

Anamnese und allgemeine Untersuchung



© K. Oborny/Thieme

1 Anamnese

1.1 Bestandteile der Anamnese

1.1.1 Grundlagen

Definition: professionelle Erfragung der Krankengeschichte eines Patienten und seiner aktuellen Beschwerden.

Regeln des Anamnesegesprächs: In den ersten Momenten des Zusammentreffens zwischen Arzt und Patient wird die weitere **Arzt-Patient-Beziehung** entscheidend geprägt, weswegen dem **Erstkontakt** eine wesentliche Bedeutung zukommt. Die **Begrüßung** sollte mit einem **freundlichen Lächeln** verbunden und der Patient von dir mit seinem Namen angesprochen werden. Stelle dich dem Patienten sodann mit deinem Namen und deiner genauen Funktion vor (z. B. PJ-Student).

Während des sich anschließenden Anamnesegesprächs ist dem Patienten deine **volle Aufmerksamkeit** zu schenken. Achte darauf, dich **verständlich auszudrücken** (z. B. Fachtermini vermeiden bzw. diese erläutern) und dem Patienten auf **Augenhöhe** zu begegnen.

Zunächst wird die **aktuelle Anamnese** (S.8) erhoben, also der Grund erfragt, aus dem der Patient den Arzt aufsucht. Hierzu werden **offene Fragen** gewählt. Im weiteren Verlauf werden die Fragen gezielter gestellt, um die mögliche (Verdachts-)Diagnose eingrenzen zu können. Bei Bedarf solltest du **Informationen nachfragen** und das vom Patienten Gesagte möglichst **zusammenfassend wiederholen**.

Strukturierung des Anamnesegesprächs: Die Anamnese kann **frei** (unstandardisiert), **halbstandardisiert** (teilstrukturiert) oder **standardisiert** (vollstrukturiertes Interview mit speziellen Fragebögen) durchgeführt werden. Es hat sich bewährt, nach einem (teil-)strukturierten Schema vorzugehen.

Formen der Anamneseerhebung: Bei der **Eigenanamnese** beichtet der **Patient selbst**. Hierbei erhält der Arzt ein erstes Gesamtbild des Patienten und damit erste Arbeitshypothesen.

Eine **Fremdanamnese**, also die Befragung von Dritten, kann notwendig sein bei:

- Säuglingen und Kindern
- Patienten mit Migrationshintergrund und Verständigungsproblemen
- bewusstlosen oder dementen Patienten
- Menschen mit Sprachstörung oder geistiger Behinderung.

Zielsetzung des Anamnesegesprächs: Die Anamnese hat zum Ziel, vom Patienten möglichst viele Informationen zu erhalten, die in Zusammenhang mit seinen Beschwerden stehen. Es ist die Aufgabe des Arztes, sich durch gezieltes Nachfragen und aufmerksames Zuhören einen Überblick über die Beschwerden des Patienten zu verschaffen. Die Anamnese bildet **die Grundlage für die Diagnosefindung** und die richtige **Therapie** des Patienten.

Merke: Eine **sorgsame, korrekte Anamnese** kann, in Verbindung mit der körperlichen Untersuchung, in vielen Fällen bereits zur **richtigen Diagnose** führen!

Darüber hinaus sollte der Arzt im Rahmen des Anamnesegesprächs eine **persönliche Beziehung** zu dem Patienten aufbauen und Einblicke in berufliche und/oder private Probleme wie auch den sozialen Hintergrund gewinnen. Die Fähigkeit zur **Empathie** spielt hier eine herausragende Rolle.

Praxistipp: Mache dir stets **ein eigenes Bild** von dem Patienten und berücksichtige dabei auch die subjektive Bewertung der Krankheit durch den Patienten, die therapeutischen Funktionen der Anamneseerhebung (z. B. größere Krankheitseinsicht) und die Suggestionwirkung.

1.1.2 Inhalte der Anamnese

Identifizierende Daten: Zur Identifizierung sind zunächst die **Basisdaten** zu überprüfen bzw. zu erfassen (Name, Geburtsdatum/Alter, Adresse, Hausarzt, Krankenkasse). Schau dir zumindest den Namen und das Alter des Patienten möglichst schon im Vorfeld an. Entnimmst du die Daten der Patientenakte, frage – sofern der Patient dir nicht bekannt ist – noch einmal nach: „Mein Name ist Dr. B., Sie sind also Herr/Frau M.“

Praxistipp: Viele Patienten täuschen über einen Verlust der zeitlichen Orientierung hinweg, indem sie ihr Geburtsdatum nennen, nicht aber ihr Alter. Frage gezielt nach: „Das heißt, Sie sind jetzt wie alt genau?“

Aktuelle Anamnese: Die **momentanen Beschwerden** des Patienten solltest du als Erstes abfragen. Wobei die ersten diesbezüglichen Fragen möglichst als **offene Fragen** formuliert werden sollten (z. B. „Was führt Sie zu mir?“).

Achte darauf, den Patienten bei seiner Beschwerdeschilderung nicht frühzeitig zu unterbrechen, und ermuntere ihn bei Bedarf zum Weitersprechen. Um die erhaltenen Informationen genauer zu charakterisieren bzw. um die möglichen Diagnosen einzugrenzen, sollten deine weiteren Fragen **gezielter** erfolgen.

