gemeinsame Erfahrung vorliegt. Diese Erweiterung der Anamnese, die ganz spezifisch für die kontinuierliche Betreuung in der Allgemeinpraxis ist, wird als „**erlebte Anamnese**“ bezeichnet.

1.3 Erlebte Anamnese

Voraussetzungen: Lange bestehende Arzt-Patienten-Beziehung, häufige Arzt-Patienten-Kontakte, vertrauensvolles Verhältnis.

1.3 Erlebte Anamnese

Die erlebte Anamnese – hier verstanden als Terminus technicus – entsteht nur in Arzt-Patienten-Beziehungen, die eine oder mehrere der folgenden Bedingungen aufweisen:

- Lange bestehende bzw. vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung
- Häufige Arzt-Patienten-Kontakte
- Betreuung während schwieriger Lebensphasen/einschneidender Ereignisse des Patienten

Diese oder ein Teil dieser Bedingungen sind besonders beim Hausarzt gegeben, können aber grundsätzlich auch beim Spezialisten vorhanden sein, wenn dieser sehr intensiv einen chronisch kranken Patienten betreut.

► Definition.

► **Definition.** Unter der **erlebten Anamnese** versteht man die – gedankliche oder manchmal auch schriftliche – Sammlung von Informationen über einen **eigenen** Patienten, die aus einer **gemeinsamen mit dem Patienten erlebten Geschichte** von Krankheit und Gesundheit stammen.

Anders als die medizinische Anamnese beinhaltet die erlebte Anamnese nicht nur gut benennbare Diagnosen, Befunde und definierte Tatbestände aus der Vorgeschichte, sondern sie zeichnet sich durch Aspekte aus, die – wenn überhaupt – nur durch einen längeren Text festhaltbar wären.

Dies sind:

- Die mit dem Patienten gemachten **Erfahrungen zu dessen Umgang mit Krankheit und Gesundheit**. Der „wehleidige“ oder der „bagatellisierende“ Patient sind hierbei nur extreme Beispiele für eine sehr nuancierte Vielfalt von Formen des Krankheitsumganges.
- Die **Erinnerung an Symptome**, angegebene Beschwerden, aber auch **grenzwertige Befunde aus der Vergangenheit, die bisher nicht Eingang in eine Diagnose** für den Patienten gefunden haben. Hier werden also die bisher nicht einzuordnenden Dinge festgehalten, die in einer neuen Situation möglicherweise einen Sinn bekommen – wenn sie z. B. mit weiteren, aktuell aufgetretenen Beschwerden zusammen zu einer Diagnose führen können.
- **Immanent präsent**, weil **erlebte Vorgeschichte zur medizinischen Anamnese**. Da Krankheiten eine hohe Vielfalt von Ausprägung und Verlauf haben, lässt sich durch eine medizinische Anamnese nur ein erheblich vereinfachtes Bild gewinnen. Bei sehr dramatischen Erkrankungen ist dies häufig ausreichend, um als Arzt handlungsfähig zu sein. Es gibt aber viele Bereiche, in denen die erlebte „medizinische Anamnese“ sehr hilfreich ist.

Ein Fallbeispiel soll die Bedeutung der erlebten Anamnese illustrieren.

► Fallbeispiel.

Fallbeispiel 2

Ein **68-jähriger**, sehr korpulenter, ehemaliger **Baggerführer** mit einem nie richtig gut eingestellten Hypertonus und einem hohen Zigarettenkonsum ruft in der Vormittagsstunde an, ob ich nicht heute einmal zum Hausbesuch kommen könne, er „fühle sich so gar nicht“. Auf meine Nachfrage sagt er, ihm sei so komisch im Kopf und außerdem sei ihm heute die Kaffeekanne fast aus der linken Hand gerutscht. Dies sei zwar die Hand, in der er noch eine Teillähmung nach dem Unfall vor 14 Jahren habe, aber so ungeschickt wie heute habe er sich noch nie angestellt. Mit der Hand sei eigentlich wieder alles in Ordnung, aber der Kopf sei so komisch. Vielleicht habe er gestern beim Skat doch etwas zu viel Bier getrunken.

