

# History-taking revisited: Simple techniques to foster patient collaboration, improve data attainment, and establish trust with the patient

## Abstract

The relevance and importance of the medical interview has been challenged with improved imaging technologies, web-based medicine, and use of artificial intelligence. The medical interview has three goals:

1. Acquiring accurate medical data about the patient and the etiology of symptoms and signs,
2. learning about the patient's personality, culture, and beliefs, and
3. creating and building trust with the patient.

Reduced human resources in the medical system and increased crowding in the interview setting, such as the emergency room and outpatient clinics, have strengthened the need for high quality and efficient interviews that fulfils the three goals of the interview.

This manuscript proposes a structured six methods that contribute to the quality and efficiency of the medical interview with special focus on learning about the patients' life and creating trust with him.

**Keywords:** history taking, trust, patient centered, empathy

**Moshe Y. Flugelman**<sup>1,2</sup>

1 Lady Davis Carmel Medical Center, Department of Cardiovascular Medicine, Haifa, Israel

2 Technion, Israel Institute of Technology, Rappaport Faculty of Medicine, Haifa, Israel

## Introduction

I was introduced to the art of history-taking in the book *"Interviewing the Patient"* by Engel and Morgan [1]. Implementing the concepts and techniques detailed in the book has served me well for more than 40 years of practice. This book also guides me when I teach history-taking both in the classroom and at the bedside. While basic ethical and methodological methods of medical practice have not changed significantly over the past decades, the patient-physician relationship has changed significantly with less distance and formality between patients and physicians, and a lowering of the authoritative position of the physician. These changes are due to significantly improved diagnostics and therapeutics on one hand, and the readily availability of information and social changes on the other hand all leading to patient-physician shared decisions on the diagnostic process and treatments [2], [3].

The importance of history-taking may seem to be reduced with improved technical diagnostics and therapeutics, but everyday practice confirms that history taking is still the most important part of acquiring accurate medical data, knowing the patient, and establishing trust. Trust is the cornerstone of patient-physician relationship and makes the patient-physician encounter more effective. Trust also makes the patients journey through illness easier with less anxiety [4], [5], [6], [7].

By no means the techniques outlined below can replace structured, comprehensive interview but rather provide the means for an interview that will accomplish all the

goals of the interview with emphasis on knowing the patient and creating trust. Knowing the patients and creating trust are essential for getting an accurate medical history and allowing creation of a working hypothesis or obtaining the needed information for differential diagnosis of the patient's symptoms and signs. The examples in this manuscript and the suggested methods developed during my work in Israel. It definitely reflects cultural and social features of modern Israeli society. I continuously discussed history-taking with my colleagues and students and see this skill as a life-long learning process. At the same time humanistic values and the need to know our patients and create trust with them are universal and therefore the principles of the suggested methods should resonant in medical interviews everywhere. As stated above, the focus of the current manuscript is on learning about the patient's personality, culture, and beliefs, and creating and building trust with the patient which enables accurate medical data acquisition.

## Methods for history taking

### 1. The 4 questions

There are several characteristics that define each of us as individuals. The perspective of philosophical and humanistic disciplines may suggest avoidance of definitions. However, from a pragmatic point of view, we are technically as individuals differentiated from others based on the followings: name, address of residence, family status,

and occupation. While other characteristics also define us as individuals such as hobbies and personal beliefs, the former four are universal and usually are not potentially associated with issues that may produce inconvenience to the patient and to the physician. After asking these four questions using the below detailed techniques, we should have a good sense of the patient in his natural habitat. Importantly, even if we make errors with generalizations and classifications, we can modify our conclusions throughout the interview if additional data do not fit into our initial assessment of the patient.

Only if we have a genuine interest in the patient can we create a valid understanding of the patient's habitat. When we identify a relevant or interesting point (such as an unusual name), we should follow the initial question with supplemental questions such as what the origin of the name is (see the chain reaction below). Showing keen interest in the patient's individuality delivers a clear message: I care about you and I want to get to know you. The timing for asking the four questions depends on the way the interview goes. As always, the first question the patient should be addressed with is "How are you?". Also, if you know the patient's name there is no need to ask him the name but rather use the name as a trigger to a sequence of questions.

## 2. The chain reaction

The chain reaction method refers to a conscious use of a line of questions focusing on a single issue using the answer to formulate a question that adds additional information with higher resolution. A simple example is the following question after hearing the family name of the patient. The follow-up question is what is the origin of the name? The next question is when did your family move to the current location? And then the following question is: do you keep the traditions of the original location or do you support the sports teams or other topics related to the original location of your family. At the end of sequence of 4 questions, which are a part of a "natural" conversation (not a questionnaire), the physician has learnt a significant amount of information about the patient, while the patient feels that the physician is interested in him/her and is able to create a seemingly casual conversation with him/her. This is extremely important as will be detailed in method number 4.