Dabei sind Fragen wesentlich, die folgende Kriterien erfassen:

- **Ort** der Beschwerden (Lokalisation, Ausstrahlung)?
- **Qualität** der Beschwerden (Intensität und Charakter)?
- **Quantität** der Beschwerden (Dauer und Häufigkeit)?
- **zeitliches Auftreten** (Beginn akut, subakut oder chronisch)?
- mögliche **Auslöser**?
- **Veränderungen** der Beschwerden (wann, wodurch)?
- **Zusatzsymptome**?

Werden vom Patienten für **bestimmte Krankheitsbilder typische Symptome** geschildert, sind diese **konkret** weiter abzufragen.

Die beschriebenen Symptome können teilweise auch schon nach **Relevanz bzw. Dringlichkeit** beurteilt und bei der sich anschließenden körperlichen Untersuchung berücksichtigt werden.

Vorgeschichte:

- bisher durchgeführte **Maßnahmen und Diagnostik** (evtl. von welcher Klinik, welchem Arzt?)
- **Vorerkrankungen**, auch psychische Erkrankungen, Unfälle, Verwundungen (ungefähre Zeitpunkte des Erstauftretens notieren)
 - Von vorrangigem Interesse: Vorerkrankungen, die mit den aktuellen Beschwerden in Zusammenhang stehen können.
- **frühere Klinikaufenthalte, Voroperationen**
- bei Frauen: Schwangerschaften und/oder Aborte, gynäkologische Eingriffe
- **Vorsorgeuntersuchungen** (z. B. Mammografie, Koloskopie, Prostata-Vorsorge)
- **Allergien** (hier sind Auswahlfragen hilfreich: z. B. nach Heuschnupfen, Hausstaub, Antibiotika) und Unverträglichkeiten (z. B. bestimmte Nahrungsmittel). Gibt der Patient bekannte Allergien bzw. Unverträglichkeiten an, ist auch immer die **Art der Reaktion** zu erfragen.
- aktueller **Impfstatus**.

Praxistipp: Chronische Krankheiten (wie Asthma, Diabetes, Hypertonus, KHK etc.) gehören für die Patienten oft zum Normalzustand und sollten deshalb gezielt abgefragt werden.

Systemübersicht: Fragen nach Funktion, Beschwerden, Besonderheiten oder Veränderungen der einzelnen Organsysteme.

- **Kopf und Nervensystem:** z. B. Kopfschmerzen? Schwindel? Geruchs- und Geschmackssinn regelrecht? Sehkraft und Hörvermögen? Zahnstatus? Anfallsleiden? Sensibilitätsstörungen? Lähmungserscheinungen?
- **Herz und Kreislauf:** z. B. Herzbeschwerden wie Herzrhythmusstörungen oder Herzstolpern? Brustschmerz? periphere Ödeme? Synkopen? Hypertonie?
- **Atmung und Lunge:** z. B. Ruhe- oder Belastungsdyspnoe? Husten oder Heiserkeit? Asthma oder COPD?
- **Verdauung und Magen-Darm-Trakt:** z. B. Übelkeit; Erbrechen oder Durchfall? Probleme mit dem Stuhlgang? Bauchschmerzen?
- **Harnwege und Genitalorgane:** z. B. Regelschmerzen? Schmerzen beim Wasserlassen? gynäkologische Anamnese bei Frauen

- **Skelettsystem und Muskeln:** z. B. Gelenksbeschwerden? Muskelschmerzen? Bewegungseinschränkungen?
- **Endokrinologie:** z. B. Hitzewallungen? Kälteintoleranz? Struma? Gynäkomastie?
- **Lymphknoten:** Lymphknotenschwellungen?
- **Psychiatrische Probleme:** z. B. Ängste? Antriebsstörungen? Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen?

Vegetative Anamnese: Neben den Basisdaten **Gewicht und Körpergröße** ist eine **vegetative Anamnese** zu erheben.

- **Schlaf:** Schlafstörungen?
- **Appetit:** Appetitlosigkeit, Abneigung gegen bestimmte Speisen oder Polyphagie bzw. Essattacken?
- **Durst:** pathologisch gesteigertes, reduziertes oder nicht vorhandenes Durstgefühl?
- **Miktio:**
 - Veränderungen bezüglich der **Anzahl** und der **Urinmenge**
 - **Harnverfärbungen** oder sonstige Auffälligkeiten des Urins
 - **Schmerzen beim Wasserlassen** (Algurie) oder erschwertes Wasserlassen (Dysurie)
 - **nächtliches Wasserlassen** (Nykturie)
 - **Harninkontinenz**?
- **Stuhlgang:**
 - Veränderungen bzgl. **Anzahl** der Stuhlentleerungen pro Tag bzw. Woche
 - **Farbe** des Stuhlgangs
- **B-Symptomatik.**

Medikamenten-, Genuss- und Suchtmittelanamnese:

Medikamente: Der Patient ist nach Medikamenten, die er bis vor kurzem eingenommen hat bzw. **aktuell** einnimmt, und nach deren **Dosierung** zu fragen.

Die Medikamentenanamnese gestaltet sich oft schwierig. Der **Patient unterschlägt Informationen** zu Medikamenten i. d. R. unwissentlich, weil er sie nicht für entscheidend hält. Es ist deine Aufgabe als Arzt, auch nach Details zu fragen. Frage daher auch gezielt nach heilpflanzlichen und **frei verkäuflichen Mitteln** und junge Frauen nach der Einnahme von **Kontrazeptiva**.

Genuss- und Suchtmittel: Frage nach **gesundheitsbeeinflussenden Gewohnheiten** wie **Alkohol- und Tabakkonsum**.

Dabei solltest du dem Patienten klarmachen, dass es sich um Routinefragen handelt, die allen Patienten gestellt werden.