Ich sehe den Patienten recht selten – wenn er seine Rezepte holt, oder dann, wenn er schon erheblich krank ist mit einer Erkältung, einem massiven Durchfall oder einer Prellung des Fußes. Wenn dieser Mann – so sage ich mir – anruft (er hat noch nie einen Hausbesuch angefordert), dann liegt hier auch etwas vor (*Punkt 1 der erlebten Anamnese*). Neulich, als er wegen des gequetschten Fußes kam, hatte er mir doch von diesem Kribbeln im linken Arm gesprochen, das ich – bei erheblichen Schmerzen und Hyperventilation dabei – auf Letztere zurückgeführt hatte. Nicht ganz stimmig war, dass dieses Kribbeln nur auf der einen Seite angegeben wurde. Ich hatte dann bei der Notversorgung des Fußes und nach Gabe eines Analgetikums ganz vergessen hier nachzufragen, um diese Unstimmigkeit zu verstehen. Jetzt fiel mir dies wieder ein (*Punkt 2 der erlebten Anamnese*). Ich fuhr zur Wohnung des Patienten und war gespannt, was ich finden würde. Der Mann entschuldigte sich mehrmals, dass er mich überhaupt geholt habe, eigentlich sei ja das mit dem Kopf auch jetzt nicht mehr so schlimm. Bei der Untersuchung lag der Blutdruck bei 180/110 mmHg, ein Wert, der sicherlich die Beschwerden nicht erklärte und den er ab und zu einmal bei Aufregung hatte. Die weitere Untersuchung in Richtung Schwindel – so interpretierte ich das eigenartige Gefühl im Kopf – erbrachte nichts. Bei den Risikofaktoren, dem jetzt erhöhten Blutdruck, dem „komischen Gefühl im Kopf“, käme aber auch ein „kleiner“ Schlaganfall in Frage – dachte ich. Die neurologische Untersuchung erbrachte eine Schwäche im linken Arm (was mir bekannt war), bestand doch hier die Teilparese auf Grund des Arbeitsunfalls mit Läsion im Plexus brachialis. Beim Vorhalteversuch zeigte sich aber, dass diese Schwäche eine Nuance stärker ausgeprägt war, als es sonst der Fall gewesen war (*Punkt 3 der erlebten Anamnese*). Die Diagnose einer zerebralen Ischämie wurde schließlich bestätigt.

Die erlebte Anamnese beinhaltet nicht nur gut benennbare Diagnosen, Befunde und definierte Tatbestände, sondern auch folgende Aspekte:

- **Erfahrungen** zum Umgang des Patienten mit Krankheit und Gesundheit.
- **Erinnerung** an Symptome und grenzwertige Befunde, die bisher nicht Eingang in eine Diagnose gefunden haben.
- Immanent präsent, weil **erlebte Vorgeschichte** ergänzend zur aktuellen medizinischen Anamnese.

► Fallbeispiel.

1.4 Eine zentrale Frage: Was haben Sie sich gedacht?

Zur Beurteilung der Selbstbeobachtung und Beurteilungsfähigkeit des Patienten sollte diese Frage nach jeder Schilderung der Symptomatik erfolgen.

► Fallbeispiel.

Die Frage nach der Erklärung der Symptomatik durch den Patienten kann hilfreich sein und dabei ergeben sich Hinweise auf das **Krankheitskonzept des Patienten**.

Für einen sinnvollen therapeutischen Ansatz ist das Wissen um das Krankheitskonzept wichtig, weil der Krankheitsverlauf entscheidend davon abhängen kann.

1.4 Eine zentrale Frage: Was haben Sie sich gedacht?

Wesentlich für die allgemeinmedizinische Anamnese-Erhebung, die den Patienten als zentrale Person mit Selbstbeobachtung und Beurteilungsfähigkeit ernst nimmt, ist die Frage: „Was haben Sie sich gedacht?“ Eine solche Frage sollte nach jeder Schilderung der Symptomatik erfolgen. Ein Fallbeispiel, in dem diese Frage – fehlerhaft – unterblieb, soll dies illustrieren.

► Fallbeispiel.

