

# Gesprächsführung

## Wesentliche Inhalte

**Angaben zur Person, Anlass der Begegnung und Hauptbeschwerde, Charakterisierung der Symptome** (Ort, Qualität, Schwere, Dauer, Frequenz, Auslöser, erschwerende/erleichternde Faktoren, Begleitsymptome; bei Schmerzen Quantifizierung von 0-10/10, Ausstrahlung), **bisheriger Verlauf** (Behandlungen, Medikamenten-Wirkung? funktionelle und soziale Folgen).

Erfasst werden sollen medizinische **Vorgeschichte**, aktuelle und frühere **Medikation** (auch frei verkäufliche Präparate, Kontrazeptiva), **Allergien** und **Unverträglichkeiten, Lebensführung** (Gewohnheiten von Sexualität und Ernährung, Diät, Alkohol, Nikotin, Genussmittel, Drogen, berufliche/private Risiken wie Infektionen, Chemikalien, Auslandsreisen), **Familienanamnese, Sozialanamnese**, mögliche **Beeinträchtigung im Alltag oder Behinderung** (z.B. Fahrtüchtigkeit, Hilfsmittel, Rollstuhl, Pflegebedürftigkeit).

**Speziell neurologisch:** Geburtsverlauf, Entwicklung, Schule, Fieberkrämpfe, Bewusstseinsverluste, paroxysmale Störungen (z.B. epileptische Anfälle: wie oft? wann? zuletzt?), Meningitis, Tb, Zeckenstich, Lues, Schlaganfall/TIA, Gefäßrisiken: Vorhofflimmern, Diabetes usw.

In der **Systemübersicht** erfragt man **Allgemeinsymptome** (Größe, Gewicht, Appetit, Schlaf, Fieber) und die einzelnen **Organfunktionen** (neurologisch: **Sinnesorgane** Doppelt/verschwommen Sehen? Oszillopsie? Hörminderung? Tinnitus? Riechen, Schmecken, Gleichgewicht, Schwindel; **Bewegung** Schlucken, Sprechen, Muskelschwäche, Muskelschwund, Steifigkeit, ungewollte Bewegungen, Zittern, Händigkeit, Schrift (Mikrographie?), Geschicklichkeit, Gang-/Standesicherheit, Werfen, Schwimmen; **Sensibilität** Taubheitsgefühl, Missempfindungen, Ertasten von Objekten; **Denken** Gedächtnis, Konzentration, Wortfindung? Sprachstörung? Pläne machen und durchführen, Lesen, Schreiben, Zeichnen, Umgang mit Geräten, Verirren? Umgang/Verhalten verändert?)

## Speziell zur psychiatrischen Gesprächsführung

Das Gespräch sollte neben dem diagnostischen auch einen therapeutischen Charakter haben

Stellen Sie auch zu Bereichen, die möglicherweise Ihnen oder dem Patienten unangenehm sind, direkte Fragen (z.B. **Suizidalität**, Sexualität). Achten Sie auf **nonverbales Verhalten** des Patienten (wie Gestik, Mimik, Prosodie, Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke), Kontaktverhalten (zugewandt? ablehnend? misstrauisch?) und äußere Erscheinung (Kleidung, Hygiene). Achten Sie auch auf **das eigene nonverbale Verhalten** (z.B. zunehmende Direktivität gegenüber antriebsgestörten Pat.). Enthalten Sie sich von Werturteilen oder sonstigen Kommentierungen (verbal oder nonverbal). Beachten Sie bei Bewertung von Verhaltensweisen und Äußerungen den individuellen Hintergrund.

## Fremdanamnese

ist essentiell bei Erinnerungslücken und bei nicht auskunftsfähigen Personen (postiktal, komatös, psychotisch, dement usw.).

Beim Bewusstlosen alle erreichbaren Informationen nutzen!  
z.B. Erstmelder? Auffindungssituation? Bericht der Sanitäter? Nachbarn? Hausarzt? Krankenkasse? Durchsicht von Taschen, Geldbörse, Adressbuch.

# Neurologische Untersuchung

## Prinzipien

Anamnese und zeitlicher Verlauf -> **ätiologische Arbeitsdiagnose** (z.B. akuter Beginn oft vaskulär; chronisch progredient oft neoplastisch usw.)

Untersuchungsbefunde (zusammengefasst als Syndrom) -> **topische Diagnose**

Nachgeordnet: technische Methoden -> Überprüfung der Arbeitsdiagnosen

Optimaler Informationsfluss erfordert eine **standardisierte Fallvorstellung** aus Anamnese, Befunden, klinischem Syndrom, Diskussion von ätiologischer und topischer Arbeitsdiagnose und Vorschläge zum weiteren Vorgehen.