Vermutest du **Drogenkonsum**, solltest du gezielt danach fragen (was, wie viel, seit wann?).

Merke: Die sog. **gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen** sollten anamnestisch erfragt werden: hierzu zählen auch Fragen nach der **Ernährungsform, sportlicher Aktivität** und dem **sozialen Status**.

Familienanamnese: Fragen nach **Erbkrankheiten** und Krankheiten, die **familiär gehäuft** auftreten können. Gib dem Patienten ggf. Auswahlmöglichkeiten. **Beispiele:**

- Allergien
- Anfallsleiden
- Diabetes mellitus
- genetische Erkrankungen, Fehlbildungen
- Gefäßerkrankungen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt)
- Herzerkrankungen
- Hypertonie
- Krebserkrankungen

- Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Ulkus, Morbus Crohn)
- Stoffwechselerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen
- Suchterkrankungen
- rheumatische Erkrankungen.

Frage auch, woran und in welchem Alter die Eltern (bzw. auch Geschwister und Kinder) erkrankt bzw. verstorben sind.

Sozial- und Berufsanamnese: Erfragt werden folgende Punkte:

- **Familiensituation und Partnerschaft:** z. B.: Wie sind Ihre Lebensumstände? Leben Sie alleine oder in einer Partnerschaft? Haben Sie Kinder? Wie ist Ihre Wohnsituation? Wie ist Ihre Versorgung, wenn Sie entlassen werden?
- **Berufliche Position und Arbeitsbelastung:** Welchen Beruf üben oder übten Sie aus? Gibt oder gab es nennenswerte Gefahrenstoffexpositionen in diesem Zusammenhang? Wie ist die körperliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz? Denke auch an Risikofaktoren für die Entwicklung von Erkrankungen durch bestimmte Berufe.
- **Freundeskreis und soziales Engagement:** z. B. Was sind Ihre Hobbys? Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?
- **besondere belastende Umstände/Situationen** aktuell oder zurückliegend.

Praxistipp: Oftmals ist ein **gezieltes Nachfragen** nötig, um Patienten dazu zu bewegen, kritische und belastende Lebenszustände nicht zu verschweigen, sondern offen anzugeben.

Sexualanamnese: Die Sexualanamnese sollte **selbstverständlicher Bestandteil** der Anamnese sein und dient der Erfassung **sexueller Beschwerden und Funktionsstörungen**.

Da es sich um ein sensibles Thema handelt, liegt es in der Hand des Arztes, die richtigen und wichtigen Fragen auch mit der nötigen **Diskretion** und Sensibilität zu stellen.

Zu denken ist auch an **unerwünschte Medikamentenwirkungen**, die zu einer Beeinträchtigung des Sexuallebens führen können (z. B. Betablocker zu einer erektilen Dysfunktion).

Reiseanamnese: Die Frage nach Auslandsreisen kann wichtige Hinweise auf das Vorliegen von **Infektions- bzw. Tropenerkrankungen** geben, auch länger zurückliegende Auslandsaufenthalte (Spätmanifestationen) sind zu berücksichtigen.

Frage immer danach **wo, wann und wie lange der Patient sich im Ausland** aufgehalten hat und ob es während des Aufenthalts zu Symptomen gekommen ist.

Wichtig für die Abklärung sind auch Fragen nach **spezifischen Expositionen**, hierzu zählen: Tierkontakte, Insektenstiche, (ungeschützte) Sexualkontakte, Süßwasserkontakt und hygienische Bedingungen.

Der **Impfanamnese** (z. B. gegen Hepatitis A, Gelbfieber) und **Medikamentenanamnese** (S.8) (z. B. Malariaphylaxe) ist in diesem Zusammenhang ebenfalls Beachtung zu schenken.

1.2 Dokumentation und Interpretation

1.2.1 Dokumentationspflicht

Ein Arzt hat die **Pflicht, erhobene Informationen, Befunde und getroffene Maßnahmen hinreichend zu dokumentieren** und i. d. R. 10 Jahre lang aufzubewahren. Vollständige Anamnese- und Untersuchungsunterlagen dienen der **Therapiesicherung** und dem Arzt zudem als **Gedächtnisstütze**. Darüber hinaus können diagnostische und therapeutische Irrtümer durch die Prü-

fung genau geführter Patientenunterlagen aufgedeckt werden. Auch bei juristischen Auseinandersetzungen mit Patienten oder der Kassenärztlichen Vereinigung kann die genaue Dokumentation dienlich sein (Beweissicherung).

1.2.2 Dokumentationsform und Interpretation

Art der Dokumentation: Die Dokumentation kann frei oder standardisiert erfolgen. Überwiegend kommen **standardisierte Anamnese- und Untersuchungsbögen** zum Einsatz. Sie ermöglichen eine ungefähre Vergleichbarkeit der Dokumentation.

Da auch die Dokumentation i. d. R. unter hohem Zeitdruck erfolgen muss, sind **computergestützte Dokumentationsprogramme** hilfreich. Damit keine wesentlichen Informationen verloren gehen, sollte die Dokumentation möglichst schon **während der Anamneseerhebung** (zumindest in Stichpunkten) erfolgen.

Dokumentiere auf den Untersuchungsbögen möglichst auch **alle Befunde** (wie z. B. Herzfrequenz, Herzgeräusche, Darmperistaltik, aber auch bspw. Narben oder sonstige Auffälligkeiten).

