



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 Rabadý  
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](http://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](http://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, Tumorummunologie 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

<b>1</b>	<b>Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation</b> .....	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren</b> .....	<b>51</b>
	<i>Jost Steinhäuser, Heinz-Harald Abholz</i>			<i>Jean-François Chenot, Antje Bergmann</i>	
<b>1.1</b>	<b>Die Bedeutung von Anamnese und körperlicher Untersuchung in der Allgemeinmedizin</b> .....	25	<b>4.1</b>	<b>Allgemeines</b> .....	51
<b>1.2</b>	<b>Spezifische allgemeinärztliche Anamnese und Untersuchung</b> .....	25	4.1.1	Begriffe und Definitionen.....	51
<b>1.3</b>	<b>Erlebte Anamnese</b> .....	26	4.1.2	Früherkennungsuntersuchungen.....	53
<b>1.4</b>	<b>Eine zentrale Frage: Was haben Sie sich gedacht?</b> ..	28	<b>4.2</b>	<b>Kardiovaskuläre Prävention</b> .....	58
<b>1.5</b>	<b>Die Validität allgemeinmedizinischer Anamnese</b> ..	29		<i>Jean-François Chenot, Uwe Popert</i>	
<b>1.6</b>	<b>Das Gespräch bei der Anamnese-Erhebung</b> .....	29	4.2.1	Einführung.....	58
<b>1.7</b>	<b>Evidenzbasierte körperliche Untersuchung in der Allgemeinmedizin</b> .....	31	4.2.2	Bestimmung des kardiovaskulären Risikos.....	59
<b>1.8</b>	<b>Dokumentation</b> .....	32	4.2.3	Risikokommunikation.....	60
<b>2</b>	<b>Der Hausbesuch</b> .....	<b>34</b>	4.2.4	Lebensstiländerungen.....	61
	<i>Michael Wendler, Susanne Rabady, Jost Steinhäuser</i>		4.2.5	Medikamentöse Therapie und Langzeitbetreuung ..	64
<b>2.1</b>	<b>Einführung</b> .....	34	<b>5</b>	<b>Gesundheitsberatung</b> .....	<b>65</b>
<b>2.2</b>	<b>Arten von Hausbesuchen</b> .....	34		<i>Erika Baum, Annette Becker</i>	
<b>2.3</b>	<b>Inhaltliche und methodische Schwerpunkte bei den verschiedenen Besuchsarten</b> .....	35	<b>5.1</b>	<b>Behandlungsanlass</b> .....	65
2.3.1	Erstbesuch aus akutem Anlass.....	35	<b>5.2</b>	<b>Grundlagen</b> .....	65
<b>2.4</b>	<b>Hausbesuchsanforderung und Telefonanamnese</b> ..	37	5.2.1	Stadien der Veränderungsbereitschaft.....	66
2.4.1	Art der Hausbesuchsanforderung.....	37	<b>5.3</b>	<b>Ätiologie – häufige Beratungsanlässe</b> .....	68
2.4.2	Umfelddiagnostische Vorteile des Hausbesuches ..	39	<b>5.4</b>	<b>Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	69
2.4.3	Hausbesuch als sozialmedizinische Intervention ..	40	<b>5.5</b>	<b>Diagnostisches Vorgehen</b> .....	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
<b>3</b>	<b>Der Notfall in der Allgemeinmedizin</b> ... ..	<b>44</b>	<b>5.6</b>	<b>Therapieoptionen</b> .....	70
	<i>Heinz-Harald Abholz, Wolfgang Tonn</i>		5.6.1	Therapieziele.....	70
<b>3.1</b>	<b>Definition des Notfalls</b> .....	44	5.6.2	Beratungsinhalte und -strategien.....	71
<b>3.2</b>	<b>Häufigkeit von Notfällen</b> .....	45	5.6.3	Weitere Maßnahmen.....	72
<b>3.3</b>	<b>Diagnostik bei Notfällen</b> .....	46	<b>5.7</b>	<b>Prognose, Nachsorge</b> .....	72
3.3.1	Erklärungen für subjektiv als bedrohlich empfundene Zustände, die es objektiv nicht sind.....	47	<b>6</b>	<b>Impfungen</b> .....	<b>73</b>
<b>3.4</b>	<b>„Erlebte Anamnese“ und Arzt-Patienten-Beziehung</b>	47		<i>Thomas Ledig, Carla Rosendahl, Eva Hummers-Pradier</i>	
<b>3.5</b>	<b>Versteckte Notfälle</b> .....	48	<b>6.1</b>	<b>Einführung</b> .....	73
<b>3.6</b>	<b>Versorgungsorganisation des Notfalls</b> .....	50	<b>6.2</b>	<b>Grundlagen</b> .....	73
			<b>6.3</b>	<b>Impfstofftypen</b> .....	75
			<b>6.4</b>	<b>Aktive Immunisierung (Impfung)</b> .....	75
			<b>6.5</b>	<b>Passive Immunisierung</b> .....	75
			<b>6.6</b>	<b>Simultaniimpfung</b> .....	76
			<b>6.7</b>	<b>Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche</b> .....	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
<b>6.8</b>	<b>Impfungen im Erwachsenenalter</b>	<b>87</b>
6.8.1	Auffrisch- und Standardimpfungen	87
6.8.2	Indikationsimpfungen	88
6.8.3	Reiseimpfungen	89
<b>6.9</b>	<b>Impfpolitik/-empfehlungen</b>	<b>91</b>
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

