

2. Anamnese

Aufgrund der speziellen Situation bei der Demenzabklärung kommt dem Anamnesegespräch eine wichtige Bedeutung zu, zumal dies der erste Kontakt mit einer Memory Clinic darstellt. Einerseits soll die der körperlichen und der testpsychologischen Untersuchung vorgeschaltete Anamnese dazu genutzt werden, allfällige Ängste abzubauen indem die notwendigen folgenden Abklärungen auf eine adäquate Art und Weise vermittelt werden. Andererseits ist das eigentliche Ziel der Anamnese eine umfassende Informationsbeschaffung über medizinische und soziale Belange und v.a. auch über Auswirkungen der Störungen auf den Alltag. Diese können aufgrund der kognitiven Einschränkungen und der Anosognosie oftmals nicht genau erhoben werden, weshalb eine Fremdanamnese durch nahe Bezugspersonen wichtig ist. Das Augenmerk soll sich darauf richten, was sich verändert hat – also auf neu hinzugekommene Einschränkungen. Für eine strukturierte Anamnese empfiehlt sich, die Anamnese in einen medizinischen und einen sozial-psychologischen Teil zu gliedern.

Medizinische Anamnese:

Eine ausführliche Dokumentation des Krankheitsbeginns und der Beschreibung des Krankheitsverlaufs mit allfälligen Fluktuationen sind essenziell, wobei klar zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung unterschieden werden muss.

Erhoben werden soll eine Familienanamnese mit Sterbealter und Todesursache der Eltern, der Geschwister und allenfalls der Kinder. Weiter werden gehäuft vorkommende Krankheiten in der Familie erfragt. Falls Demenzerkrankungen vorliegen, werden Angaben zum Alter bei Krankheitsbeginn und zum Verlauf festgehalten.

Zudem wird eine vollständige persönliche Anamnese eingeholt. Dazu gehört eine Medikamentenanamnese, inklusiv selbstgekaufter Medikamente. Die Medikamenteneinnahme am Vortag und am Tag der Untersuchung soll detailliert erfragt werden (auch Bedarfsmedikation).

Systemanamnese:

- **Noxen:** Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamentenabusus
- **HerzKreislauf:** kardiopulmonale Beschwerden
- **Ernährung:** Gewichtsverlauf, Nahrungsaufnahme, inkl. Zahnstatus/Dysphagie, Verdauung
- **Miktion:** Urininkontinenz, Dysurie
- **Sensationen:** Schwindel, Kopfschmerzen, allgemeine Schmerzen
- **Erholung:** Tagesschläfrigkeit, Schlafstörungen (Ein-/Durschlafstörungen), (Alb-)Träume, nächtliche Unruhe, Schnarchen, Apnoephasen
- **Mobilität:** Gehhilfen, Stürze (Häufigkeit, Ursache)
- **Neurologische Defizite:** Koordinationsstörungen, Krampfanfälle, Schädel-Hirn-Trauma, Tremor, allgemeine und fokale Schwäche
- **Sinnesorgane:** Visus- und Hörverminderung, Riechen
- **Psychische Verfassung:** Depressive Symptome inkl. Suizidalität, Angststörungen, Sinnestäuschungen.
- **Deliranamnese**
- **Am Schluss:** Noch nicht angesprochene Beschwerden.

Psychosoziale Anamnese

Die psychosoziale Anamnese

- A) bezweckt die Informationssammlung im diagnostischen Prozess
- B) liefert die Grundlage für eine situationsangepasste Beratung und nicht-medikamentöse Therapieansätze
- C) ist wesentlich für das Einleiten angemessener Unterstützungsmassnahmen

Anamnesetechnik

Um diesen mehrdimensionalen Anforderungen gerecht zu werden, empfiehlt sich, ein sorgfältiges Vorgehen, das sowohl der Informationsgewinnung als auch dem Beziehungsaufbau zwischen Explorierenden und Betroffenen sowie deren Angehörigen dient. Demenzabklärungen werden häufig bei älteren Patienten durchgeführt, bei denen die Kommunikationsfähigkeit im Allgemeinen und die Anamneseerhebung im Speziellen durch Multimorbidität (sensorische Defizite, Verlangsamung, reduzierte Belastbarkeit, Hirnleistungsprobleme) erschwert ist. Der Umgang mit diesen Schwierigkeiten erfordert von den Untersuchenden Expertise und Anpassungsvermögen. Ein sorgfältig und empathisch geführtes Gespräch, mit Beschwerdedarstellung, Problemerkennung und Aufdecken von Zusammenhängen bringt für die Betroffenen und die Angehörigen häufig bereits Erleichterung. In diesem Sinne hat bereits die Anamnese einen therapeutischen Effekt. In Anlehnung an einen **narrativen Zugang** bitte der/die UntersucherIn die Patienten und deren Angehörige zu Beginn - aus der jeweils eigenen Perspektive - Auffälligkeiten, Beeinträchtigungen und Veränderungen im Alltag, die zur Anmeldung an die Memory Clinic geführt haben, zu beschreiben. Dies um das eigentliche Anliegen zu verstehen und die subjektive Wahrnehmung und Problemsicht der Einzelnen abzuholen. Wesentlich erscheint hier, den Patienten und den Angehörigen Raum zur Darlegung der erlebten Schwierigkeiten zu geben, ohne bereits einen engeren Problemfokus herzustellen. Dies erlaubt, sich unter anderem ein Bild vom jeweiligen Leidensdruck der Betroffenen und den Angehörigen, von der Beziehungsdynamik und von den vorhandenen Ressourcen zu verschaffen. Nebenbei können bei eventueller Diskrepanz der Schilderungen mögliche Hinweise auf das Krankheits- und Störungsbewusstsein der Patienten, resp. auf mögliche Beziehungsschwierigkeiten gewonnen werden.

