

DEGAM

Das anamnestische Erstgespräch in der hausärztlichen Praxis – Module der Gesprächsführung mit einer/m bisher unbekannten Patientin oder Patienten

DEGAM S1-
Handlungsempfehlung
AWMF-Register-Nr. 053-065

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



DEGAM

© DEGAM 2024

Autorinnen

Dr. med. Iris Veit,
Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs,
Dr. med. Barbara Hasiba,
Thomas Steger,
Dr. med. Tanja Altmann,
Rahul Mukherjee

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

Stand 01/2024

Gültig bis 01/2029

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium.

Für die Aktualisierung sind die Autoren verantwortlich.

(Iris Veit, info@irisveit.de)

Inhalt

1	Ziele / Adressaten / Zielgruppe	4
1.1	Zielorientierung der Leitlinie	4
1.2	Zielpopulation	4
1.3	Versorgungsbereich	4
1.4	Anwenderzielgruppe/Adressat*innen	4
2	Zusammenfassung der Empfehlungen	4
3	Definition	7
4	Struktur und Hintergrund	7
5	Rahmenbedingungen	11
6	Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen	13
7	Skizze des Ablaufs eines anamnestischen Erstgesprächs	17
8	Literatur	18
9	Anhang	22

1 Ziele / Adressaten / Zielgruppe

1.1 Zielorientierung der Leitlinie

Darstellung von Haltungen sowie verbalen Interventionen im Prozess der Anamnese, mit dem Ziel Selbstwirksamkeitspotenziale zu entwickeln, Über- und Unterversorgung einzuschränken und eine kooperative und hilfreiche Beziehung zu entwickeln.

1.2 Zielpopulation

Patient*innen, die erstmalig die Hausarztpraxis aufsuchen

1.3 Versorgungsbereich

ambulant, primärärztliche Versorgung, Prävention, Diagnostik

1.4 Anwenderzielgruppe/Adressat*innen

Hausarzt*innen und zur Information für Weiterzubildende im Fach Allgemeinmedizin, Studierende

2 Zusammenfassung der Empfehlungen

4 Struktur und Hintergrund

4.1 Empfehlung

Die Anliegen der Patient*innen, ihre Lebenswirklichkeit, ihre Ressourcen und ihre Partizipation sollen in allen Interaktionen in der Hausarztpraxis Raum haben.

4.2 Empfehlung

Hausarzt*innen (und andere am Versorgungsprozess Beteiligte) sollten bereits zu Beginn der Beziehung versuchen, Beziehungsmuster ihrer Patient*innen zu erkennen und zu verstehen.

4.3 Empfehlung

Bereits in und durch die Anamnese sollen die salutogenen Fähigkeiten der/des Patient*in erfahrbar gemacht und gestärkt werden.

4.4 Empfehlung

Weil fast jeder Arztbesuch eine Vorgeschichte in der Familie und im erweiterten Umfeld der Patient*innen hat, sollte sich der/die Ärzt*in bei jedem Erstkontakt die Fragen stellen: „Warum gerade hier und bei mir? Warum gerade jetzt? Warum gerade so, z. B. in Begleitung von einem Zugehörigen?“.

4.5 Empfehlung

Eine bio-psycho-soziale Anamnese sollte möglichst frühzeitig erhoben werden.

4.6 Empfehlung

Weil die sozioökonomischen Verhältnisse (verfügbares Geld und Wohnsituation), kulturelle Herkunft (ggf. mit Erfahrungen von Krieg, Flucht und Vertreibung), religiöse Verortung, Eingebunden Sein in soziale Gruppen wie Familie, Nachbarschaft und Vereine die individuellen Ressourcen der Patient*innen beeinflussen, sollten sie auch erfragt werden.

4.7 Empfehlung

Einordnungen und Zusammenfassungen sollten wiederholt während des anamnestischen Gesprächs angeboten werden.

4.8 Empfehlung

Manche Werte- und Zielvorstellungen ihrer Patient*innen können Ärzt*innen vor dem Hintergrund ihres eigenen kulturellen und familiären Wertekontexts nicht teilen. Solche Unterschiede sollen wahrgenommen und statt zu diskriminierenden Abgrenzungen zu neuen Fragen führen, um den weiteren Dialog zu fördern.

5 Rahmenbedingungen

5.1 Empfehlung

Diese Leitlinie sollte bei allen Beratungsanlässen der Erfassung eines umfassenden Behandlungsauftrags und der Festigung der Patient-Arzt-Beziehung dienen.

5.2 Empfehlung

Die Reihenfolge der Module kann geändert werden. Die Fragen des ersten Moduls sollen in allen ersten Begegnungen angewandt werden.

5.3 Empfehlung

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

5.4 Empfehlung

Sie sollten in ihrem Team absprechen, wie mit dringenden Telefonaten und Anliegen des Teams und anderer während eines laufenden Gesprächs umgegangen wird. Ließ sich eine Störung von außen nicht vermeiden, sollte der/die Hausärzt*in sich entschuldigen und durch eine Zusammenfassung den gemeinsamen Gesprächsfaden wiederherstellen.

5.5 Empfehlung

Weil die Zahl der Patient*innen mit mangelnden Lese- und Sprachkenntnissen in den Hausarztpraxen wächst, sollte im Vorfeld geklärt werden, wie die jeweiligen Patient*innen informiert sind und wie Kommunikation mit ihnen unterstützt werden kann. Eine diekriminierende Dokumentation sollte vermieden werden.

5.6 Empfehlung

Hausärzt*innen sollten im Vorfeld des Gesprächs bereits wissen, wer da auf sie zukommt, und welche Vorinformationen vorhanden sind. Wenn eine Dokumentation während des Gesprächs unumgänglich ist, sollte das Gespräch unterbrochen und dieses dem/der Patient*in mitgeteilt werden.

5.7 Empfehlung

Es sollten Strukturen in der Praxis vorhanden sein wie zum Beispiel Fallbesprechungen, die die Kompetenz der MFAs nutzen. Solche Besprechungen können auch Verständigungsprobleme innerhalb des Teams erhellen, denn unterschiedliche Rollen tragen zu unterschiedlichen Beziehungserfahrungen bei.

5.8 Empfehlung

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

3 Definition

Die Anamnese ist die häufigste Aufgabe der Gesprächsführung in der hausärztlichen Praxis. Die S1 Handlungsempfehlung konzentriert sich auf die Gesprächsführung bei bislang unbekanntem Patient*innen. Die Schritte der Anamneseerhebung im Prozess dieses Gesprächs werden dargelegt, um am Beginn der Beziehung zwischen Patient-Arzt eine Grundlage für eine empathische, kooperative Beziehung zu legen und Fehlversorgung zu vermeiden. Diese Schritte gründen sich auf dem in den Zukunftspositionen der DEGAM und im Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung dargelegten hausärztlichen Versorgungsauftrag [1].