<b>12</b>	<b>Arzt-Patienten-Kommunikation</b> .....	<b>160</b>	<b>14.4</b>	<b>Besonderheiten bei der Versorgung von Migranten</b>	<b>185</b>
	<i>Anne Simmenroth, Manfred Lohnstein</i>		14.4.1	Versorgung von Asylbewerbern .....	185
12.1	<b>Vorbemerkung</b> .....	160	14.4.2	Versorgungspfade und nichtstaatliche Strukturen der medizinischen Hilfe .....	186
12.2	<b>Zuhören können</b> .....	160	14.4.3	Kultursensible Kommunikation zur besseren und befriedigenderen Verständigung .....	187
12.3	<b>Beziehung schaffen</b> .....	161	14.4.4	Leitfaden für die ärztliche Gesprächsführung mit ausländischen/türkischen Patienten .....	188
12.4	<b>Die ärztliche Grundhaltung</b> .....	162	<b>15</b>	<b>Krankheit bei alten Menschen</b> .....	<b>191</b>
12.4.1	Empathie .....	163		<i>Ulrike Junius-Walker, Nils Schneider, Eva Hammers-Pradier</i>	
12.4.2	Wertschätzung .....	163	15.1	<b>Kurzüberblick</b> .....	191
12.4.3	Kongruenz .....	163	15.2	<b>Grundlagen</b> .....	191
12.4.4	Einige Worte zur „Technik“ .....	163	15.3	<b>Besonderheiten bei Erkrankungen im Alter</b> .....	192
12.5	<b>Schwierige Gesprächssituationen</b> .....	164	15.4	<b>Wesentliche Gesichtspunkte der Betreuung älterer Patienten</b> .....	196
12.5.1	Eingreifende Lebensereignisse .....	164	15.5	<b>Das Geriatrische Assessment</b> .....	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	<b>Schlussbetrachtung</b> .....	167	<b>16</b>	<b>Kinder und Jugendliche in der hausärzt- lichen Praxis</b> .....	<b>206</b>
<b>13</b>	<b>Sexualberatung</b> .....	<b>169</b>		<i>Elke Jäger-Roman, Michael H. Freitag</i>	
	<i>Andreas Sönnichsen, Michael M. Kochen</i>		16.1	<b>Grundlagen</b> .....	206
13.1	<b>Sexualmedizinische Beratungsanlässe</b> .....	169	16.1.1	Epidemiologie des Praxisalltags mit Kindern .....	206
13.1.1	Sexuelle Störungen .....	170	16.2	<b>Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick</b> ..	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	<b>Diagnostische Überlegungen</b> .....	171	16.3	<b>Abwendbare gefährliche Verläufe</b> .....	210
13.2.1	Die Sexualanamnese .....	171	16.4	<b>Diagnostisches Vorgehen</b> .....	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	<b>Therapeutische Optionen</b> .....	176	16.5	<b>Therapieoptionen</b> .....	215
13.3.1	Relevanz des Hausarztes als Sexualberater .....	176	16.6	<b>Früherkennungsuntersuchungen</b> .....	216
13.3.2	Definition von Sexualberatung .....	176	<b>17</b>	<b>Chronisches Kranksein</b> .....	<b>220</b>
13.3.3	Katalytische Wirkung von Sexualberatung .....	177		<i>Stefan Wilm, Heinz-Harald Abholz</i>	
13.3.4	Überweisung zur Psychotherapie .....	177	17.1	<b>Grundlagen</b> .....	220
13.4	<b>Weitere Verhaltensregeln</b> .....	178	17.1.1	Definition .....	220
<b>14</b>	<b>Ausländische Patienten</b> .....	<b>179</b>	17.1.2	Epidemiologie .....	221
	<i>Markus Herrmann, Ulrich Schwantes, Pinar Topsever</i>		17.2	<b>Umgang mit chronischer Krankheit und chronischem Kranksein</b> .....	223
14.1	<b>Geschichte und soziokultureller Hintergrund der Migration</b> .....	179	17.3	<b>Mitteilung der Diagnose</b> .....	227
14.1.1	Aktueller Stand .....	179	17.4	<b>Krankheitskonzept des Patienten</b> .....	228
14.2	<b>Ethnizität und Gesundheit – Kultur und Krankheits- empfinden</b> .....	180			
14.2.1	Epidemiologische Faktoren .....	181			