Fallbeispiel 3

Eine **42-jährige Patientin** kommt zu mir mit **heftigen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des Nackens**. Sie klagt über eine massive Bewegungseinschränkung, die durch die Schmerzen bedingt sei. Die Beschwerden hätten immer weiter zugenommen und hielten nun schon eine knappe Woche an. Ich habe die Patientin bisher immer nur für recht kurze Zeit im Zusammenhang mit jeweils sehr dramatisch geschilderten Beschwerden behandelt. So unterschiedlich diese Beschwerden auch waren, eine feste Diagnosestellung war nicht möglich und wohl auch nicht notwendig. Die Symptomatik verschwand dann – gemessen an der jeweils vortragenen Dramatik – immer wieder recht schnell. Auch diesmal ging ich von einem ähnlichen Verlauf aus, nachdem bei der körperlichen Untersuchung außer der geschilderten Schmerzhaftigkeit und einer leichten Verspannung im Bereich des Nackens keinerlei weitere Auffälligkeiten zutage traten. Da die Patientin – wie sie berichtete – schon einen erfolglosen Behandlungsversuch mit einer Rheumasalbe unternommen hatte, beginne ich die **Behandlung mit einem nicht-steroidalen Antirheumatikum**. Schon einen Tag später kommt sie weinend wieder und berichtet, dass die **Beschwerden nicht verschwunden seien**. Ich untersuche und stelle keine Befundveränderung fest. Nun beantwortet mir die Patientin die Frage, die ich zu stellen am Anfang versäumt hatte: Was denken Sie? Sie berichtet über ihre **große Angst, dass sie Knochenkrebs habe**. Meine Verwunderung über diese Vorstellung beantwortet sie mit der **Information, dass ihr Bruder vor zwei Jahren mit einer ähnlichen Symptomatik erkrankt sei und erst nach einem halben Jahr die Diagnose eines Knochenkrebses durch eine Röntgenuntersuchung gestellt worden sei**. Ich gebe ihr daraufhin eine Überweisung zum Röntgenologen. Zwei Tage später kommt die Patientin, deutlich besser aussehend und inzwischen beim Friseur gewesen, mit der Bemerkung, jetzt ginge es ihr fast schon wieder völlig gut. Die Röntgenaufnahme habe keinerlei Veränderung am Knochen erbracht, und sie wolle das neue Präparat noch 2–3 Tage nehmen. Ich bin überzeugt, dass nicht das Präparat, sondern die Erleichterung über das normal ausgefallene Röntgenbild den wesentlichen Fortschritt in der Therapie erbracht hat.

Die Frage nach der Erklärung der Symptomatik durch den Patienten kann – wie im Beispiel angesprochen – für ärztliches Handeln hilfreich sein. Darüber hinaus ergeben sich oft auch diagnostische Hinweise, an die der Arzt primär gar nicht denkt. Angesprochen sind hier besondere und dem Arzt nicht immer bekannte berufliche oder private Belastungen. Die Beantwortung der Frage nach den eigenen Vorstellungen zur Erklärung der Symptomatik führt den Arzt auch häufig in das **Krankheitskonzept des Patienten** ein – selbst wenn dieses nicht selten völlig disparat zu medizinisch-naturwissenschaftlichen Vorstellungen ist, vgl. Kap. Chronisches Kranksein (S.220).

Das Krankheitskonzept des Patienten (S.228) zu kennen, ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil seine Compliance (die Befolgung des therapeutischen Konzeptes des Arztes, heute eigentlich besser als „Adhärenz“ und bei der gewünschten Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt auch als „Konkordanz“ bezeichnet) davon abhängig ist. Bei erheblicher Abweichung muss der Arzt entweder eine Korrektur des Krankheitskonzeptes des Patienten versuchen oder sich in seinem therapeutischen Ansatz – z. T. in taktischer Erwägung – diesem annähern.

1.5 Die Validität allgemeinmedizinischer Anamnese

Wie bereits betont, ist die Anamnese in der Allgemeinmedizin von außerordentlicher Wichtigkeit. Dies gilt sowohl für die diagnostischen als auch die therapeutischen Entscheidungen. Die Anamnese lenkt, was diagnostisch weiter veranlasst wird, und steuert, was ich als Allgemeinarzt aus einer gefundenen Diagnose an Relevanz und damit an Behandlungsbedürftigkeit ableite.

Die allgemeinmedizinische Anamnese basiert hierbei auf:

- der **medizinischen Anamnese** (so wie sie auch in den anderen Fächern üblich ist).
- der **erlebten Anamnese** (S.26), also das, was an Erfahrung mit dem Patienten über die Zeit gesammelt wurde; die Einbettung einer Krankheitsgeschichte in den psychischen und soziokulturellen Rahmen des Patienten.

Durch das Zusammenbringen dieser beiden Teile der allgemeinmedizinischen Anamnese erhält der Allgemeinarzt unvergleichbar mehr Sicherheit bei der Beurteilung einer Krankheitssituation als dies durch die medizinische Anamnese allein möglich wäre. Entsprechende Studien konnten zeigen, dass diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei Patienten, die der Allgemeinarzt länger kennt, deutlich treffsicherer und zielführender sind als bei denjenigen, bei denen er sich auf die medizinische Anamnese beschränken muss (Nazareth, King).