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

4 Struktur und Hintergrund

Die Ablaufstruktur der Handlungsempfehlung, wie sie in den nachfolgenden Modulen beschrieben wird, kann situationsentsprechend flexibel genutzt werden. Sie bietet einen Werkzeugkasten von verbalen Interventionen an. Sie unterstreicht die ärztlichen Haltungen der Personenzentrierung, des Verstehenwollens und des Respekts, der Fürsorge, der Salutogenese und Partizipation und dient den folgenden Zielen [6,7]:

1. der Herstellung einer kooperativen, hilfreichen Beziehung
2. der Wahrnehmung und Klärung
 - des Behandlungsanliegens auf der Beschwerde- und der Beziehungsebene [8,9],
 - der Beschwerden im Hinblick auf Qualität (Wie und Wo?), Quantität (Wie schwer?), Verlauf (Seit wann? Wie oft? Ausnahmen?), weitere Beschwerden und Auswirkungen im Alltagsleben auch für die Zugehörigen [10],
 - der Sichtweise, Bedeutungsgebung und der daraus folgenden Anliegen der Patient*innen [10,11,12,13],

- des Kontexts zu früheren Beschwerden und deren Bewältigung, vorangegangenen professionellen (besonders der Medikation) oder eigenen Behandlungsmaßnahmen, zu aktuellen und früheren Beziehungs- und Krisenerfahrungen und zum persönlichen und sozialen Umfeld [13,14,15,16,17,18],
- 3. dem Einordnen
verstanden als Übersetzen der geschilderten Beschwerden in diagnostische Kategorien durch Hypothesenbildung, Prüfung dieser durch Fragen im Prozess der Diagnostik, Festlegung des weiteren Vorgehens gemeinsam mit dem/der Patient*in, um letztlich eine Diagnose zu generieren [19],
- 4. dem Erkennen von Ressourcen der Patient*innen
verstanden als körperliche Voraussetzungen, Lebensleistungen, psychosoziale Kompetenzen sowie erreichbarer Unterstützung,
- 5. dem gemeinsamen Absprechen von sinngeneben Zielen und des weiteren Vorgehens [4,5,20,21],
- 6. der Selbstreflexion [22] und Dokumentation – auch für das Behandlungsteam.

Eine **kooperative, hilfreiche Beziehung** herzustellen, ist ein zentrales Anliegen hausärztlicher Versorgung.

4.1 Empfehlung

Die Anliegen der Patient*innen, ihre Lebenswirklichkeit, ihre Ressourcen und ihre Partizipation sollen in allen Interaktionen in der Hausarztpraxis Raum haben.

Doch für das Gelingen dieser Beziehung ist **besonders der Anfang** richtungsweisend, bedeutungsvoll und auch zeitsparend. Deshalb will diese Praxisempfehlung Zeit und Aufmerksamkeit in den Anfang der Beziehung legen und den Patient*innen Raum geben, selber zu erzählen und ihre Perspektive darstellen zu können [7,13,14,16,23,24]. Den Patient*innen **zuhören** [13,17] und dies auf sich wirken lassen, kann Hausärzt*innen helfen, sich auch eigener Emotionen und Handlungsimpulse bewusst zu werden. Dies kann dazu beitragen, vor impulsivem Handeln zu schützen, Kontextfaktoren und Warnsymptome zu übersehen und helfen, Über- und Unterdiagnostik sowie unnötige Therapie zu vermeiden [10,25,26,27,28]. Eine gute Beziehung verbessert die Outcomes der Patient*innen [18,29,30,31,32,33].

Beziehungsmuster der Patient-Arzt-Beziehung beeinflussen das ärztliche diagnostische und therapeutische Handeln von Beginn an.

4.2 Empfehlung

Hausarzt*innen (und andere am Versorgungsprozess Beteiligte) sollten bereits zu Beginn der Beziehung versuchen, Beziehungsmuster ihrer Patient*innen zu erkennen und zu verstehen.

Sie vermitteln sich Hausarzt*innen durch Beobachtung der Patient*innen in ihrer Mimik, Gestik, Wortwahl und Redefluss sowie durch Wahrnehmung der Szene, der Patient*innen mit anderen bereits an der Anmeldung oder im Sprechzimmer gestalten. Ebenso wie die Beobachtung des Anderen trägt während des Gesprächs selbst die **reflektierte Wahrnehmung der eigenen, ärztlichen Gefühle** zum Verstehen bei [7,12,26,27,34,35,36,37,38,39]. Solche Ersteindrücke können im weiteren Verlauf der Betreuung verändert und ergänzt werden. Auf dem Fundament des Verstehens des Anderen kann ein wechselseitiges Bezogen-sein gebaut werden, das einen gemeinsamen Behandlungsweg ermöglicht. Patientenseitig eröffnet sich die Möglichkeit, eine andere Beziehungserfahrung als bisher gewohnt zu machen [40]. Das wechselseitige Bezogen-sein ermöglicht es, den ethischen Grundsatz der gemeinsamen Problemaushandlung und Formulierung von individuellen Gesundheitszielen zu verwirklichen (siehe [Modul 5](#)). Diese **Partizipation** ist zu einem ethischen Grundsatz in der Medizin geworden [41]. Partizipation stärkt die Selbstwirksamkeit der Patient*innen, fördert einen kooperativen Behandlungsprozess und führt zu besseren Outcomes [5,18].

4.3 Empfehlung

Bereits in und durch die Anamnese sollen die salutogenen Fähigkeiten der/des Patient*in erfahrbar gemacht und gestärkt werden.

Die Anerkennung bisheriger Leistungen im Umgang mit Krankheit und Belastungen sowie Ermutigung und Fürsorge erhöhen ihre Überzeugung von Selbstwirksamkeit. Die Anerkennung des erfahrenen Leids ist in vielen Fällen Voraussetzung dafür, gemeinsam neue Spielräume zu erschließen. Dem dienen die in Modul 4 genannten Fragen.

Das Patientenanliegen entfaltet sich im gesamten Verlauf des Gesprächs [45,46]. Manches Anliegen kann oder will die Patient*in nicht formulieren [16,47]. Doch was sie am Beginn der Behandlung als ihre Anliegen bereits formulieren können und wollen, ist auch vom Angebot und den Fragen der Ärzt*in abhängig. Zuhören ermöglicht der Ärzt*in, auch nicht verbalisierte Anliegen wahrzunehmen [7].