14.2.2	Soziokulturelle Faktoren .....	182			
14.3	<b>Migration und Gesundheit</b> .....	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	<b>Aushandlung eines gemeinsamen Betreuungskonzeptes</b> .....	229	20.3	<b>Schwerpunkte palliativmedizinischer hausärztlicher Tätigkeit</b> .....	260
17.6	<b>Konkordanz oder Compliance</b> .....	230	20.3.1	Symptombehandlung .....	261
17.7	<b>Kontrolluntersuchungen</b> .....	232	20.3.2	Koordination eines multiprofessionellen Teams ..	266
17.8	<b>Sonstige Hilfen, Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung</b> .....	233	20.3.3	Psychosoziale Unterstützung von Patienten und Angehörigen .....	267
17.9	<b>Hilfen außerhalb der hausärztlichen Betreuung</b> ...	234	20.4	<b>Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen am Lebensende</b> .....	268
<b>18</b>	<b>Lebensbedrohliche chronische Erkrankungen am Beispiel Krebs und AIDS</b> ....	<b>235</b>	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	<b>Einführung</b> .....	235	20.4.3	Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen und Spiritualität .....	271
18.2	<b>Epidemiologie in der Allgemeinpraxis</b> .....	235	20.4.4	Kernbedürfnisse sterbender Menschen .....	271
18.3	<b>Diagnostik</b> .....	236	<b>21</b>	<b>Umgang mit riskantem Konsum und Sucht am Beispiel Alkohol</b> .....	<b>272</b>
18.4	<b>Die Bedeutung einer lebensbedrohlichen chronischen Erkrankung</b> .....	238		<i>Markus Herrmann, Ulrich Schwantes</i>	
18.5	<b>Der Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung</b> ..	239	21.1	<b>Sucht und riskanter Konsum</b> .....	272
18.6	<b>Der Umgang des Arztes mit der lebensbedrohlich chronischen Erkrankung</b> .....	239	21.1.1	Formen des Alkoholkonsums .....	272
18.7	<b>Betreuung lebensbedrohlich chronisch Erkrankter</b> ..	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	<b>Die Koabhängigkeit</b> .....	277
18.7.3	Die Begleitung des Patienten .....	243	21.3	<b>Intervention bei riskantem Alkoholkonsum</b> .....	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
<b>19</b>	<b>Funktionelle und somatoforme Störungen</b> .....	<b>247</b>	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	<b>Definition und Charakterisierung funktioneller Störungen</b> .....	247	21.3.6	Barrieren der Alkoholprävention in der Praxis. ...	282
19.2	<b>Die Funktionelle Störung im engeren Sinn (FSe)</b> ...	248	21.4	<b>Intervention bei Alkoholabhängigkeit</b> .....	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	<b>Somatoforme Störungen</b> .....	250	21.5	<b>Ärzte mit Suchterkrankungen</b> .....	283
19.3.1	Definition und Klassifikation somatoformer - Störungen .....	250	<b>22</b>	<b>Umweltmedizinische Probleme</b> .....	<b>285</b>
19.3.2	Pathogenese somatoformer Störungen .....	252		<i>Silke Brockmann</i>	
19.3.3	Epidemiologie .....	253	22.1	<b>Grundlagen</b> .....	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
<b>20</b>	<b>Palliativmedizinische Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender</b> .....	<b>259</b>	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	<b>Einleitung</b> .....	259	22.2	<b>Bedeutung der Umweltmedizin im hausärztlichen Bereich</b> .....	287
20.2	<b>Epidemiologie in der Allgemeinarztpraxis</b> .....	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