Und dennoch sollte man zur Erhöhung der Sicherheit einer Beurteilung immer peinlichst auf „**Unstimmigkeiten**“ achten. Unter „Unstimmigkeit“ wird hier verstanden, wenn Teile der Anamnese – medizinische oder erlebte – nicht zueinander stimmig sind und/oder nicht zu einem Befund oder dem Auftreten des Patienten passen. Unstimmigkeiten weisen nicht selten darauf hin, dass unsere Beurteilung, unsere Hypothese in Form einer Verdachtsdiagnose, falsch ist. Das Bemerkens von Unstimmigkeit kann uns so vor Fehlern bewahren.

► Fallbeispiel.

Fallbeispiel 4

Eine **78-jährige rüstige Dame**, die ich in einigen Erkrankungssituationen über die Jahre als „hart im Nehmen“ kennen gelernt habe, kommt zur Kontrolle ihres Blutdrucks und für ein Wiederholungsrezept ihres Diuretikums. Ich sehe die Frau höchstens alle zwei Monate – von Ausnahmen akuter Erkrankungen abgesehen – und immer plaudern wir dann ein wenig. Sie hat zwei Probleme: Ihre Tochter, die sich sexuell „so unschön“ entwickelt hat (gemeint ist eine lesbische Paarbeziehung) und ihr Rücken, der durch den Friseurberuf sehr „gelitten“ hat und chronische Schmerzen verursacht. Über das Erstere redet sie selten, über das Zweite regelmäßig, wenn auch nicht massiv klagend oder gar auf grundsätzliche Abhilfe hoffend. Auch heute ist es so: Sie verlangt nach ihrem Medikament, der Blutdruck ist in Ordnung und ich frage „Na, was gibt es so?“ „Ach es geht ganz gut, was soll ich da viel klagen: der Rücken tut wie immer weh, im Frühjahr werde ich mich wieder durchwalken lassen.“ Bei der Verabschiedung bemerkt die Patientin dann noch „**Nur in der letzten Woche, da war es besonders schlimm, da hat die Schulter und die ganze Brust wehgetan**, ich konnte mich kaum rühren, mir war richtig übel vor Schmerz. Das hat mir diesmal sogar ein bisschen die Luft genommen, aber am nächsten Morgen ging es etwas besser. Obwohl immer noch die Übelkeit und dann auch ein Schwindel da waren.“ Ich fand dies plötzlich doch alles ein wenig anders als das, **was** sie sonst und **wie** sie sonst über ihre Rückenschmerzen sprach. Die dann vertiefende medizinische Anamnese sowie das angefertigte EKG bestätigten meinen Verdacht: Es war ein **Hinterwandinfarkt** abgelaufen – ohne bisherige Angina pectoris oder auffälliges EKG. Es war eben eine Nuance anders, es bestand eine „Unstimmigkeit“ zum restlichen Bild.

1.6 Das Gespräch bei der Anamnese-Erhebung

Die Anamnese-Erhebung soll mit einem vertretbaren Aufwand möglichst relevante Informationen erbringen. Besonders viele Informationen erhält man, wenn man den Patienten ausführlich über seine Beschwerden sprechen lässt und ihn ermuntert, seine Vorstellung zum Krankheitsentstehen und zur Symptomatik vorzubringen, s. Kap. Arzt-Patienten-Kommunikation (S.160). Bei dem Gespräch hat der Arzt neben der sachlichen Information Wortwahl, Schwerpunktlegungen und Emotionen des Patienten zu beachten, will er sich einer Erklärung der vorgebrachten Symptomatik nähern (Tab. A-1.1).

1.5 Die Validität allgemeinmedizinischer Anamnese

Die allgemeinmedizinische Anamnese basiert auf:

- medizinischer Anamnese
- erlebter Anamnese (S. 26).

Durch die Kombination dieser beiden Teile der allgemeinmedizinischen Anamnese erhält der Allgemeinarzt mehr Sicherheit bei der Beurteilung einer Krankheitssituation als durch die medizinische Anamnese allein.

Man sollte dabei aber immer peinlichst auf „**Unstimmigkeiten**“ achten, um falsche (Verdachts-)Diagnosen zu vermeiden.

► Fallbeispiel.

1.6 Das Gespräch bei der Anamnese-Erhebung

Die Anamnese-Erhebung soll mit einem vertretbaren Aufwand möglichst relevante Informationen erbringen.