Patientenfragebögen: Wegen ihres systematischen Aufbaus und der meist umfassend gestalteten Fragen werden auch sehr gerne **Anamnese-Fragebögen** ausgegeben. Der wartende Patient hat Zeit, den Bogen auszufüllen, und der Arzt bekommt detaillierte Angaben, ohne dabei sein Zeitbudget zu belasten.

Interpretation und Verlaufsdokumentation: Die Dokumentation und Interpretation der erhobenen Daten sollten stets **unbeeinflusst von Vorbefunden** sein. Oft werden Medikamente und Vorerkrankungen immer wieder von vorhergehenden Arztbriefen kopiert, ohne dass diese verifiziert wurden.

Notiere für mitbetreuende Kollegen die durchgeführte und **geplante Diagnostik**, deren Ergebnisse sowie **Therapievorschläge** auf dem Anamnesebogen. Neben den durchgeführten **therapeutischen Maßnahmen** sind auch eventuelle Abweichungen oder Besonderheiten zu vermerken. Auch der **Verlauf** muss dokumentiert werden. Sieh alle Untersuchungsergebnisse – auch deine eigenen – als **Momentaufnahmen**, die es **permanent zu überdenken und zu evaluieren** gilt.

Sofern der Patient die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ablehnt, muss dies ebenfalls dokumentiert werden. Handelt es sich bei den Angaben um eine **Fremdanamnese**, ist auch dies zu vermerken.

2 Allgemeine körperliche Untersuchungen

2.1 Basisuntersuchung

2.1.1 Voraussetzungen und Vorbereitungen

Merke: Mindestens bei der Erstvorstellung sollte jeder Patient, unabhängig von den geschilderten Hauptbeschwerden, möglichst vollständig körperlich untersucht werden!

Die körperliche Untersuchung ist stark abhängig von den **Umgebungsbedingungen**. Achte darauf, dass sie möglichst in einem **ruhigen Untersuchungsraum** und ohne Störungen stattfindet.

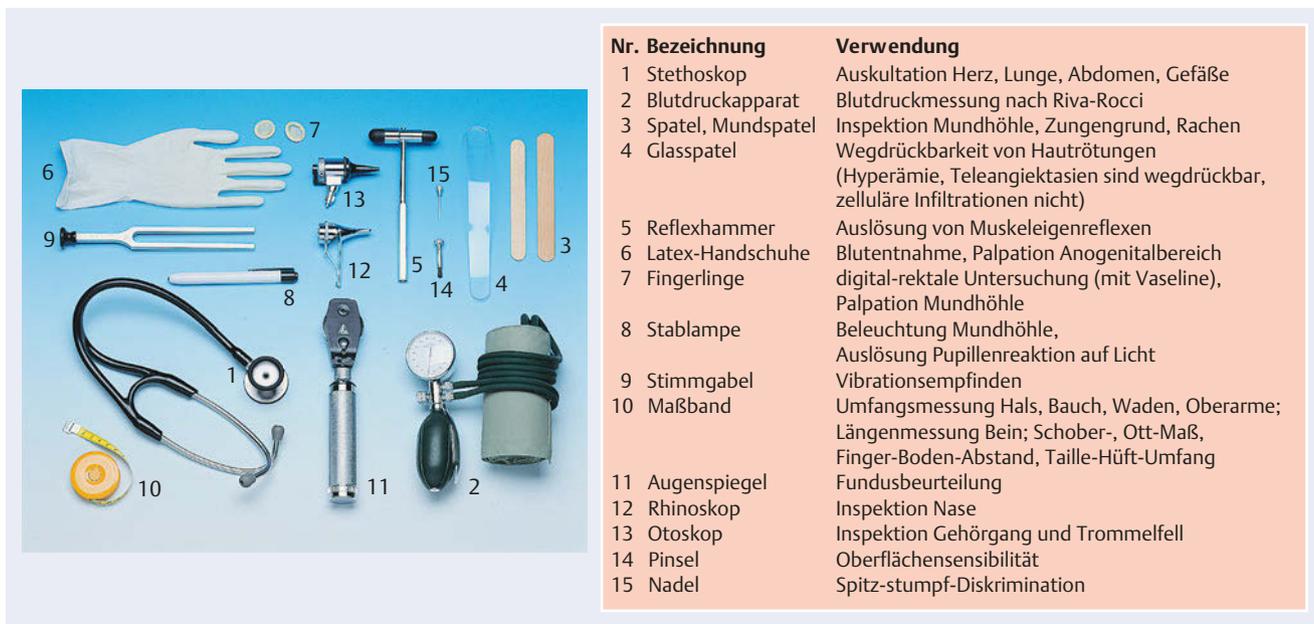


Abb. 2.1 Einfache Geräte für die körperliche Untersuchung. [Quelle: Fießl, Middeke, Duale Reihe Anamnese und Klinische Untersuchung, Thieme, 2022]

Wichtig sind auch eine ausreichende **Beleuchtung** sowie eine **angenehme Raumtemperatur**.

Zu Beginn der Untersuchung solltest du den Patienten bitten, sich **bis auf die Unterwäsche zu entkleiden**.

Vor und nach jeder körperlichen Untersuchung solltest du dir die Hände **desinfizieren**. Bei der Untersuchung der **Mundhöhle** und des **Genital- und Analbereichs** solltest du **Handschuhe** tragen.

2.1.2 Erster Eindruck und allgemeine Inspektion

Allgemeinzustand: Bei der Bewertung des Allgemeinzustandes unterscheidet man grob zwischen **gutem, leicht reduziertem, reduziertem** oder **stark reduziertem Allgemeinzustand (AZ)**.