4.4 Empfehlung

Weil fast jeder Arztbesuch eine Vorgeschichte in der Familie und im erweiterten Umfeld der Patient*innen hat, sollte sich der/die Ärzt*in bei jedem Erstkontakt die Fragen stellen: „Warum gerade hier und bei mir? Warum gerade jetzt? Warum gerade so, z. B. in Begleitung von einem Zugehörigen?“.

4.5 Empfehlung

Eine bio-psycho-soziale Anamnese sollte möglichst frühzeitig erhoben werden.

Beschwerden und Krankheiten sind nur in einem **bio-psycho-sozialen und ökologischen Kontext** zu verstehen. Die Beschwerden von Beginn an im aktuellen psychosozialen und lebensgeschichtlichen Kontext, besonders in Beziehungen zu anderen zu klären, ist Teil des familienmedizinischen Auftrags, um Fehlversorgung und Missverständnisse zu vermeiden und Unterstützung von Familie, Nachbarschaft und Arbeitsfeld einzubeziehen [6,15,48,49,50,51]. Die „**erlebte Anamnese**“ der Hausärztinnen oder Hausärzte auf Grund ihrer möglichen Kenntnis von Angehörigen, Nachbarn und sozialen Bezügen (wie in den DEGAM Zukunftspositionen beschrieben) oder auch Fragebögen oder Mitteilungen der Vorbehandelnden oder aus ihrem Team können wichtige Anregungen liefern. Diese ergänzen die Anregungen, die sie aus der Szene im Sprechzimmer und Schilderungen der Patient*innen gewinnen, ersetzen aber niemals ihre Aufgabe, die subjektive Sichtweise und Bedeutungsgebung ihrer Patient*innen zu erfragen. Den Kontext in Erfahrung zu bringen, erhöht die Zufriedenheit der Patient*innen [17,18,34,52,53,54].

Die biografische Anamnese dient dem Erkennen von Mustern im Verhalten der Patient*innen [6] und kann Hinweise darauf liefern, wie diese geworden sind, wie sie sind und über welche Ressourcen und Vorerfahrungen sie verfügen. Early-life-distress und lang andauernde Belastungssituationen sind bedingende Faktoren vieler, auch chronischer Erkrankungen. Darüber hinaus können Hausärzte nur ressourcenorientiert intervenieren und die Lebensleistungen ihrer Patient*innen würdigen, wenn diese ihnen überhaupt bekannt sind [45]. Ein Genogramm, das auch zusammen mit der Patient*in erstellt werden kann, kann für die Dokumentation hilfreich sein.

4.6 Empfehlung

Weil die sozioökonomischen Verhältnisse (verfügbares Geld und Wohnsituation), kulturelle Herkunft (ggf. mit Erfahrungen von Krieg, Flucht und Vertreibung), religiöse Verortung, Eingebunden Sein in soziale Gruppen wie Familie, Nachbarschaft und Vereine die individuellen Ressourcen der Patient*innen beeinflussen, sollten sie auch erfragt werden.

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

4.7 Empfehlung

Einordnungen und Zusammenfassungen sollten wiederholt während des anamnestischen Gesprächs angeboten werden.

In solche Zusammenfassungen fließen artseitige Hypothesen und Deutungen ein. Die Patient*in kann sich dazu äußern, sie annehmen, ergänzen oder auch nicht. Auf diese Weise

können Zusammenfassungen helfen, das Verstandene zu überprüfen, ein abgestimmtes Vorgehen zu entwickeln, und der Verständnis- und Handlungsspielraum der Beteiligten kann erweitert werden [18,59].

4.8 Empfehlung

Manche Werte- und Zielvorstellungen ihrer Patient*innen können Ärzt*innen vor dem Hintergrund ihres eigenen kulturellen und familiären Wertekontexts nicht teilen. Solche Unterschiede sollen wahrgenommen und statt zu diskriminierenden Abgrenzungen zu neuen Fragen führen, um den weiteren Dialog zu fördern.

5 Rahmenbedingungen

5.1 Empfehlung

Diese Leitlinie sollte bei allen Beratungsanlässen der Erfassung eines umfassenden Behandlungsauftrags und der Festigung der Patient-Arzt-Beziehung dienen.

Die beschriebenen Module sind auch bei neuen Beratungsanlässen bereits bekannter Patient*innen oder wiederholtem Kontakt hilfreich. Bei erneutem Gespräch können bereits vorher geklärte Themen und erlebte Bezüge in Zusammenfassungen erinnert bzw. angesprochen werden. Was offengeblieben ist, kann in nachfolgenden Gesprächen ergänzt werden.

5.2 Empfehlung

Die Reihenfolge der Module kann geändert werden. Die Fragen des ersten Moduls sollen in allen ersten Begegnungen angewandt werden.

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

5.3 Empfehlung

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

Für einen **störungsfreien Ablauf** des Gesprächs sind die Hausärzt*innen zuständig.

5.4 Empfehlung

Sie sollten in ihrem Team absprechen, wie mit dringenden Telefonaten und Anliegen des Teams und anderer während eines laufenden Gesprächs umgegangen wird. Ließ sich eine Störung von außen nicht vermeiden, sollte der/die Hausärzt*in sich entschuldigen und durch eine Zusammenfassung den gemeinsamen Gesprächsfaden wiederherstellen.

5.5 Empfehlung

Weil die Zahl der Patient*innen mit mangelnden Lese- und Sprachkenntnissen in den Hausarztpraxen wächst, sollte im Vorfeld geklärt werden, wie die jeweiligen Patient*innen informiert sind und wie Kommunikation mit ihnen unterstützt werden kann. Eine diskriminierende Dokumentation sollte vermieden werden.

Der PC spielt eine wachsende Rolle für Dokumentation und Information über die Vorgeschichte der jeweiligen Patient*innen.

5.6 Empfehlung

Hausärzt*innen sollten im Vorfeld des Gesprächs bereits wissen, wer da auf sie zukommt, und welche Vorinformationen vorhanden sind. Wenn eine Dokumentation während des Gesprächs unumgänglich ist, sollte das Gespräch unterbrochen und dieses dem/der Patient*in mitgeteilt werden.

Eine gleichzeitige Arbeit am PC während des Gesprächs ist für die Beziehungsgestaltung in der Regel störend [62]. Für Online-Gespräche gelten dieselben, hier dargestellten Regeln.