## Ablauf

Limitieren Sie das Ausmaß der Entkleidung, bestehen aber auf Inspektion des gesamten Körpers (neurokutane Syndrome, Vaskulitis, Trophik). Bedenken Sie, welcher Befund aus der Anamnese zu erwarten ist und stellen die Untersuchungstechnik darauf ein (z.B. PNP: Unterschied distal/proximal).

**Kopf:** Form, Haltung, Beweglichkeit (aktiv/passiv).

**Hirnnerven: I:** Geruch seitentrennt, z.B. mit Seife aus Seifenspender;  
**II:** jedes Auge einzeln! **Visus** = Sehschärfe (Sehtafel, Brille?), **Fundoskopie, Gesichtsfeld** (Konfrontationsperimetrie: hemianoper Defekt? Quadrant?);  
**Pupillen:** Weite, Form, direkte/indirekte Lichtreaktion, Nahreaktion;  
**III, IV, VI: Stellung der Bulbi** (Tropie, Phorie, Abdecktest),  
**Okulomotorik** Nystagmus: spontan, Lage, Lagerung, Blickhaltefunktion (Endstellnystagmus, BRN), Konvergenz, Sakkaden (konjugiert? eumetrisch? Geschwindigkeit?), Folgebewegungen (glatt? sakkadiert?), Optokinetik;  
**V:** Sensibilität („Zwiebel“?), Cornealreflex, M. masseter (Kraft, Reflex);  
**VII:** zentrale/periphere faziale Parese? Dissoziation Lachen-Willkür?  
**VIII:** Kopfpulstest (Halmagyi); Flüstersprache (links/rechts, Abstand), Weber (mittig?), Rinne (Luftleitung>Knochenleitung?)  
**IX/X:** Gaumensegel, Rachenhinterwand, Würgregreflex, Speichelsee, Schlucken, Heiserkeit? Sprechen? Geschmack, Sensibilität Zungengrund und Gehörgang;  
**XI:** Mm. sternocleidomastoideus, trapezius (Kopf beugen, drehen, Schultern);  
**XII:** Trophik? Fibrillieren? Herausstrecken? Diadochokinese, Sprechen

**Motorik: Inspektion** Muskelmasse, Faszikulieren; Tremor (Halten, Ruhe, Intention), Tics, Chorea, Akinese, Hyperkinese, Hypomimie, Dystonie;  
**Passives Bewegen** Kontrakturen, Tonus (Rigor, Spastik, Gegenhalten);  
**Kraftgrade** 0 völliger Ausfall (Plegie), 1 Anspringen ohne Bewegung, 2 Bewegung unter Aufhebung der Schwerkraft, 3 Bew. gegen Schwerkraft, 4 Bewegung gegen leichten Widerstand, 5 volle Kraft gegen Widerstand;  
**Latente Parese** Vorhalten Arme, Beine, Rollversuch, Einbeinhüpfen;  
**Feinmotorik** Repetitive Daumen/Fingeropposition, Schriftprobe, Zehen.  
**Reflexe: Muskeldehnungsreflexe:** (ggf. Jendrassik) TSR, BSR, RPR, Knips, Trömnner, Adduktoren, PSR, TPR, ASR, Rossolimo Kloni? Reflexzonen?  
**Fremdreflexe:** Babinski, Bauchhaut, Kremaster, Analreflex.  
**Primitivreflexe:** Palmomental, Schnauz, Glabella, Zwangs-/Nachgreifen.

**Sensibilität: Leichte Berührung, Schmerz, Temperatur** (orientierend: Metallgegenstand und Untersucherhand), **Vibrationsempfinden** (in n/8 der Stimmgabelteilung an Handgelenk, Fußknöchel), **Lagesinn** (Finger/Zeh); Stereognose (taktiles Erkennen z.B. Münzen), Graphästhesie (auf die Haut geschriebene Zahlen), Spitz-Stumpf- und Zwei-Punkt-Diskrimination.

**Koordination: Zeigeversuche** (Finger-Nase, Finger-Finger, Knie-Hacke); **Wechselbewegungen** (Eu-, Dys-, Bradydiadochokinese); Rebound; **Stand** (Haltung, Romberg, Reaktion auf plötzliche Impulse: Fallneigung?); **Gang** (symmetrisch? Mitschwingen?), erschwerte Gangproben (Seiltänzer-/Blindgang), Zehen- und Fersengang, Unterberger-Versuch.