Um dies weiter zu konkretisieren, werden **folgende Punkte** herangezogen:

- **Bewusstseinszustand** (S. 27) und **Orientierung**
- **Stimmungslage**
- **Mobilität** (freies Gehen möglich oder Hilfsmittel zur Mobilisation notwendig?)
- **Erscheinungsbild und Pflegezustand**
- **Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit**.

Bewegung und Haltung: Zeigt der Patient **Bewegungseinschränkungen** oder bewegt er sich ungelenkt, ausfahrend, steif?

Finden sich **Bewegungsanomalien** wie Rigor, Ruhetremor, mimische Bewegungsarmut (z. B. bei Parkinson-Krankheit), Intentionstremor (z. B. bei Erkrankung des Kleinhirns), Spastik, Athetosen oder andere Auffälligkeiten?

Auch die **Haltung** des Patienten kann Hinweise auf bestimmte Krankheiten geben, etwa vornübergeneigte Haltung (z. B. bei ankylosierender Spondylitis) oder typische Schonhaltungen (z. B. seitlich geneigter Oberkörper bei akuter Lumbago).

Stimme und Sprache: Im Rahmen des Gesprächs mit dem Patienten fallen ggf. vorhandene **Sprach- oder Sprechstörungen** auf. Besonderheiten sind zu dokumentieren.

Du solltest auch auf einen begleitenden **Stridor** oder **Husten** und die **Mimik und Gestik** des Patienten beim Sprechen achten.

Haut und Schleimhäute: **Haut- und Schleimhautveränderungen** sind oft schon auf den ersten Blick sichtbar.

- **Blässe:** z. B. bei Anämie, Schock, Herzvitien
- **Ikterus:** gelbliche Verfärbung von Haut oder Schleimhäuten, z. B. bei Lebererkrankung, Hepatitis
- **Zyanose:** bläuliche Verfärbung der Haut
- **Rötungen:** z. B. bei Fieber, Exanthenen, Hypertonus
- **Striae rubrae:** z. B. bei Cushing-Syndrom, Kortikoidtherapie
- **Pigmentveränderungen:** z. B. bei Hämochromatose, Morbus Addison
- **Petechien:** z. B. bei Thrombozytenfunktionsstörungen
- **Knotige Verdickungen:** z. B. Gichttophi bei Arthritis urica
- **Narben.**

Schaue dir die Haut des Patienten auf jeden Fall einmal **komplett** an. Denke während der einzelnen Untersuchungsschritte daran, auch **Mundhöhle** (S. 14) und **Zunge** (S. 14) und primär **nicht gut einsehbare Regionen**, wie Axilla, Submammar- und Inguinalregion sowie Genital- und Analbereich, zu inspizieren.

Hautturgor: Der Spannungszustand der Haut gibt Auskunft über den **Hydratationszustand** des Patienten. Eine prall gespannte Haut spricht für Ödeme. Stehende Hautfalten weisen auf eine Exsikkose hin.

Hände und Nagelveränderungen: An den Händen können neben der **Hautfarbe** (kalte und/oder blasse Hände, Raynaud-Syndrom), beispielsweise **Deformitäten** (rheumatoide Arthritis), **Knoten** (Bouchard- oder Heberden-Arthrose), eine **Duypytren-Kontraktur** oder Trommelschlägelfinger (chronische Hypoxämie) auf bestimmte Erkrankungen hindeuten.

Achte auf **Farb-** (z. B. Splitterblutungen [bakterielle Endokarditis?]), **Form-** (z. B. Uhrglasnägel (S. 16) [Lungen- oder Herzkrankung?]) und **Oberflächenveränderungen** der Nägel (z. B. Ölflecken- oder Tüpfelnägel [Psoriasis?]).

Behaarungstypen: Zu den auffälligen Behaarungsmustern zählen übermäßige Behaarung, fehlende Behaarung oder Behaarung an untypischen Stellen.

- **Hirsutismus:** verstärktes männliches Behaarungsmuster bei der Frau

- **Hypertrichose:** übermäßiger Haarwuchs diffus oder lokalisiert am ganzen Körper, wobei die Verteilung aber noch dem geschlechtstypischen Muster entspricht.
- **Hypotrichose:** Fehlen von Behaarung aufgrund nicht angelegter Haarfollikel
- **Alopezie:** Kahlheit aufgrund vermehrten Haarausfalles.

Ernährungszustand: Der Ernährungszustand in Bezug auf das Körpergewicht kann in Verbindung mit der Körpergröße über den sog. **Body Mass Index** berechnet werden.

Tab. 2.1 Body-Mass-Index (BMI)*

Kategorie	BMI	Risiko für Begleiterkrankungen
Untergewicht (reduzierter Ernährungszustand)	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5–24,9	durchschnittlich
Übergewicht	≥ 25	
Präadipositas	25,0–29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I (mäßige Adipositas)	30–34,9	erhöht
Adipositas Grad II (schwere Adipositas)	35–39,9	hoch
Adipositas Grad III (morbid Adipositas)	≥ 40	sehr hoch

*BMI = Körpergewicht/(Körpergröße)² = kg/m²

Ein starkes Untergewicht bezeichnet man als **Kachexie** („Auszehnung“). Das Körpergewicht liegt bei < 80 % des Sollgewichts, der BMI bei < 17,5.

2.1.3 Grundmessgrößen und Vitalparameter

Basisdaten, die helfen, den Patienten in seiner Gesamtheit zu erfassen:

- **Körpergröße**
- **Körpergewicht** (S. 11)
- **Körpertemperatur:** Messung oral, axillär oder rektal
- **Atemfrequenz** (S. 16)/Atemtiefe
- **Pulsfrequenz:** Radialispuls über 60 Sekunden auszählen.
- **Blutdruck** (**Cave:** Weißkittelhypertonus).