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

Das Team der Praxis trägt dazu bei, mehr Informationen über die Patient*innen zu gewinnen. Gegenüber medizinischen Fachangestellten (MFA) entwickeln sich andere Beziehungskonstellationen als zum/zur Ärzt*in, die zum Verstehen der Patient*in erweiternd sein können.

5.7 Empfehlung

Es sollten Strukturen in der Praxis vorhanden sein wie zum Beispiel Fallbesprechungen, die die Kompetenz der MFAs nutzen. Solche Besprechungen können auch Verständigungsprobleme innerhalb des Teams erhellen, denn unterschiedliche Rollen tragen zu unterschiedlichen Beziehungserfahrungen bei.

5.8 Empfehlung

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

6 Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen

Tabelle 1: Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen

1. Modul: Patientenzentrierung	
Begrüßung und Eröffnung	Vorstellen, namentliche Ansprache wünschenswert; wenn Patient*in nicht von sich aus anfängt, die Beschwerden zu schildern, einleiten: „Was führt Sie zu mir/uns?“ „Ich möchte Sie heute besser kennenlernen.“
Zuhören Dasein und Nichts tun - Einstimmen auf den/die Patient*in	Achten auf Mimik, Gestik, Wortwahl, Modulation und Sprachfluss, Körperhaltung, Kleidung und äußerer Eindruck, Stimmung und mnestische Fähigkeiten; welche Bilder/Metaphern gebraucht die Patient*in, welche Szenen werden geschildert? Wie wird die Interaktion mit der Ärzt*in gestaltet (Warum gerade hier, warum gerade jetzt, warum gerade so?); Möglichst keine Fragen stellen. Auf die eigenen Gefühle achten!
Aktives Zuhören	Aktiv zum Erzählen ermuntern durch Körpersprache (Nicken, Bestätigen durch „Mmh“, „Ja“-sagen und zum gemeinsamen Nicken kommen, Lächeln), Warten (Gesprächspausen zulassen), Wiederholen, Spiegeln und Markieren, Zusammenfassen.
Erfragen der Patientenperspektive der Auffassung der Krankheitsentstehung, des bisherigen Umgangs mit den Beschwerden, des Vorwissens, der Befürchtungen, der Erwartungen	„Was ist Ihre Erklärung, woher die Beschwerden kommen?“ „Haben Sie eine bestimmte Befürchtung?“ „Was hat bisher geholfen, was weniger?“ „Haben Sie schon eine bestimmte Vorstellung wie ich Ihnen helfen soll/kann?“ „Was ist für Sie im Moment das Wichtigste?“

<p>Zusammenfassung</p>	<p>„Verstehe ich Sie richtig, dass...?“ Annehmen des Leids und der Bemühungen des/der Patient*in: „Da haben Sie ja viel Leid erlebt!“ (Zusammenfassungen sollten wiederholt werden.) Abschließende Frage: „Ist noch etwas wichtig für Sie? Haben Sie ein weiteres Anliegen?“</p>
<p>2. Modul: Arztzentriertes Klären</p>	
<p>Differentialdiagnostische Einordnung / Klärung von Red Flags ggf. zur Qualität, Quantität und Verlauf</p>	<p>direkte Fragen Wie? Wo? Wie oft?</p>
<p>Klärung der Auslösesituation</p>	<p>Wann wird es besser, wann schlechter?</p>
<p>Klärung weiterer Beschwerden</p>	<p>Gibt es Ausnahmen?</p>
<p>Abhängig vom Beratungsanlass bereits jetzt:</p>	<p>„Seit wann?“ „Wer war dabei?“</p>
<p>vegetative Anamnese, Suchtverhalten, vorherige und begleitende</p>	<p>„Haben Sie noch weitere Beschwerden?“</p>
<p>Krankheiten, Unverträglichkeiten/Allergien und bestehende Medikation, ggf. Vor- und Mitbehandlung und bisherige Behandlungsstrategien</p>	
<p>3. Modul: Erfragen und Einordnen der geschilderten Beschwerden im psychosozialen Kontext</p>	
<p>Erfragen der Beeinträchtigung im Alltagsleben</p>	<p>„Was gelingt Ihnen nicht mehr so gut wie zuvor?“</p>
<p>Erfassen des Kontexts durch Fragen nach den Sichtweisen Anderer</p>	<p>„Wann geht es Ihnen besser?“ „Was wäre möglich, wenn Sie diese Beschwerden nicht hätten?“ „Was meint Ihre Mutter, Vater, Partner, Arbeitskollegen.... Zu Ihren Beschwerden?“</p>

<p>Ggf. wahrgenommene Gefühle benennen oder aktiv erfragen (ggf. auch schon im patientenzentrierten Teil Modul 1)</p>	<p>„Ich sehe, dass Sie dies sehr ängstlich/besorgt/ärgerlich macht.“</p> <p>„Ihre Augen strahlen, wenn...“</p> <p>„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“</p>
<p>4. Modul: Bewältigungsstrategien der Patient*in erfragen – auf Ressourcen achten</p>	
<p>Patientenseitige Bewältigungsstrategien explorieren</p>	<p>„Was haben Sie selber unternommen, um...?“</p> <p>„Was tun Sie, wenn Sie sich schlecht fühlen, sich ungerecht behandelt fühlen, Sie Schmerzen haben?“</p> <p>„Was hat geholfen? Was weniger?“</p> <p>„Wie gut und wie dauerhaft funktioniert das?“</p> <p>Ressourcen (eigene Stärken, Lebensleistungen, Hobbies usw.) erfragen und würdigend festhalten. Das eröffnet Möglichkeitsräume.</p> <p>„Was haben Sie gut bewältigt in Ihrem Leben? Wer hat Ihnen dabei geholfen? Wer oder was könnte Ihnen heute helfen?“</p>
<p>5. Modul: Bewältigungsstrategien der Patient*in erfragen – auf Ressourcen achten</p>	
<p>Biografische Anamnese</p>	<p>„Welche Rolle spielte Schmerz/frühere Erkrankungen in Ihrer Herkunftsfamilie, wie wurde damit umgegangen?“ Auf den Geburtsort und Zeitpunkt achten (z. B. Kriegskinder, Erfahrung von Vertreibung, kultureller Hintergrund).</p> <p>Alter der Eltern bei Geburt und deren Beruf erfassen (z. B. Mutter: +28, Fleischfachverkäuferin)</p> <p>Geschwisterreihe erfassen (z. B.: m + 2)</p> <p>Achten auf lebensgeschichtliche Leistungen, Trennungen, Verluste. Wie wurden Schwellensituationen gemeistert?</p> <p>Schulischer Werdegang, Ausbildung, derzeitige Arbeitssituation; Familienstand – eigene Kinder/Enkel.</p>
<p>Krankheitsspezifische Familienanamnese</p>	<p>„Welche Bedeutung hat für Sie, dass...?“</p> <p>„Wie wurde damit umgegangen?“</p>

