Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1996-1997)

Heft: 55

Artikel: Klinische Untersuchung - Geriatrische Anamnese

Autor: Wettstein, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790331

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Im November wird im Georg Thieme Verlag Stuttgart die CHECKLISTE GERIATRIE herauskommen. Hier folgt ein weiterer Ausschnitt aus diesem Buch[1]:

Klinische Untersuchung - Geriatrische Anamnese

von A. Wettstein

Kontaktaufnahme mit Betagten

- Vor der Konsultation sich in Erinnerung rufen bzw. in den Unterlagen nachsehen:
  - Letzter Kontakt (wann, wieso, in der Praxis, beim Patienten zu Hause?
  - Alter.
  - Familiensituation.
  - Sozioökonomische Situation
  - Wohnsituation
- Respektvolle, formal korrekte Begrüssung, stets anreden mit "Herr", "Frau". Nie Betagte spontan mit "Oma", "Tantchen" usw. oder mit Vornamen anreden! Dies wirkt demütigend und anbiedernd.

Erhebung der Anamnese

- Auch Betagte haben Anrecht auf eine vertrauliche Anamnese (ohne Angehörige) selbst bei leichter Hirnleistungsschwäche! Auch bei eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (MMS-Score zwischen 14 und 24) können Patienten zur eigener Sache besser aussagen als Angehörige oder Helfer.
- Zur geriatrischen Anamnese gehört jedoch auch eine Fremdanamnese, besonders bei Hirnleistungsschwäche, speziell zur psychosozialen Situation (Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten).
- Die Anamneseerhebung beginnt mit der Frage nach dem jetzigen Leiden und den medizinischen Hauptbeschwerden.

---

[1] Aus den Manuskriptentwürfen sind schon verschiedene Kapitel in früheren Nummern von INTERCURA erschienen, so die Kapitel "Erfolgreiches Altern" von M. Baltes, "Assessment des Willens", "Terminale Komplikationen der Demenz", "Betagtenmisshandlung" und "Parkinsonsyndrom" von A. Wettstein

- Offene konkrete Fragen stellen, z.B. "Wieviele Stockwerke können Sie, ohne anzuhalten, Treppen hochsteigen?" "Erledigen Sie das Finanzielle selber, oder hilft Ihnen jemand dabei?"
- Patienten auffordern, den Behandlungsauftrag zu formulieren, insbesondere auch zur eigenen Sache in Ergänzung von Angehörigen und Helfern auszusagen.

Besonderheiten der geriatrischen Anamnese

- **Symptomarmut:**
  - Häufig fehlende Organschmerzen, z.B. bei Myokardinfarkt, Blasendilatation, Appendizitis.
  - Fehlender Frakturschmerz z.B. bei Schenkelhalsbruch nur Schwäche in den Beinen.
- **Atypische Beschwerden:**
  - Häufig Delirium als dominantes Symptom einer akuten Organerkrankung wie z.B. eines Myokardinfarktes, einer Pneumonie, Zystitis oder Anämie.
  - Allgemeine Schwäche und Allgemeinzustandsverschlechterung dominieren das Beschwerdebild vieler akuter Krankheiten.
  - Somatisierung (Überbetonung von Beschwerden vorhandener organischer Leiden wie z.B. Arthrose) dominiert die Beschwerden bei Depression.
- **Mehrdeutige Symptomatik:**
  - Überlappende Beschwerden bei Multimorbidität.
  - Subjektive Betonung von Beschwerden, welche die Lebensqualität beeinträchtigen, aber bagatellisieren von lebensbedrohlichen Zuständen ohne Schmerzen und ohne Behinderung im Alltag.

Beschwerden als Nebenwirkung von Medikamenten

- Bei allen Beschwerden Betagter sollte man sich immer fragen, ob sie nicht durch Medikamente bedingt sein könnten (siehe Tabelle 1). Medikamente haben im Alter eine geringere therapeutische Breite; viele geriatrische Patienten nehmen zahlreiche Medikamente ein.

  Im Zweifel sollte man versuchen, die Medikamente abzusetzen (vor teuren Abklärungen oder dem Verordnen einer rein symptomatischen Therapie.)