## 3. Identification of standard deviations

Physicians are taught to listen, observe, and identify pathologies. The greatest challenge is to identify what is normal and what is deviating from normal, and therefore is potentially pathological. While the boundaries of normal and pathological in physical examination, laboratory tests, and imaging are well defined, the normal and the deviation from the normal in patients' personality, cultural habits, and beliefs are less well defined. Personality, culture, and beliefs are extremely important in creating trust between the patient and the physician. The struc-

tured interview allows us to learn about the patient's life, and tailor the diagnostic and therapeutic processes to the patient. The four questions above with the chain reaction technique help explore the patient as an individual. A physician with a large cultural vocabulary can identify what is normal for the specific patient and what is a standard deviation that can be defined as pathological. For example, an 82-year-old patient describes that he has four offspring. The following question is where does your offspring reside? The answer is that three live out-of-town and one lives with me. The age of the offspring that lives with him is 35 years old. This is a standard deviation in most western countries. Additional questions reveal that the 35 years old son is mentally handicapped, and the patient's greatest concern is ongoing care of this son while he is in the hospital as his son cannot function on his own. This fact provides a new perspective into the patient's medical situation and dictates a different approach than the approach that would be adopted if the son could support the father during recovery. Shorter hospitalization, help with the son or delaying intervention till an arrangement for the son is possible should be considered. Attention to similar deviations in the four above questions, and use of chain reaction will provide us with an in-depth understanding of the patient's concerns and psychology.

## 4. Equality standing

The conventional relationship between a physician and a patient is of a person-in-need and a person that provides help. Such relationship creates inequality between the patient and the physician. In addition, patients are often assumed to be socially vulnerable and weak in contrast to the strong and authoritative physician. This inequality is echoed by repeated requests for physicians to speak at eye level and a general public distrust of figures of authority. To overcome this inequality and improve the trust and relationship with a patient, the following technique can be employed: when interviewing the patient, the physician should show that he/she shares interests with the patient. Sharing can be accomplished by expressing interest in or knowledge of the patient's profession. For example, if the patient is a garbage collector, ask him/her about the safety of riding in garbage trucks or whether he/she has found valuables in the garbage. Another strategy is to share common interests or acquaintances with the patient. In many situations, a common interest is sports, music, culture or food. An acquaintance can be a famous person from the patient's neighborhood or someone from work. Sharing an interest such as a sports team or talking about someone famous from the neighborhood of the patient, or an event that is related to the patient's neighborhood or working place, can create an informal favorable atmosphere during the encounter. An example can be the garbage collector. After asking him/her about the safety of the work and finding valuables, the physician can ask about a famous football player that comes from the same neighborhood. The pa-

tient remotely knew this player from childhood and feels proud that he/she can contribute information about the player that the physician did not know. Such episodes, initiated by the physician, reduce levels of inequality and promote collaboration and trust and are other examples of use of narrative medicine tools to improve trust and promote quality of medicine [8], [9], [10].

## 5. What ends well is all well

The answers to chain reaction sets sequel of questions may often contribute to the inherent inequality in the patient-physician relationship. The patient responses to the four initial questions may be that he is not married, unemployed and soon homeless. From the patient's point-of-view he is inferior to the educated, socially appreciated and high-earning physician. In order to minimize inequality every sequel of questions must end with an answer that portrays the patient in a socially favorable light.

The sequel of the four questions ends with negative feelings for the patient. The physician then asks him whether he has friends in town, and the answer is no friends in town, a continuation of unfavorable sequelae. The next question is about relatives, and the answer is yes, I do have a cousin in the neighboring city. A short comment by the physician that relates to the advantages of having a relative not so far away can terminate the negative sequel and "what ends well is all well", the initiation of the next sequel is with a positive sentiment.

## 6. Be gentle, be aware

During the interview the physician should be sensitive to social and cultural perceptions employed by the patient. As an experienced physician tends to categorize patients into patterns and employ pattern recognition as a diagnostic tool, the physician is taking risks of making errors [11], [12]. Nevertheless, immediately after greeting the patient, physicians should make assumptions and base their interactions upon their assumption and modify their behaviors based on these assumptions. Of course, physicians are aware that they make errors, and with new information the assumptions should be modified. For example, in some societies having no children is a significant disadvantage and may symbolize a failure while in other societies, having or not having children is a respectable choice. Therefore, when interviewing a person who may be sensitive to the issue of having children, this issue must be explored gently and not with a direct question. For example, a person who is part of a community in which it is customary to have large family should be addressed with the question "does he have a family" and not by a direct question "how many children do you have". Obviously if the patient is surrounded by children when you see him first, the question can be direct, but otherwise this may be a distressing issue that may increase inequality and resentment.