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

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

<b>14 Husten, Schnupfen, Heiserkeit</b> .....	<b>413</b>	16.6.4 Seborrhoische Dermatitis .....	440
<i>Attila Altiner, Guido Schmiemann, Fritz Meyer</i>		16.6.5 Psoriasis vulgaris .....	441
<b>14.1 Einführung</b> .....	413	16.6.6 Acne vulgaris .....	442
<b>14.2 Husten</b> .....	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	<b>17 Schmerzen beim Wasserlassen</b> .....	<b>448</b>
14.2.7 Prognose .....	418	<i>Guido Schmiemann, Jutta Bleidorn, Eva Hummers-Pradier, Ildikó Gágyor, Michael M. Kochen</i>	
<b>14.3 Schnupfen und Heiserkeit</b> .....	419	<b>17.1 Einführung</b> .....	448
14.3.1 Grundlagen .....	419	<b>17.2 Epidemiologie und Differentialdiagnose</b> .....	448
14.3.2 Differenzialdiagnostischer Überblick .....	419	<b>17.3 Weitere diagnostische Überlegungen</b> .....	449
14.3.3 Komplikationen .....	419	<b>17.4 Therapeutische Optionen</b> .....	450
14.3.4 Diagnostisches Vorgehen .....	420	<b>17.5 Prophylaxe bei rezidivierenden Harnwegsinfekten</b> .....	452
14.3.5 Therapieoptionen .....	420	<b>17.6 Geriatrische Patientinnen</b> .....	452
		<b>18 Schwindel</b> .....	<b>453</b>
<b>15 Müdigkeit, Erschöpfung, Leistungsknick</b> .....	<b>421</b>	<i>Peter Godt, Christiane Godt, Ralf M. Jendyk</i>	
<i>Peter Maisel, Erika Baum, Norbert Donner-Banzhoff</i>		<b>18.1 Behandlungsanlass</b> .....	453
<b>15.1 Einführung</b> .....	421	<b>18.2 Definition</b> .....	454
<b>15.2 Grundlagen</b> .....	421	<b>18.3 Epidemiologie</b> .....	454
<b>15.3 Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick</b> ..	422	<b>18.4 Klassifikation</b> .....	454
<b>15.4 Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	425	<b>18.5 Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick</b> ..	455
15.4.1 Depression und Angststörungen .....	425	<b>18.6 Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	456
15.4.2 Malignome und chronische Erkrankungen .....	425	<b>18.7 Diagnostisches Vorgehen</b> .....	457
15.4.3 Häufige Fehler und Trugschlüsse .....	426	18.7.1 Anamnese .....	457
<b>15.5 Diagnostisches Vorgehen</b> .....	427	18.7.2 Körperliche Untersuchung .....	459
15.5.1 Basisdiagnostik .....	427	<b>18.8 Weiterführende Diagnostik</b> .....	461
15.5.2 Weiterführende Diagnostik/Schnittstellen- problematik .....	428	18.8.1 Technische Untersuchungen .....	461
<b>15.6 Therapieoptionen</b> .....	428	18.8.2 Überweisung .....	461
15.6.1 Medikamentöse Therapie .....	428	<b>18.9 Therapieoptionen</b> .....	461
15.6.2 Allgemeinmaßnahmen .....	428	18.9.1 Allgemeines .....	461
<b>15.7 Prognose, Nachsorge</b> .....	430	18.9.2 Weitere Grundsätze zur Therapie .....	463
		<b>19 Angst</b> .....	<b>464</b>
<b>16 Hautausschlag</b> .....	<b>431</b>	<i>Antje Bergmann, Antonius Schneider</i>	
<i>Thomas Fischer, Stephan Bartels</i>		<b>19.1 Einführung</b> .....	464
<b>16.1 Einführung</b> .....	431	<b>19.2 Grundlagen und Epidemiologie</b> .....	466
<b>16.2 Grundlagen</b> .....	431	<b>19.3 Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick</b> ..	466
<b>16.3 Anamnese</b> .....	432	<b>19.4 Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	466
<b>16.4 Körperliche Untersuchung</b> .....	433	<b>19.5 Diagnostisches Vorgehen</b> .....	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
<b>16.5 Grundlagen der Therapie</b> .....	436	<b>19.6 Therapieoptionen</b> .....	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
<b>16.6 Häufige Hauterkrankungen in der Hausarztpraxis</b> ..	438	19.6.3 Psychotherapie .....	470
16.6.1 Dermatitis/Ekzem .....	438	19.6.4 Medikamentöse Therapie .....	470
16.6.2 Atopische Dermatitis .....	438	<b>19.7 Prognose</b> .....	471
16.6.3 Kontaktdermatitis .....	439		