Tabelle 1 Beschwerden als Nebenwirkung von Medikamenten

Beschwerden	Medikamente
Appetitlosigkeit	Digitalis, L-Dopa
Arrythmie	Anticholinergika, Digitalis, Isoprenalin, trizyklische Antidepressiva
Bradykardie	Betablocker, Digitalis, Ergotamine
Delirium, Demenz	Analgetika, Antiarrhythmika, Anticholinergika, Antidiuretika, Antiemetika, Antihistaminika, Antihypertensiva, Antiphlogistika Corticosteroide, Digitalis, Hustenmittel, Muskelrelaxantien, Sedativa, Spasmolytika, Tuberkulostatika, Vasodilatatoren
Beschwerden	**Medikamente**
Depression	Methyldopa, Reserpin (in vielen antihypertensiven Präparaten)
Diabetes	Steroide, Thiazide
Diarrhoe	Laxantienabusus, Antibiotika, Colestyramin, Zytostatika
Dyskinesien	Antiparkinsonmittel, Phenothiazin, Kalziumantagonisten Typ IV (Cinnarizin, Flunarizin)
Gastrointestinale Blutung	Entzündungshemmer (steroidale und nichtsteroidale)
Gynäkomastie	Digitalis, Östrogene, Spironolacton
Halluzinationen	Antiparkinsonmittel, trizyklische Antidepressiva, Opioide
Hyperthermie	Neuroleptika
Inkontinenz	Diuretika, L-Dopa, Anticholinergika, Sedativa
Muskelschmerzen	Allopurinol, Betablocker, Chinidin, Cimetidin, Clofibrat, Cotrimoxazol, Methyldopa, Norfloxazin, Statine
Myasthenie	Aminoglykoside, Betablocker, Benzodiazepine, Chinidin, Chinin, Chloroquin, Corticosteroide
Obstipation	Anticholinergika, Opioide
Ödeme	Carbinoxolon, Östrogene, Steroide
Orthostatische Hypotonie	Antihypertonika, Benzodiazepine, Diuretika, L-Dopa, Phenothlazine, trizyklische Antidepressiva

Vermeidbare Fehler bei der Anamnese:

- Mangelnde Berücksichtigung von Sinnesorganschwächen, insbesondere Schwerhörigkeit (langsam, deutlich, tief, unterstützt von Gesten, dem Patienten zugewandt, sprechen!).
- Nicht genügend Zeit zur Verfügung (stetiges Unterbrechen bei Weitschweifigkeit signalisiert Desinteresse).
- Unsorgfältige psychosoziale Anamnese (verleitet zu einseitig somatischer Fixierung).

- Den Patienten und seine Sicht des Leidens nicht genügend ernst nehmen (vorschnelles Ausweichen auf Fremdanamnese stört Arzt-Patienten-Beziehung).
- Falsche Interpretation von Beschwerden als normale Altersvariante (weder Dyspnoe, noch Gehschwierigkeiten, noch Vergesslichkeit sind normal, selbst nicht bei Höchstbetagten).
- Vorschnelles Zuordnen neuer Krankheitszeichen zu altbekannten medizinischen Störungen.
- Fixierung auf ein vordergründiges akutes Ereignis (z.B. Fraktur mit Vernachlässigung der zum Sturz führenden Grundkrankheit).
- Verkennung von Kausalketten der Krankheitspräsentation (z.B. akute Rauchvergiftung als Folge von Vergesslichkeit) ← Multiinfarktdemenz ← Morbus embolicus ← Vorhofflimmern ← Mitralstenose.

Klinische Untersuchung - Befunderhebung
Geriatrischer Minimalstatus

- Wegen häufiger Polymorbidität ist keine ausschliesslich auf anamnestische Angaben gestützte gezielte Untersuchung durchzuführen.
- Eine orientierende Untersuchung verschiedener Systeme ist bei jeder Erstuntersuchung von Betagten zwingend notwendig (siehe Tabelle 2).
- Dies gilt insbesondere auch auf einer Notfallstation und bei stationärer Aufnahme wegen eines umschriebenen Problems, z.B. Fraktur loco classico, Prostata-, Katarraktoperation.