6. Modul: Ziele, Vorgehen und Terminstruktur

Zusammenfassen, patientenseitige Ziele erfragen und abstimmen, diagnostisches Vorgehen gemeinsam abstimmen

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

Proaktiv Terminstruktur absprechen und Verabschieden

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

7. Modul: Reflexion und Dokumentation

Ggf. Einbeziehung des Praxisteam

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

7 Skizze des Ablaufs eines anamnestischen Erstgesprächs



8 Literatur

1. DEGAM Positionspapier Psychosomatische Grundversorgung
https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/pressearbeit/presseordner_2015/PM_DEGAM_Positionspapier_Psychosomatik.pdf
2. WHO: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future; 2018; <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2018/from-alma-ata-to-astana-primary-health-care-reflecting-on-the-past,-transforming-for-the-future-2018>
3. Rojatz D, Nowak P, Bahrs O, Pelikan JM. The Applikation of Salutogenesis in Primary Care. In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM et al. The Handbook of Salutogenesis. 2nd Edition 2021; Wiesbaden: Springer Verlag: 419-432
4. Waters D, Sierpina VS. Goal-Directed Health Care and the chronic pain patient: a new vision of the healing encounter. *Pain Physician* 2006; 9: 353-60
5. Huber M, Jung HP, von den Brekel-Dijkstra K. Handbook Positive Health in Primary Care – The Dutch Example. Houten 2022. bohn sbafleu van oghum
6. Veit I. Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung-Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. 2018; Stuttgart: Kohlhammer Verlag
7. Koerfer A, Albus C (Hrsg.). Kommunikative Kompetenz in der Medizin - Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. 2018; Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung
8. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M. Patient´s ideas, concerns, and expectations in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 2009; 59: 29–36
9. Guassora AD, Johansen ML, Malterud K. Agenda navigation in consultations covering multiple topics. A qualitative case study from general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(3):339-347
10. Little P, Everitt H. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001; 323: 908–911
11. Takemura YC, Atsumi R, Tsuda T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? *Fam Med* 2008; 40: 253-8
12. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277: 678-82
13. Zulmann D, Haverfield M.C, Shaw J G et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter Kommunikation. *JAMA* 2020; 323(1):70-81
14. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Internal Med*.1984; 101: 692–6
15. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient’s agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-87
16. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients’ unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50
17. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 175-81
18. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277: 350-6

19. Ebbecke-Nohlen A. Symptome – Diagnostik – Therapie. In: Zwack JNE/ Nicolai E (Hrsg.) Systemische Streifzüge. 2014; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 60–70
20. Bahrs O, Heim S, Löwenstein F, Henze KH: Review Dialogues as an Opportunity to Develop Life Course Specific Health Goals; The International Journal of Person Centered Medicine 2017, 7 (2): 98-106
21. Barry CA, Stevenson FA, Britten N et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice 2001; Social Science & Medicine, 53: 487–505
22. Hasiba B. Das hausärztliche Gespräch angesichts der Symptome bei Angst und Panik, Allgemeinmedizin up2date 2020; Stuttgart: Thieme Verlag: 1: 79–96
23. Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O: Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?; Z Allg Med 2004; 80: 53-57
24. Bahrs O, Dingelstedt A: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten; in: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009; Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung: 80-101
25. Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. Fam Med. 2009; 41: 494-501
26. Kushnir T, Kushnir J, Karel A, Cohen AH. Exploring physicians perceptions of the impact emotions during interactions with patients. Fam Pract 2011; 28(1): 75-81
27. Veit I. Ärger in der Arzt-Patient-Beziehung. Z Allg Med 2014; 90(4): 182-186
28. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen Ein Handbuch 2021. Stuttgart: Kohlhammer:117-136
29. Del Canale S, Louis DZ, Maio V. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study on primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. Acad Med 2012; 87: 1243-9
30. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. J Healthc Commun 2018; 3: 3-36
31. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. J Am Board Fam Pract 2002; 15: 25-38
32. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E. Continuity of care with doctors -a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open 2018: e021161.
33. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152(9): 1423-37
34. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. Acad Med 2011; 86: 359-64
35. Ekman E, Halpern J. Profession distress and meaning in health care: Why professional empathy can help. Social Work Health Care 2015; 54(7): 633-50
36. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract 2002; 52: 9-13
37. Silva JV, Carvalho I. Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens? Perm J. 2016; 20(3): 1225-229
38. Epstein R M, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. J Gen Intern Med 2007; 22: 1731-9

39. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen Ein Handbuch 2021; Stuttgart: Kohlhammer: 52-64
40. Bahrs O: „Oh God, there are people respecting me, indeed.“ – Review dialogues as an opportunity to initiate processes of de-stigmatizing; *Dynamische Psychiatrie - Dynamic Psychiatry* 2018; (51): 44-62
41. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50
42. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: A clinical modal for general practice. *Family Practice* 1995; 12: 423-29
43. Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice – Key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1998; 16: 66–71
44. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke 1997: Tübingen:DGVT
45. Bahrs O: Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit; Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *GGW* 2003; 3(1): 17-23
46. Appleyard J, Mezzich JE. (Eds). *Seeking the Person at the Center of Medicine* 2021; Legend Press Ltd. UK.
47. Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, van Dulmen S, van den Brink A. The Unexpected in Primary Care – A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda. *Annals of Family Medicine* 2004; 25: 534-40
48. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Internal Med.*1984; 101: 692–6
49. Sturm E, Bahrs E, Dieckhoff D et al. (Hrsg.). *Hausärztliche Patientenversorgung – Konzepte – Methoden* 2006; Stuttgart:Thieme Verlag
50. Kalitzkus V, Wilm S. Familie in der Medizin – Familienmedizin. In: Wonneberger A, Weidtmann K, Stelzig-Willutzki S (eds). *Familienwissenschaft. Familienforschung.*2018; Wiesbaden: Springer Verlag
51. Veit I, Kamps H, Huenges B, Schütte T. Die Hausarztpraxis von morgen Komplexe Anforderungen erfolgreich bewältigen Ein Handbuch 2021; Stuttgart: Kohlhammer: 36-50
52. Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med* 1993; 25:17-20
53. Levinson W. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-559
54. Essers G. Clarifying the role of context in doctor-patient communication. Dissertation, Radboud UMC, Nijmegen 2014 <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/127233/127233.pdf>
55. Pagel C. There is a real danger that covid-19 will become entrenched as a disease of poverty. *BMJ* 2021; 373: 986
56. Daten zur ambulanten Versorgung in Deutschland: <https://www.zi.de/https://www.aerzteblatt.de/archiv/214715/Lebenserwartung-auf-Kreisebene-in-Deutschland>
57. The Lancet Commission: Culture and health 2014 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61603-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61603-2/fulltext)
58. Ludwig S. Diversity in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. *GMS Journal for Medical Education* 2020 <https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001320.shtml>