**Höhere Hirnleistungen: Orientierung:** zu Zeit, Ort, Person, Situation;  
**Aufmerksamkeit:** Antwortlatenz? Innerlich abgelenkt? Alert?  
**Gedächtnis:** Arbeitsgedächtnis (Zahlenspanne), Merkfähigkeit („Apfel - Tisch - Pfennig“ wiederholen, Abruf nach Pause), Episodisches G. (aktuelle Ereignisse, der gestrige Tag), Semantisches G. (Schulwissen, Kanzler usw.)  
**Exekutivfunktionen:** Rückwärts Buchstabieren, Fortlaufend Subtrahieren, Abstraktion (Sprichworte, Gemeinsamkeiten, Unterschiede), Schätzaufgaben, Wortflüssigkeit, Logik, Planen. **Rechnen:** schriftlich, im Kopf;  
**Konstruktion:** Abzeichnen, Musterfolgen fortsetzen (Perseveration?), Freies Zeichnen (Uhrentest, „Karte von Deutschland mit München, Berlin usw.“)  
**Vernachlässigungsphänomene (Neglect):** okulomotorische Exploration des ganzen Raums? doppelt-simultane Stimulation (DSS): einseitige Extinktion?  
**Agnosie (visuelle Objektagnosie, Prosopagnosie):** Benennen gestört, Gebrauch kann aber gezeigt werden; Gesichter (keine Gestik/Mimik, stumm!);

**Prüfung auf Apraxie:** gestörte Handlungen trotz gegebener Voraussetzungen (Motorik und Verständnis): buccofaziale A., gliedkinetische A. (gestörte „Bewegungsmelodie“), ideomotorische A., ideatorische A. (= Apraxie der Handlungsfolgen: z.B. „Papier lochen, falten, in Kuvert stecken“). Sprachlich oder gestisch Auffordern zu einfachen und symbolischen Handlungen, Gesicht, Rumpf/Kopf, beide Arme/Beine (nur eine Seite? z.B. Balkenläsion).

**Sprache:** Wichtiger als exakte Syndrom-Diagnose (Amnestische, Wernicke, Broca, Globalaphasie) ist die **Feststellung eines aphasischen Syndroms** (Sprach-Störung) in **Abgrenzung von einer Dysarthrie** (Sprech-Störung). **Spontansprache** (flüssig? Artikulation? Phonation? Wortfindung? Satzlänge? semantische Paraphasien? = Wortfehler wie Neologismen, phonematische P.? = Lauffehler, Syntax?, Prosodie?), **Sprachverständnis** („Berühren Sie mit dem rechten Zeigefinger ihre Nasenspitze, dann das linke Ohrfläppchen.“; DD bei Apraxie Fehler trotz Vormachen), **Nachsprechen** (Silben, Worte, Sätze), **Benennen** (Objekte zeigen: Armbanduhr, Bleistift), **Schreiben und Lesen**.

## Untersuchung des Bewusstlosen (zugleich an „ABC“ denken!)

**Komplette Inspektion** (Prelmarken, Stichstellen, Fehllhaltung/Fraktur? Spontanbewegungen) **Passiv Bewegen:** Meningismus? Tonus? Gelenke?

**HN:** Pupillen, Augenfehlstellung, spontane Augenbewegungen, okulozephalales Manöver (ggf. Eiswasser), Cornealreflex, Speichelsee, Würgregreflex.  
**Reflexe:** symmetrisch? gesteigert? geschwächt? Pyramidenzeichen (spontan?)  
**Schmerzreize:** Motorik symmetrisch? Grimassieren seitengleich? gestörte Sensibilität? vegetative Reaktionen?

**Vigilanz:** Reaktion auf (laute) Ansprache, ggf. Schmerzreize. Somnolenz: prinzipiell kooperativ, schläfrig wenn sich selbst überlassen  
Sopor: ständig schlafähnlich, durch stärkere Reize kurz weckbar  
Koma: nicht erweckbar, Augen geschlossen.  
Grad I: gezielte, II: ungezielte, III: keine Schmerzabwehr, IV keine Reaktion

**Glasgow Coma Scale:** Augen auf? Beste verbale, beste motorische Antwort?  
**Insgesamt 3-15 GCS-Punkte.**

**Augen** offen (4), auf Ansprache (3), auf Schmerz (2), Augen geschlossen (1); **Verbal** orientiert (5), verwirrt (4), unpassend (3), unverständlich (2), ohne (1); **Bewegung** auf verbale Aufforderung (6), Schmerz: gezielte Abwehr (5), Rückzug (4), Beugung (3), Streckung (2), keine Reaktion (1).