Tabelle 2 Geriatrischer Grundstatus

1. Aspekt:
- Hygiene und Kleidung
- Allgemeinzustand
- Ernährungszustand
- Schmerzverhalten (Schonung)
- Gesichtsausdruck (Angst, Depression, Apathie?)
- Hydration (oral)
- Temperatur

2. Motorik
- spontane Stellung, Spontanbewegung
- Haltung
- Aufstehen, einige Meter gehen, drehen, absitzen
- Falls nicht möglich: Kraft und Tonus aller vier Extremitäten

3. Atmung
- spontan und beim Gehen
- Auskultation beidseits

4. Kreislauf
- Blutdruck, Puls im Liegen und nach 5 Min. Stehen
- Herzauskultation
- Pulspalpation aller vier Extremitäten

5. Abdomen
- Palpation
- Perkussion der Blase
- Inspektion der Unterwäsche auf Spuren von Stuhl- oder Urininkontinenz

6. Nervensystem
- Bewusstsein
- Gesichtsfeld prüfen durch doppelt simultane Prüfung peripher je in den oberen und unteren Quadranten
- Arm-Vorhalte-Versuch mt schnellen synchronen Fingerbewegungen
- Sinnesorgane: Visus, Gehör

7. Haut
- bei Bettlägerigkeit zwingend Inspektion von Sakrum, Trochanter, Fersen
- Läsionen, Abrasionen, Narben, Suffusionen als Hinweis auf Sturz oder Misshandlung am Kopf, Rumpf und den vier Extremitäten

8. Psychostatus
- Orientierung (genau: Ort, Zeit und Situation)
- Stimmung (ängstlich, eurphorisch, apathisch)
- soziales Verhalten während der Untersuchung (kooperativ, wahnhaft, Denkstörungen?)

➢ Pathologische Befunde im geriatrischen Grundstatus sind Indikatoren für Bereiche, die eine gründliche Detailuntersuchung erfordern (z.B. Desorientierung → Demenzabklärung inkl. Mini-Mentalstatus; unsicheres peripheres Sehen → detallierte Visusprüfung und ophalmologische Untersuchung; Gangstörung → detaillierter Neurostatus und normierte Gangprobe, z.B. Tinettiscore).

Abnorme Befunde gesunder Betagter

➢ **Lungenauskultation:** trockene, hypostatische Krepitationsgeräusche sind ohne Bedeutung, sie verschwinden nach mehrmaligem Husten.

➢ **Herzauskultation:** > 70% der Hochbetagten haben ein systolisches Herzgeräusch (Decrescendo) von HT getrennt ohne Krankheitswert.

- **Haut:** trockene Haut, Lentigo seniles (braune Stellen), seborrhoische Keratosen (warzige dunkle Hautveränderungen), Alterskeratosen, Haarverlust am Stamm.
- **Augen:** Arcus senilis, Zurücksinken der Augäpfel in die Orbita.
- **Muskeln:** Atrophie (durch Training auch bei Hochbetagten reversibel!)
- **Nervensystem:** (siehe Tabelle 3)

Tabelle 3: Neurologische Befunde* bei Hochbetagten (Durchschnitt 84 Jahre, Altenheimbewohner)

Befund	Prozent
Schnauzreflex	40
Beidseitig fehlender Archillessehnenreflex	40
Erhöhter Muskeltonus	32
Spontanbewegungen (dystone oder choreiforme Hyperkinesie des Gesichts, der Hände oder Beine)	30
Palmomentalreflex	29
Parkinsonoid (hypomimetisch, akinetisch, gebeugte Haltung, verlangsamt	26
Vibrationsverlust der UE	20
Ruhetremor	17
Fehlende Dermolexie der UE	12
Patellarsehnenreflex und ASR beidseitig fehlend	10
Babinski-Reflex beidseitig positiv	10

*) Die Bewertung von neurologischen Zeichen ist nur im Gesamtzusammenhang diagnostisch. Isolierte Zeichen sind oft ohne Krankheitswert.