-
- 59.** Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004; 27: 237-51
- 60.** Bahrs O. Die Überdeterminierung des Hörens – Der Alltag des Hausarztes erfordert ein biopsychosoziales Konzept. *Psychoneuro* 2003; 29(5): 212-216
- 61.** Volck G, Kalitzkus V. Passung im Minutentakt–die Komplexität einer Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2012; 88(3): 105-111
- 62.** Noordmann J, Verhaak P, van Beljouw I, van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitioner–patient communication. *Family Practice* 2010; 27:644–651
- 63.** Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J: Was wünschen Patienten vom Hausarzt? - Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 1996; 3, 72, 180-18

9 Anhang

Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Der /dem koordinierenden Autor*in liegen keine Hinweise auf relevante Interessenkonflikte der Beteiligten vor. Von allen an der Leitlinie beteiligten Autor*innen und Pat*innen wurden die AWMF-Interessenkonflikterklärungen über das AWMF-Onlineportal eingeholt (s. Website www.awmf.de). Die Erklärungen der Interessenkonflikte wurden von Dr. Cathleen Muche-Borowski (DEGAM-Leitliniengeschäfts-/entwicklungsstelle) hinsichtlich Befangenheiten in der Abstufung gering – moderat - hoch bewertet. Als geringe Interessenkonflikte wurden einmalige Tätigkeiten mit Bezug zur Leitlinie (z. B. Vorträge, einmalige Begutachtung) > 5.000 € pro performance bewertet., Extern finanzierte Tätigkeiten (z. B. regelmäßige Mitarbeit in Advisory boards von Unternehmen zu Themen mit Leitlinienbezug) > 10.000 € pro Jahr wurden als moderate Konflikte eingestuft. Als hohe Interessenkonflikte haben wir einerseits Eigentumsinteressen (Patente, erheblicher Aktienbesitz an Unternehmen, Firmenbesitz) oder höher finanzierte Tätigkeiten > 50.000 € p. a., die auf eine enge Anbindung an Industrie/Unternehmen hinweist, eingestuft. In der Konsequenz würde ein geringer Interessenkonflikt zum Ausschluss von Leitungsfunktionen bei der Leitlinie, ein moderater Konflikt zur Enthaltung bei Abstimmungen und ein hoher Interessenkonflikt zum Ausschluss der Leitlinienmitarbeit führen. Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung dargestellt.

Es wurden keine von Interessenkonflikten betroffenen Themen der Leitlinie festgestellt. Für die zentralen Aussagen der Leitlinie besteht ein Konsens unter den Beteiligten.

Anhang 1 : Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Veit, Iris

Anhang 2 : Kommentare aus der Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

Anhang 1: Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Veit, Iris

Leitlinie: S1 Das anamnestische Erstgespräch in der Hausarztpraxis

Registernummer: 053-065

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*inenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr.med. Altmann, Tanja	Nein	Nein	Ruhr Universität Bochum	Nein	Nein	Nein	Klinische Tätigkeit: Medical Interview, Family medicin, positiv health	- COI: keine: keine
Dr. Bahrs, Ottomar	Positive Health International	Institut für Allgemeinmedizin Universität Witten	Positive Health international und Hochschule Fulda	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM; ich war in Göttingen in Hannover vor langer Zeit Mitarbeiter der allgemeinmedizinischen Institute und habe auch danach im Bereich der hausärztlichen Versorgung Forschungsprojekte u.a. in Kooperation mit den Universitäten Düsseldorf und Witten durchgeführt, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). Ich habe eine Zeitlang als Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie das Göttinger Institut bei Hochschullehrertreffen vertreten und dabei insbesondere den Aspekt der Lehre bzgl. Medizinischer Kommunikation stark gemacht., Mitglied: International Association for Communication in Healthcare (EACH). Die zunächst in Europa	- COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>gegründete Fachgesellschaft befasst sich wesentlich mit empirischen Analysen von kommunikativen Prozessen in der Versorgung und der Entwicklung darauf aufbauender Schulungs- und Fortbildungsprogramme. Ich habe in dem Kontext vor vielen Jahren an zwei europäischen Gemeinschaftsstudien mitgewirkt (EUROCOM und EUROPEP). Eine zentrale Ansprechpartnerin für mich ist Prof. Sandra van Dulmen, Mitglied: International College on Person-Centered Medicine (ICPCM). Die internationale Fachgesellschaft fokussiert auf Stärkung von personen- und populationsbezogener Medizin. Zentraler Ansprechpartner ist Dr. Juan Mezzich. Das College ist im besonderen Maße primärmedizinisch und sozialpsychiatrisch orientiert. , Mitglied: Dachverband Salutogenese e.V. Der disziplinübergreifende Verband zielt auf Ressourcenorientierung und die Förderung gesundheitsfördernder Lebens- und Arbeitsverhältnisse in allen gesellschaftlichen Bereichen., Mitglied: Zusammenarbeit mit Kolleg:innen von Gesundheit Österreich (Dr. Peter Nowak, Dr. Daniela Rojatz, Prof. Jürgen Pelikan) mit Bezug auf Salutogenese in der Primärversorgung, Mitglied: Prof. Claudia Meier Magistretti (Hochschule Luzern). Kooperation im Hinblick auf Salutogenese,</p>	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Wissenschaftliche Tätigkeit: Arzt-Patienten-Kommunikation, Umgang mit chronischer Krankheit, Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel, Selbsthilfeförderung, Salutogenese, Interprofessionelle Zusammenarbeit	
Dr. med.univ. Hasiba, Barbara	n.a.	WGPM	Nein	Nein	n.a.	n.a.	Mitglied: Vorsitzende der wissenschaftlichen Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin, in Graz www.psygraz.at (Organisieren die ÖÄK Psy-Diplome in der Steiermark) , Wissenschaftliche Tätigkeit: Hasiba, Barbara (2022). Die ärztliche Haltung bei Suizidalität – Von der Suizidprävention zum assistierten Suizid. Balint-Journal 2022; 23: 75-83, Georg Thieme Verlag, Klinische Tätigkeit: niedergelassen als Ärztin für Allgemeinmedizin in der Primärversorgung , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitende Lehrende des systemischen PSY 3 -Diploms der ÖÄK Vorlesungen für die Med. Universität Graz , Persönliche Beziehung: keine	COI: keine: keine
Dr. Muche-Borowski, Cathleen	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Keine
Mukherjee, Rahul	Nein	Nein	Institut für hausärztliche Fortbildung	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM, AG	- COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			IHF				Psychosomatik	
Dr. med. Steger, Thomas	-	-	-	Nein	-	-	Mitglied: -, Wissenschaftliche Tätigkeit: -, Klinische Tätigkeit: allgemeinmedizinische Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: -, Persönliche Beziehung: -	- COI: keine: keine
Dr. med. Veit, Iris	Nein	Nein	Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe Institut für Hausärztliche Fortbildung	Kohlhammer-Verlag Elsevier-Verlag Hogrefe	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung Akademie für Ärztliche Fortbildung Westfalen Lippe Hausärzterverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychosomatische Grundversorgung, Klinische Tätigkeit: Ärztliche Interaktion Strang Ausbildung der Ruhr-Universität Bochum	COI: keine: keine