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

<b>26.2</b>	<b>Klinische Bilder</b> .....	522	<b>27.5.3</b>	<b>Toiletentraining</b> .....	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
<b>26.3</b>	<b>Epidemiologie</b> .....	523	<b>27.6</b>	<b>Prognose</b> .....	535
<b>26.4</b>	<b>Differenzialdiagnostische Überlegungen</b> .....	524			
<b>26.5</b>	<b>Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	524			
<b>26.6</b>	<b>Diagnostisches Vorgehen</b> .....	525			
26.6.1	Anamnese .....	525			
26.6.2	Körperliche Untersuchung .....	525			
26.6.3	Schnittstellenproblematik – Hausärztliche Rolle ..	526			
<b>26.7</b>	<b>Therapieoptionen</b> .....	527			
<b>26.8</b>	<b>Prognose, Nachsorge</b> .....	527			
<b>27</b>	<b>Harninkontinenz</b> .....	<b>528</b>	<b>28</b>	<b>Gedächtnisstörungen</b> .....	<b>536</b>
	<i>Christina Niederstadt, Andreas Sönnichsen</i>			<i>Hanna Kaduszkiewicz, Cadja Bachmann</i>	
<b>27.1</b>	<b>Grundlagen</b> .....	528	<b>28.1</b>	<b>Einführung</b> .....	536
<b>27.2</b>	<b>Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick</b> ..	529	<b>28.2</b>	<b>Grundlagen</b> .....	537
<b>27.3</b>	<b>Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	530	28.2.1	Diagnose einer Demenz bzw. einer „Schweren Neurokognitiven Störung“ nach DSM-5 .....	537
<b>27.4</b>	<b>Diagnostisches Vorgehen</b> .....	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
<b>27.5</b>	<b>Therapieoptionen</b> .....	532	<b>28.3</b>	<b>Ätiologie – differenzialdiagnostischer Überblick</b> ..	539
27.5.1	Allgemeinmaßnahmen – allgemeinärztliches Beratungskonzept .....	532	<b>28.4</b>	<b>Diagnostisches Vorgehen</b> .....	540
27.5.2	Verhaltensintervention .....	532	28.4.1	Basisdiagnostik .....	540
			<b>28.5</b>	<b>Labordiagnostik</b> .....	542
			28.5.1	Weiterführende Diagnostik .....	542
			<b>28.6</b>	<b>Therapieoptionen</b> .....	543
			28.6.1	Allgemeine Maßnahmen .....	543
			28.6.2	Medikamentöse Therapie .....	545
			28.6.3	Psychosoziale Therapieoptionen .....	547
			<b>28.7</b>	<b>Prognose, Nachsorge</b> .....	548
			<b>28.8</b>	<b>Abwendbar gefährliche Verläufe</b> .....	549

## Teil C Theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin

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



<b>4</b>	<b>Qualitätsförderung in der Allgemeinmedizin</b> .....	<b>582</b>	<b>7</b>	<b>Soziale Dimensionen von Krankheit und Kranksein</b> .....	<b>614</b>
	<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	<b>8</b>	<b>Arzt-Patienten-Beziehung in der Allgemeinpraxis</b> .....	<b>625</b>
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
<b>5</b>	<b>Quartäre Prävention – die Verhinderung nutzloser Medizin</b> .....	<b>594</b>	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			
<b>6</b>	<b>Der Patient im Kontext der Familie</b> .....	<b>600</b>	<b>9</b>	<b>Ethische Fragen und Konflikte in der Allgemeinmedizin</b> .....	<b>636</b>
	<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			