# Psychiatrische Untersuchung

## Ziel

Verständnis der Entwicklung und Persönlichkeit des Patienten, der aktuellen Beschwerden, der Vorerkrankungen sowie möglicher Ursachen und Einflussfaktoren des aktuellen Bildes. Diagnostische Einschätzung, Therapie.

## Spezielle psychiatrische Anamnese

**Biographie:** Prä-, peri-, postnatale Besonderheiten/Komplikationen? Frühkindliche Entwicklung (motorisch, sprachlich usw.)? Neurotische Primordialzeichen (wie Bettnässen, Nägelkaugen)? Intrafamiliäre Beziehungen, Erziehungsstil? Entwicklung schulisch (Probleme, Klassenwiederholungen, höchster Abschluss), beruflich (Probleme, Abschlüsse, aktuelle Situation). Sexuelle, partnerschaftliche und eigene familiäre Entwicklung (erste Partnerschaft, erster GV, Gewalt oder Bedrohung in aktueller oder früherer Partnerschaft, Kindesmissbrauch, Vergewaltigung, Körperverletzung, Belästigung, Stabilität der Partnerschaften, Eheschließung, Trennungen, Kinder)? Soziale Aktivitäten (Freundeskreis, Hobbies, Vereine, Engagement in Religionsgemeinschaft, Partei, Verein)? Aktuelle Lebenssituation (Belastungen/Probleme, Familienstand, Kinder, beruflich, finanziell)?

**Persönlichkeit:** Werteorientierung, Gewohnheiten, Bedürfnisse, Wünsche, Vorlieben, Abneigungen, Stärken, Schwächen, Beziehungsmuster usw. Spezifisch: manifeste Persönlichkeitsstörungen oder Akzentuierungen? z.B. paranoid, dissozial, histrionisch, anankastisch, ängstlich, abhängig etc.

**Familienanamnese:** Wie sah/sieht psychosoziale Situation der Eltern aus (z.B. Finanzen, Beruf)? Stellung in Geschwisterreihe? intrafamiliäre Belastungen? Psychische Erkrankungen, Suizidversuche in der Familie.

**Suchtanamnese:** Gebrauch illegaler und legaler Substanzen? Entzugssymptome, Gesetzeskonflikte und andere soziale Folgen.

**Medikamentenanamnese:** Welche Medikamente wann, wie lange, aus welchem Grund, Dosierung? Welche Wirkungen und Nebenwirkungen?

## Psychopathologischer Befund

**Beachte:** Manche der folgenden Merkmale müssen direkt erfragt oder geprüft werden (z.B. Grübeln, Suizidalität), andere werden aus der Verhaltensbeobachtung beurteilt (z.B. zerfahrenes Denken, Neologismen).

**Bewusstsein:** B.-Verminderung, B.-Trübung, B.-Einengung, B.-Verschiebung  
**Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit** (vgl. ↑): Merkfähigkeit, Konfabulationen, Paramnesien (Fehlerinnerungen), Konzentration (z.B. „100-7“), Auffassung (Sprichworte), Abstraktion, Kritikfähigkeit

**Formales Denken:** gehemmt (Empfindet Pat. sein Denken als zäh, wie gegen Widerstand?), verlangsamt, umständlich (Fällt es Pat. schwer auf den Punkt zu kommen, kann er Nebensächliches von Wichtigem unterscheiden?), eingeengt (immer wieder bestimmte Themen?), perseverierend, Grübeln, Gedankensträngen, ideenflüchtig (assoziativ aufgelockert), Vorbeireden, gesperrt, Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen.

**Befürchtungen/Zwänge:** Misstrauen, Hypochondrie (nicht wahnhaft), Phobien, Zwangsgedanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen.

**Wahn:** Wahn-Stimmung (z.B. Gefühl, dass etwas im Gange ist.), Wahn-Wahrnehmung (Belangloses wird wahnhaft wahrgenommen), Wahn-Einfall, W.-Gedanken, systematischer W., Beziehungsw., Beeinträchtigungsw., Verfolgungsw., Eifersuchtsw., Schuldw., Verarmungsw., hypochondrischer W., Größenw., W.-Dynamik.

**Sinnestäuschungen:** Illusionen (Verkennung real vorhandener Eindrücke), Stimmenhören, andere akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen.

**Ich-Störungen:** Derealisation (Gefühl, die Umwelt habe sich qualitativ verändert, kommt fremd vor.), Depersonalisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, G.-Eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse.