Anhang 2



Sektion Leitlinien und
Qualitätsförderung
der DEGAM

Sprecherinnen: Dr. med. Jeannine Schübel, Dr. rer. medic. Karen Voigt,
Entwicklungsstelle: Dr. rer. hum. biol. Cathleen Muche-Borowski, MPH
Geschäftsstelle: Peggy Borchers MPH, Franziska Brosse

S1 Leitlinie „Das anamnestische Erstgespräch“ (AWMF Nummer: 053-065)

SLQ Abstimmung und Kommentierung vom 12.09.2024

Abstimmungsergebnis: 23 x ja, 2 x nein, 2 x Enthaltungen

Kommentare	Antwort der Autorengruppe:
<p>Kommentar von Erika Baum 28.08.2024 Super! Nur wenige redaktionelle Anmerkungen: Vielleicht kann man Grafik am Ende und Zusammenfassung der Empfehlungen als Kurzversion ausweisen. 1.3 bitte primärärztliche zusammenschreiben (nicht primär ärztliche) Einzelne Lücken im gendern auffüllen (z.B. gegen Ende Kap. 3) Zu Empfehlung 4.5. da ist „erlebte Anamnese“ etwas missverständlich definiert. Bei bereits bekannten Patient*innen fließen da auch Erfahrungen aus vorausgegangenen Kontakten ein. Könnte man einen kurzen Hinweis anbringen? Ein Genogramm kann für die Dokumentation hilfreich sein, dass auch zusammen mit der Patient*in erstellt werden kann. Besser: Ein Genogramm, dass auch zusammen ... erstellt werden kann, kann für die Dokumentation hilfreich sein.</p>	<p>Danke, wird umgesetzt.</p> <p>Die Empfehlung bezieht sich auf den ersten Kontakt. Habe den Hinweis aber an späterer Stelle aufgegriffen.</p> <p>Wird aufgegriffen.</p>
<p>Kommentar von Günther Egidi 04.09.2024 Das ist sehr schön geworden - danke! Nur einige wenige nur geringe Anmerkungen: Empfehlung 4-4 finde ich zu apodiktisch ("Empfehlung 4.4 Weil fast jeder Arztbesuch eine Vorgeschichte in der Familie und im erweiterten Umfeld der Patient*innen hat, sollte sich der/die Ärzt*in bei jedem Erstkontakt die Fragen stellen: „Warum gerade hier und bei mir? Warum gerade jetzt? Warum</p>	

<p>gerade so, z. B. in Begleitung von einem Zugehörigen?“.</p> <p>=> was, wenn da jemand neu mit einem banalen Infekt in die Praxis kommt, nur eine AU möchte und keine weiteren Fragen hat?</p> <p>=> m.E. gehört da eine Einschränkung wie "wenn angemessen" o.ä. hinzu.</p> <p>Empfehlung 5-3 ("Die „Spielregeln der Praxis“, die beschreiben, wann wie viel Zeit zur Verfügung steht, sollten transparent gemacht sein. Diese Aufgabe liegt zunächst bei den medizinischen Fachangestellten und kann zu Gesprächsbeginn in der Sprechstunde seitens der Hausärzt*in aufgegriffen werden.") sollte m.E. in ihrem zweiten Teil ruhig etwas stärker formuliert werden, auch wenn ich das selber fast nie in der Praxis hingekriegt habe: auch die Ärzt*innen sollten den Zeitrahmen vorab kommunizieren - ein "kann" ist mir zu schwach.</p> <p>Empfehlung 5-5 ("Weil die Zahl der Patient*innen mit mangelnden Lese- und Sprachkenntnissen in den Hausarztpraxen wächst, sollte im Vorfeld geklärt werden, wie die jeweiligen Patient*innen informiert sind und wie Kommunikation mit ihnen unterstützt werden kann.") würde ich noch erweitern: Es sollte in nicht diskriminierender Weise in der Praxis-Software vermerkt werden, welche Patient*innen nicht ausreichend lesen und schreiben können, um bei künftigen Konsultationen hier peinlichen Missverständnissen vorzubeugen.</p> <p>"Die Anamnese ist die häufigste Aufgabe der Gesprächsführung in der hausärztlichen Praxis." finde ich etwas unglücklich formuliert. Vielleicht besser: "Eine gute Anamneseführung gehört zu den wichtigsten hausärztlichen Qualifikationen."</p> <p>In "Diese Schritte gründen sich auf dem, in den Zukunftspositionen der DEGAM und im Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung dargelegten hausärztlichen</p>	<p>Die genannten Fragen sollen nicht formuliert an die Patient*in gestellt werden, sondern dienen einer kurzen Selbstreflexion, einem kurzen Innehalten, auch bei Notfallkontakt.</p> <p>Das kann sollte zum Ausdruck bringen, dass im Falle guter Kommunikation im Vorfeld, die Ärzt*in das nicht mehr machen muss.</p> <p>Wird aufgegriffen.</p> <p>Wird übernommen.</p>
--	--