Merke: Zu den **Vitalparametern** zählen Körpertemperatur, Atem- und Herzfrequenz sowie Blutdruck.

Oft kannst du Vorberichten entnehmen, wie die Grundmessgrößen deines Patienten sich in letzter Zeit verändert haben. Große Schwankungen erfordern immer eine Abklärung.

2.1.4 Ablauf

Die allgemeine körperliche Untersuchung erfolgt von „oben nach unten“ bzw. organ-/körpersystembezogen (die anatomische Vorgehensweise empfiehlt sich insbesondere bei noch unerfahrenen Untersuchenden).

Für die Untersuchung der meisten Organsysteme hat sich folgender Ablauf bewährt:

- **Inspektion** (S. 10) (= Betrachten → mit den Augen)
- **Palpation** (= Betasten → mit den Händen)

- **Perkussion** (= Beklopfen → mit den Händen)
- **Auskultation** (= Abhören → mit dem Stethoskop)
- Gegebenenfalls schließen sich **Funktionsprüfungen** an.

Praxistipp: Halte dich an einen Ablauf, der dir liegt. Damit gewinnst du Routine und wirkst auf den Patienten sicher und kompetent. Es ist günstig, die Untersuchungsabfolge so zu gestalten, dass der Patient nicht zu oft seine Position wechseln muss!

2.2 Schädel und Gesicht

2.2.1 Orientierende Untersuchung

Inspektion: Zu achten ist auf:

- Schädelanomalien
- Veränderungen der **Gesichtsfarbe** (z. B. Ikterus, Anämie, Zyanose)?
- Auffällige **Kopfbehaarung** (z. B. Alopezie)?
- **Gesichts- und/oder Lidödeme**?
- Hinweise auf **Gesichtsschädelfrakturen** (Brillenhämatom, Kieferklemme, Wangenkonturabflachung, Nasenbluten)?
- Tabaksbeutelmund?

Zudem sind endokrine und andere Störungen oft im Gesicht erkennbar, z. B.:

- Hypothyreose (teigig, aufgedunsen, trockene Haut)
- Hyperthyreose (Exophthalmus)
- Fettstoffwechselstörungen (Xanthelasmen)
- Morbus Cushing (Vollmondgesicht)
- Akromegalie (Vergrößerung von Nase, Zunge, Kinn)
- Parkinson-Krankheit (wächsern, mimische Starre).

Palpation:

Palpation des Schädels: Du solltest dabei auf Vorwölbungen bzw. **Unebenheiten** achten (z. B. „Grützbeutel“ = Atherome, Abszesse) und den Patienten fragen, ob er **Druckschmerzen** (Kalottenklopfschmerz) verspürt, z. B. nach einem Trauma oder bei lokalen Prozessen.

Palpation des Gesichts: Achte besonders auf **Schmerzen** an den **Nervenaustrittspunkten**. Die Nervenaustrittspunkte des **N. trigeminus** (V) werden mit Daumendruck überprüft und sind bei einer Trigemineuralgie druckschmerzhaft:

- In der Mitte der Augenbrauen (Foramen supraorbitale) tastet man den N. supraorbitalis,
- unterhalb der Unterlider das Foramen infraorbitale mit dem N. infraorbitalis,
- am Kinn (Foramen mentale) den N. mentalis.

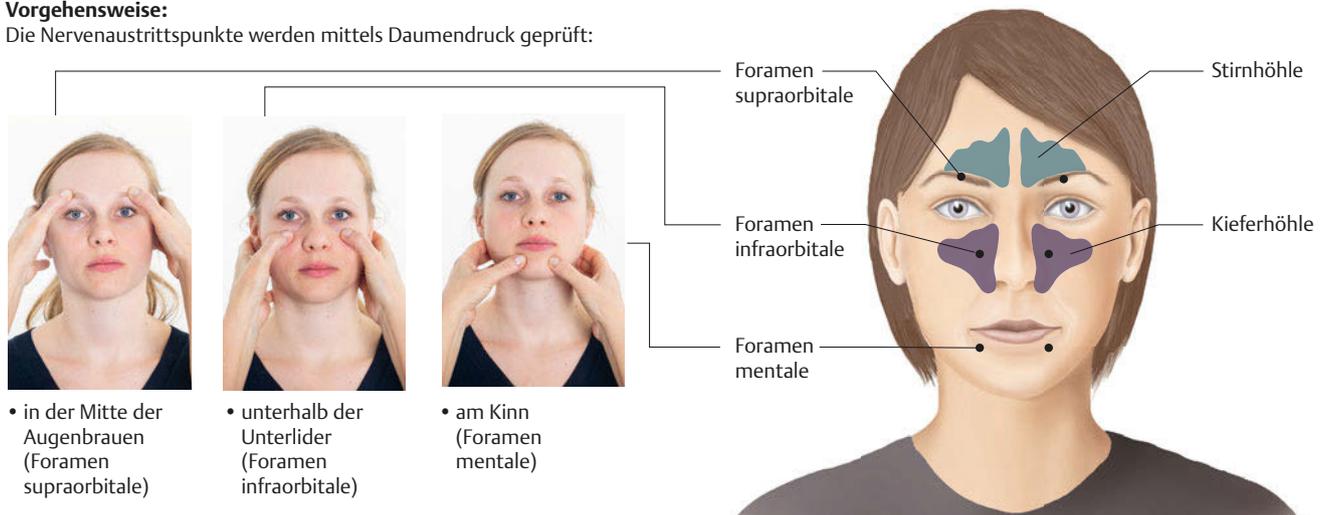
Die **Palpation der A. temporalis** bietet sich bei diesem Untersuchungsschritt ebenfalls an. Die A. temporalis ist bei einer Riesenzellarteriitis im Schläfenbereich tastbar, verhärtet und druckempfindlich, evtl. findet sich eine Pulslosigkeit des Gefäßes.