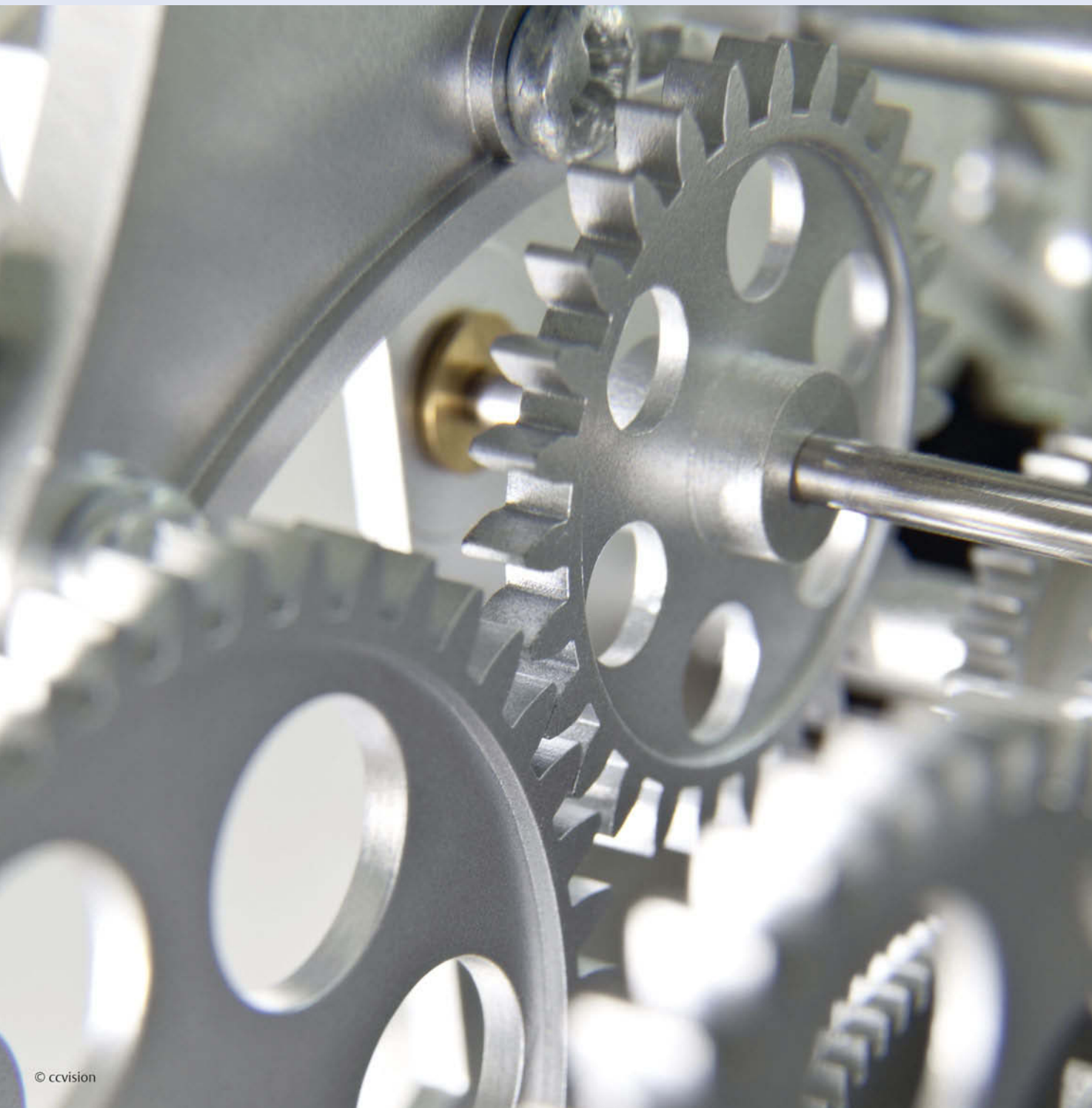
<b>9.4</b>	<b>Behandlung im Voraus planen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung</b>	<b>641</b>	<b>10.3</b>	<b>Leichte und schwierige Entscheidungen</b>	<b>647</b>
9.4.1	Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning)	641	10.3.1	Übergeordnete Behandlungsziele	647
9.4.2	Rechtlicher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

## Teil D Anhang

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







# 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.