<p>Versorgungsauftrag" sollte das Komma gestrichen werden.</p> <p>Statt "Angesichts der Zunahme der chronisch kranken Patient*innen" "... Zunahme der Zahl chronisch kranker Patient*innen"</p> <p>"dies erfordert einen an den Gesundheitszielen der Patienten orientierten erweiterten Dialog" - sollte heißen "...Patient*innen..."</p> <p>" 20 Minuten können ein ausreichender Zeitraum für ein terminlich geplantes, hausärztliches Erstgespräch sein." => stimmt natürlich. Ich würde hier dennoch etwas Raum geben wollen für "Menschen ohne Probleme" - die wirklich nur ein sehr schnell zu klärendes Gesundheits-Anliegen haben. 20 Minuten sind in der derzeitigen angespannten Situation der hausärztlichen Praxen SEHR, SEHR VIEL!</p>	<p>Ein Angebot zu einem anamnestischen Gespräch sollte allen nicht bekannten Patient*innen gemacht werden, auch denjenigen, bei denen ärztlicherseits ein schnelle überschaubares Anliegen vorliegt. Dies zahlt sich auch zeitlich aus. Wer mal schnell in die Praxis kommt, z.B. für eine Auffrischimpfung und gar nicht langfristig Interesse hat an einer hausärztlichen Versorgung in deraufgesuchten Praxis hat, für solch einen Patienten wird auch kein Erstgespräch vereinbart werden. Deutsche Hausärzte haben im internationalen Vergleich die höchste Kontaktfrequenz und die größte Unzufriedenheit. Einen Grund dafür versucht diese Leitlinie zu betrachten. Forschung wäre weiter notwendig.</p>
<p>Kommentar von Ilia Karl 05.09.2024 Die dargestellten - an sich richtigen - Punkte passen nicht in den Rahmen eines Erstgespräches. Ich hadere mit der Leitlinie. Ausweislich der Überschrift geht es um das Erstgespräch mit neuen Patient:innen in der hausärztlichen Praxis. Ich empfinde die Intention, den Patienten / die Patientin gleich im ersten Anlauf vollständig psychosozial sezieren und verstehen zu wollen unrealistisch und in Teilen übergriffig. Ich verstehe die Beziehung Arzt-Patient als einen Prozess. Der ist nicht in einem Gespräch zu erledigen. Qualität und Quantität von Ressourcen ändern sich. Eine konzise Zusammenfassung, ggf mit einer Gliederung in "jetzt wichtig" und "später wichtig" würde ich bevorzugen. Der präsentierte Umfang für ein Erst-Gespräch ist mir zu groß.</p>	

<p>Kommentar von Peter Maisel 09.09.2024 Herzlichen Dank an die AutorInnen für die wichtige Handlungsempfehlung, der ich in den meisten Punkten zustimme. Bei einigen Empfehlungen habe ich Anmerkungen bzw. Fragen:</p> <p>Pkt. 1.3.: primärärztlich statt primär ärztlich E 4.1.: Geht deutlich über die Zielpopulation ("erstmalig die Hausarztpraxis aufsuchend") hinaus. E 4.4.: Gibt es für diese weitgehende Aussage ("bei fast jedem Arztbesuch eine Vorgeschichte in der Familie und im erweiterten Umfeld") Studien? E 5.1. Geht über Ziel ("Erstgespräch") deutlich hinaus. E 5.6. Wäre schön, aber erfordert Fragen der MFAs und Vorab-Abgabe von Vorbefunden: nicht immer machbar und nicht immer vom Pat. erwünscht. E 5.8. Der Zeitrahmen von 20 Minuten (inkl. körperlicher Untersuchung) erscheint mir für die Abarbeitung aller Empfehlungen etwas kurz.</p>	<p>Studien sind mir dazu nicht bekannt. Diese Aussage beruht auf Erfahrungen in der Versorgung und auf insgesamt 5 Workshops, die auf der Basis von Videografierten Erstgesprächen in der Hausarztpraxis durchgeführt wurden. Gestützt wird sie durch systemisches Denktradition und medizinsoziologisches Wissen.</p>
<p>Kommentar von Jean-Francois Chenot 28.08.2024 Es handelt sich eher um ein psychosomatisches Erstgespräch. Der Anspruch ist für alle Erstgespräche zu hoch. Ich erlebe eher eine Entwicklung im Verlauf mehrerer Gespräche. Der erste Eindruck ist natürlich entscheidend, aber nicht jeder möchte dann gleich so tief einsteigen.</p>	<p>Wie auch in der Leitlinie selber formuliert, kann das Erstgespräch auch über mehrere Termine hin gestaltet werden. Doch es sollte überhaupt und möglichst am Anfang der Beziehung stattfinden. Aus Erfahrung in der Weiterbildung unterbleibt nicht selten die Erfassung der Kontextfaktoren und lebensgeschichtlicher Ereignisse.</p> <p>Wichtig wäre es, die Leitlinie in der allgemeinmedizinischen Forschung zu überprüfen.</p>
<p>Kommentar von Stephan Hoffmann 05.09.2024 Ein zu hoher Anspruch konterkarriert die Grundversorgung. Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind alle Ansätze sicherlich sinnvoll.</p>	<p>Aus meiner Sicht ist Grundversorgung immer psychosomatisch und nicht nur dort, wo Ärzt*innen ein psychosoziales Problem erahnen. Der Mensch ist in meiner Sichtweise (Iris Veit) psychosomatisch und ein dualistisches Denken traditionell zwar verbreitet, aber fehlerleitend,</p>
<p>Kommentar von Anja Wollny 06.09.2024 Eine Anregung hätte ich noch für Seite 13 oben rechte Seite: Unter dem Stichwort &#34;direkte Fragen&#34; steht dann &#34;offene Fragen&#34;</p>	<p>Wird aufgegriffen</p>

das "offen" würde ich empfehlen, zu streichen, weil es sich nicht bei allen um wirklich offene Fragen handelt wie z.B. Wo? Wie oft? und bei Modul 4 weiter unten auf Seite 13 sollten die Begrifflichkeiten oder Hinweise auch wie in den anderen Abschnitten auf die linke Seite und rechts nur die Fragen stehen	
Kommentar von Sebastian Poernbacher 10.09.2024 evt. noch Kurzzusammenfassung für Vielbeschäftigte oder als Merkhilfe hilfreich	Dazu könnte man die hinterlegten Module als Tabelle benutzen.

Versionsnummer: 1.0

Erstveröffentlichung: 01/2024

Nächste Überprüfung geplant: 01/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online