In der Folge fragt der/die UntersucherIn detailliert nach, um einerseits die Thematik zu strukturieren und andererseits noch fehlende Informationen einzuholen. In Form eines semi-strukturierten Interviews wird mit den Patienten und den Angehörigen die eigentliche **Problemanamnese** zu erlebten und beobachteten Hirnleistungsstörungen im Alltag mit gezielten Fragen zu Gedächtnisleistungen, sprachlichen Fähigkeiten und Kommunikation, Planungs- und Steuerungsverhalten sowie zeitlichen und räumlichen Orientierungsfähigkeit erhoben. Angaben zur Alltagsgestaltung, insbesondere zum Grad der Selbständigkeit in den primären und erweiterten Alltagsaktivitäten werden detailliert erfragt. Dazu gehören Informationen zum Unterstützungsbedarf, den nötigen Hilfestellungen und zu den bereits aktivierten oder potentiell aktivierbaren privaten oder professionellen Helfern. Es werden Informationen zum Autofahren (Fahrsicherheit, Fahrkompetenz) und/oder zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel eingeholt. Zusätzlich empfiehlt sich, Angaben zu sozialen Aktivitäten, Hobbies und gepflegten Kontakten zu erheben. Bei all diesen Themen ist es wesentlich, ein spezielles Augenmerk auf den Vergleich zwischen der aktuellen Situation und jener vor Krankheits-, respektive Störungsbeginn zu legen, um sich ein Bild über das Ausmass der erlebten und beobachteten Veränderungen machen zu können.

Das Interview wird ergänzt mit präzisen Fragen zur Händigkeit, zur primären und weiteren Sprachen sowie im Sinne einer **Sozialanamnese** zu lebensgeschichtlichen Aspekten wie Ausbildung, berufliche Laufbahn - insbesondere zur letzten oder aktuellen Arbeitsstelle - familiären Situation und aktuellen Lebenssituation. Vertiefende psychosoziale Anamnese zu den Themen Lebensumstände, Wohnverhältnisse und Unterstützungsbedarf bei administrativen Angelegenheiten notwendig und wird im separaten Kapitel 3 besprochen. Zusammenfassend soll der/die UntersucherIn am Ende der sozial-psychologischen Anamnese in der Lage sein, folgende Fragen zu beantworten

- A) Welche beobachteten und/oder erlebten Störungen liegen vor (Kognition, Verhalten, Affektivität)?
- B) Wie waren der Beginn und der Verlauf dieser Störungen?
- C) Welche Auswirkungen haben diese auf die Alltagsfunktionalität?
- D) Über welche Ressourcen und Möglichkeiten verfügen die Patienten und die Angehörigen, um mit den krankheitsbedingten Veränderungen umgehen zu können?
- E) In welchen Bereichen und in welchem Umfang benötigen Betroffene und Angehörige Beratung und Unterstützung?

Auf dem Hintergrund der Anamnese werden provisorische Hypothesen zur medizinischen Diagnose erstellt, die in den diagnostischen Prozess einfließen.

Ergänzt werden die medizinische und die psychosoziale Anamnese in der Regel durch Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, zum Beispiel

- IQCODE
- NOSGER (evtl. optional)
- Caregiver Burden Inventory
- Neuro Psychiatric Inventory
- Geriatric Depression Scale
- Epworth Sleepiness Scale

Referenzen

Monsch AU et al. Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. Praxis 2012; 101 (19): 1239–1249.

Füessl HS & Middeke M. Anamnese und klinische Untersuchung, 4. Auflage. Thieme Verlag, 2010.

Von Schlippe A & Schweitzer J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, 2013.

Autoren

Marianne Schneitter, Martin Ott