**Affektivität:** Ratlos, Gefühl der Gefühllosigkeit, affektarm, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam/jammerig, Insuffizienzgefühle, gesteigerte Selbstwertgefühle, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, ambivalent, Parathymie, affektlabil, affektinkontinent, affektstarr.

**Antriebsstörungen:** antriebsarm, gehemmt, gesteigert, Apathie.

**Psychomotorische Störungen:** unruhig, Parakinesen, maniert/bizar, theatralisch, mutistisch, logorrohoisch, Rituale.

**Zirkadiane Besonderheiten:** morgens schlechter, abends schlechter/besser

**Soziale Störungen:** Sozialer Rückzug, Umtriebigkeit, Aggressivität

**Andere:** Selbstbeschädigung, Suizidalität, Mangel an Krankheitsgefühl.

## Gestörte Körperfunktionen:

**Schlaf und Vigilanz:** Einschlaf-/Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer, Früherwachen, Müdigkeit, fluktuierende Vigilanz. **Appetenz:** Appetit/Durst vermindert/vermehrt, Sexualität. **Gastrointestinal:** Hypersalivation, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe. **Kardiorespiratorisch:** Atmen, Herzklopfen, Herzdruck. **Andere vegetative Störungen:** Akkomodation, Schwitzen, Seborrhoe, Miktion, veränderter Zyklus, Hitzegefühl, Frösteln, Konversionssymptome, Schwindel.

## Zusammenfassung und Formulierung der psychiatrischen Arbeitsdiagnose

**Erster Schritt:** Fassen Sie die Leitsymptome des psychopathologischen Befundes in einem Syndrom zusammen, z.B. als depressives Syndrom.

**Vorüberlegungen:** Sind Krankheitsvorgeschichte und aktuelles Bild vereinbar? In welche Großkategorie lässt sich das Beschwerdebild einordnen? Organische Störungen wie Demenzen, substanzbedingte/Sucht, „endogene“ wie affektive, schizophrene, schizoaffektive Störungen, „psychogene“ wie Persönlichkeitsstörungen, Symptomneurosen (Zwangs-, Angststörungen usw.)? Liegen mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig vor (komorbide Störungen)? Gibt es weitere Auslöser/Ursachen für das Beschwerdebild? Wenn eine Diagnose gestellt werden kann, wie sicher? Welche Punkte sprechen gegen die Arbeitsdiagnose? Welche weiteren Informationen sind erforderlich?

## Formulierung der Arbeitsdiagnose als multiaxiale Diagnose

- Hauptdiagnose psychiatrisch: siehe ICD-10 Kapitel V
- Persönlichkeit
- Diagnosen somatisch, medizinische Krankheitsfaktoren
- Psychosoziale, umgebungsbedingte Probleme: z.B. Partnerschaft
- Psychosoziales Funktionsniveau

## Rechtliche und soziale Aspekte

- Besteht Krankheits- und Behandlungseinsicht?
- Sind Maßnahmen gegen den Patientenwillen angezeigt (Festhalten im Krankenhaus, Fixierung, Medikation)?
- Ist Einrichtung einer Betreuung erforderlich (zur Sicherstellung von medizinischer Behandlung, Pflege usw.)?
- Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung?

## Alliance for Medical Education

Ludwig-Maximilians-Universität - Harvard Medical International

## Nervensystem und Verhalten: Anamnese und Untersuchung

Diese Kitteltaschenkarte ist als Hilfestellung gedacht, um die Erhebung der Anamnese bei Störungen des Nervensystems, des Erlebens und des Verhaltens sowie die neurologische, klinisch-neuropsychologische und psychiatrische Untersuchung zu strukturieren und zu standardisieren. Das standardisierte Vorgehen soll Vollständigkeit gewährleisten und den Informationsaustausch bei der Patientenvorstellung und der Dokumentation in Krankenakte und Arztbrief optimieren. Ein zu striktes Einhalten der Vorgaben kann aber Ihre Fähigkeit einschränken, individuelle Besonderheiten zu erkennen. Die spezifischen Probleme des Patienten sollten Ihr Vorgehen leiten.

Diese Karte ersetzt nicht das Studium von Lehrbüchern. Mit den Einzelheiten praktischer Untersuchungsgriffe und besonders mit der psychopathologischen Begriffslehre müssen Sie sich anhand von weiterführendem Material genauer vertraut machen. Für diagnostische Kategorien der Psychiatrie gilt derzeit die International Classification of Diseases (ICD-10 Kapitel V) als Standard.

A. Danek, R. Bottlender, H. Grunze, M. Strupp

2. Auflage  
© 2003