Merken Denke daran, immer beide Seiten zu palpieren bzw. zu perkutieren!

Perkussion: Perkutiert werden in erster Linie die **Nasennebenhöhlen** bei Verdacht auf eine Sinusitis und das **Mastoid** bei Verdacht auf eine Mastoiditis.

Vorgehensweise:

Die Nervenaustrittspunkte werden mittels Daumendruck geprüft:



- in der Mitte der Augenbrauen (Foramen supraorbitale)
- unterhalb der Unterlider (Foramen infraorbitale)
- am Kinn (Foramen mentale)

Abb. 2.2 Palpation der Nervenaustrittspunkte des N. trigeminus. [Fotos: © K. Oborny/Thieme; Grafische Anteile: Füeßl, Middeke, Duale Reihe Anamnese und Klinische Untersuchung, Thieme, 2018]



Abb. 2.3 Klinische Untersuchung des N. facialis. Aktive Mimik: Stirnrunzeln (ganz links), Augenschluss (Mitte links), „Zähne zeigen“ (Mitte rechts) und Aufblasen der Wangen (ganz rechts). [Fotos: © K. Oborny/Thieme]

Funktionsprüfungen:

Prüfung der Gesichtsmuskulatur: Die Prüfung der motorischen Anteile des N. facialis ist Bestandteil der orientierenden neurologischen Untersuchung. Bitte den Patienten,

- die **Augenbrauen hochzuziehen** (normal: symmetrische Stirnfalten auf beiden Gesichtsseiten),
- die **Augen fest zu schließen** (normal: das Öffnen der Augen durch den Untersucher ist nicht möglich),
- die Mundwinkel nach oben zu ziehen bzw. **Zähne zu zeigen** (normal: Mundwinkel ziehen symmetrisch zur Seite) und
- die **Wangen aufzublasen** (normal: Luft entweicht nicht).

- Ptosis (Horner-Syndrom?)
- Exophthalmus oder Lagophthalmus
- Schielen
- Ektropium oder Entropium
- haloniertes Aussehen (Augenringe).

Sehvermögen: Berichtet der Patient über ein vermindertes Sehvermögen, versuche stets, den **Zeitraum** der Verschlechterung, die **Art** (langsam zunehmend, schwankend etc.) und mögliche **Begleiterscheinungen** zu erfragen. Bei Auffälligkeiten sind weitere ophthalmologische Untersuchungen indiziert.

Eine plötzliche **einseitige** Sehverschlechterung oder flüchtige Erblindung (Amaurosis fugax) sollte dich aufhorchen lassen und erfordert eine **sofortige Abklärung**.

Abklärungsbedürftig sind außerdem verschleiertes Sehen, Lichtblitze oder Lichtscheu

Augenbewegungen:

Durchführung: Bitte den Patienten, mit den Augen deinem Finger zu folgen (der Kopf darf dabei nicht bewegt werden und kann zum Beispiel am Kinn mit der anderen Hand fixiert werden) und in alle Richtungen zu schauen.

Beurteilung: Beurteile, ob die Augenmotorik koordiniert verläuft und Bewegungen uneingeschränkt in alle Richtungen möglich sind (Normalbefund). Pathologische Befunde sind eine eingeschränkte Augenbeweglichkeit, Schiefstellungen bei Blick nach vorne, das Auftreten von Doppelbildern, ein Nystagmus oder sakkadierte Blickfolgen.

2.3 Augen, Ohren, Nase

2.3.1 Orientierende Untersuchung der Augen

Inspektion: Hierzu zählt vorrangig die Inspektion von **Skleren** und **Konjunktiven**. Um die Konjunktiven ausreichend gut beurteilen zu können, solltest du das Unterlid so weit nach unten ziehen, dass die untere Umschlagfalte zu sehen ist. Weiterhin sollten **Augenlider** (Lidbeschaffenheit, -stellung und Lidspaltenweite) und **Bulbi** betrachtet und Veränderungen dokumentiert werden, wie z. B.:

- gelbliche Skleren (Sklerenikterus), bläuliche Skleren (Osteogenesis imperfecta)
- blasse (z. B. Anämie) oder gerötete Konjunktiven (z. B. Konjunktivitis)
- Lidschwellung, -rötung oder -schuppung

Pupillenuntersuchung:

Inspektion: Inspiziere die Pupillen unter Beachtung von Form und Weite.

- **Beurteilung:** normalerweise sind die Pupillen gleich groß (isokor) und rund
- achte auf eine Miosis oder Mydriasis.

Prüfung der Konvergenzreaktion:

▪ **Durchführung:** Die Konvergenzreaktion kannst du prüfen, indem du deinen Zeigefinger aus ca. 15 cm Entfernung zum Patienten auf die Nase des Patienten zubewegst. Bitte den Patienten, deinen Finger zu fixieren, und beobachte die Pupillenweite/Konvergenzreaktion.

- **Beurteilung:** normalerweise Adduktion der Bulbi und Miosis.

Prüfung der Lichtreaktion:

▪ **Durchführung:** Bitte den Patienten, einen Punkt in der Ferne zu fixieren, beleuchte jedes Auge getrennt (ggf. solltest du ein Auge mit der flachen Hand über dem Nasenrücken abschirmen, um zu vermeiden, dass Licht auf die Gegenseite streut) und achte sowohl auf die **Lichtreaktion** des beleuchteten Auges (= **direkte Lichtreaktion**) als auch auf die des anderen Auges (= **indirekte [konsensuelle] Lichtreaktion**).

- **Beurteilung:** Die Pupillenreaktion sollte prompt und konsensual erfolgen.

Gesichtsfeld:

Durchführung: Das Gesichtsfeld kannst du orientierend mit der **Fingerperimetrie** prüfen. Dabei sitzen oder stehen sich Untersucher und Patient in ca. 1 m Abstand gegenüber. Das zu untersuchende Auge fixiert das Auge des Untersuchers (das andere Auge deckt der Patient mit einer Hand ab). Von der Seite, von oben und von unten führt nun der Untersucher beispielsweise seinen eigenen Zeigefinger in das Gesichtsfeld hinein. Der Patient muss dann angeben, wann er den Finger des Untersuchers bemerkt. Es sollten alle 4 Quadranten getestet werden.

Beurteilung: Gesichtsfeldausfälle (wie z.B. eine bitemporale oder homonyme Hemianopsie) müssen weiter abgeklärt werden.

2.3.2 Orientierende Untersuchung der Ohren

Inspektion des äußeren Ohrs: Zur Untersuchung des Ohrs gehört die **Inspektion** des äußeren Ohrs (Rötungen, Schwellungen, Sekretion aus dem Gehörgang?). Danach wird das Ohr auf **Schmerzhaftigkeit** geprüft. Ein Druckschmerz am Tragus und ein Zugschmerz an der Ohrmuschel weisen auf eine Entzündung hin, Klopfschmerzen am Mastoid auf eine Mastoiditis (S. 11).

Inspektion des Gehörgangs: Gibt der Patient eine Minderung des Hörvermögens oder Ohrenscherzen an, können mittels **Otoskopie** Gehörgang (Zerumen, Entzündungszeichen, Blutung?) und Trommelfell (Rötung, Narben, Ergüsse, Perforation?) inspiziert und beurteilt werden.

Subjektive Hörtests:

Flüstertest: Normalerweise werden geflüsterte Worte bis zu einem Abstand von 5–6 m gehört.

Stimmgabeltest: erste Differenzierungen zwischen **Mittel- oder Innenohrproblemen**.

- Beim **Rinne-Versuch** wird die Stimmgabel angeschlagen und auf das Mastoid gesetzt. Sobald der Patient den Ton nicht mehr wahrnehmen kann, wird die Stimmgabel direkt vor den Gehörgang gehalten. Physiologischerweise ist der Ton für den Pa-

tienten nun wieder hörbar (Rinne positiv), bei Schalleitungsschwerhörigkeit jedoch nicht (Rinne negativ). Bei Innenohrschwerhörigkeit ist der Rinne-Versuch abgeschwächt positiv.

- Beim **Weber-Versuch** wird die angeschlagene Stimmgabel auf den Scheitel gesetzt. Beim Gesunden ist der Ton auf beiden Ohren gleich laut hörbar. Bei Innenohrschwerhörigkeit wird er auf dem gesunden Ohr lauter wahrgenommen, bei Schalleitungsschwerhörigkeit wird er ins kranke Ohr lateralisiert.

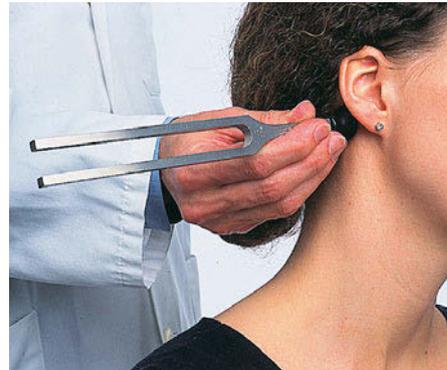


Abb. 2.4 Rinne-Versuch. Schläge die Stimmgabel an und setze sie auf das Mastoid auf. Wird der Ton vom Patienten nicht mehr gehört, hältst du die Stimmgabel nun direkt vor das Ohr des Patienten. [Quelle: Füeßl, Middeke, Duale Reihe Anamnese und Klinische Untersuchung, Thieme, 2018]

2.3.3 Orientierende Untersuchung der Nase

Inspektion: Inspektion der **äußeren Nase** (z.B. Entzündungszeichen, Fehlstellungen) und der **Nasenöffnungen** (Vestibulum nasi), die frei sein sollten (Schwellung? Fremdkörper? Entzündung?). Eine **Nasenatmung** sollte möglich sein.

Beurteilung des Riechvermögens (Geruchstestung): Das Geruchsvermögen kann man mit **aromatischem Geruchsstoff** (z. B. Kaffee, Zimt, Vanillin) prüfen.

Zur Differenzialdiagnostik werden **Trigeminusreizstoffe** wie Essig oder Salmiak verwendet, die auch bei komplettem Verlust des Riechvermögens (Anosmie) wahrgenommen werden. Bei Läsionen der Nasenschleimhaut (z. B. bei schwerer Rhinitis) oder Simulanten fällt die Reaktion negativ aus. Trigeminusreizstoffe führen außerdem zur Auslösung von Schutzreflexen (z. B. Würg- und Niesreflex).