## Discussion

The science and practice of medicine have changed enormously over the past decades. Improved technologies and therapies have completely altered the diagnostic process and the outcome of most diseases. Availability of information and socio-economic changes have also added to the dynamic transformation of the encounter between patients and physicians. Previously an intimate, long encounter, often dealing with non-medical issues and with authoritative decisions made by the physician has nowadays been transformed into an encounter which is time limited, with decisions taken by physician and patients together [2], [3]. The immediate outcome of this transformation is the devaluation of the centrality and importance of the medical interview [13]. Diagnosis of many diseases depends on history alone; angina pectoris, chronic bronchitis, depression as just a few examples. Yet, many physicians and patients alike seek laboratory and imaging tests to establish the diagnosis instead of relying on a quality interview. Complete reliance on imaging and laboratory tests with detachment from patient's history and physical findings can lead to significant and life-threatening errors and unjustified use of resources [14]. Making decisions on treatments without through knowledge of the patient, his personality, and beliefs can lead to frustration and futile medical care [15].

Time resource in most patient encounters is limited, which is often used by medical personnel as a justification for less rigor and attention to history-taking [13]. Physicians in training and students often complain that there is insufficient time for detailed history taking, and therefore they rely on laboratory and imaging findings in the initial diagnostic process. While such approach may, or may not be effective in making diagnoses, it ignores the two other roles of history taking, namely, knowing the patient and creating trust. Physicians use multiple skills when interviewing a patient. The craftsmanship of conducting an interview should be integrated with empathy and authenticity to achieve the above detailed goals both in undergraduate and in postgraduate medical education and training. Definition of empathy is complex but it can be defined as "the capacity to

1. be affected by and share the emotional state of another,
2. assess the reasons for the other's state, and
3. identify with the other, adopting his or her perspective" [16].

Its impact of quality of care and patient's satisfaction is well established [17], [18], [19].

Communication via social media as the main human interaction is being criticized as the cause for alienation and lack of social skills. Personal privacy may limit the intimacy in usual social encounters but in medical encounter intimacy is a must; without intimacy it is impossible to create compassion and empathy. When judged in cultural and social measures, medical interview may sound intrusive. Asking a patient about his family, occu-

tion, beliefs or other intimate issues, may seem insensitive and unnecessary. Medical interview is a unique situation in which a limited time is given to create bilateral intimate relationship that will allow accurate decision making and emotional exchange that will help alleviate suffering [17], [18], [19]. In very rare occasions, patients will be offended by such intimate questions and will resent intimate relationship with the physician. In such circumstances the interview should be adjusted to patient's personality and emotional needs. It is unwise and potentially risky to make decisions about patients that we do not know and that do not trust us. The intimate relationship between the physician and the patients that are the basis for trust can be only created at bedside [16], [19]. The 6 methods described above were developed based on the understanding that the encounter is occurring at different layers; information layer, psychological, cultural, and social layers. The methods address several major issues that physicians often are dealing with. The most urgent one is a need to produce trust with the patient very rapidly in order to win his cooperation. The second one is to overcome cultural and socioeconomic variability and differences, to create a common language with the patient and to understand the expectations of the patient. Finally, to build a positive and healing atmosphere in which the patient and the physician act together. Some of the 6 techniques are used intuitively by experienced physicians. The structured presentation of these techniques provides a framework for teaching these techniques.

In the manuscript the only reference is to the patient; however, the same 6 methods should be employed when speaking to the family of the patient. The methods could and should also be used when employing telemedicine methods once privacy of the encounter is secured.

In summary, the six methods described provide useful means to achieve a quality interview, which is time-efficient, creates trust with the patient, and provides reliable understanding of the patient's culture and personality. An empirical evaluation of the impact of the proposed methods should be addressed by educational researchers with qualitative and quantitative methods in controlled settings as well as in the clinical field.

## Acknowledgements

I thank Prof. Martin Fischer who encouraged me to write this manuscript and for his thoughtful and educational comments. I am grateful to Prof. Bradley Strauss who helped me write this manuscript and Dr. Robert Gluck that reviewed the manuscript and enriched its content. I thank Prof. Simon Marom for his thoughtful review and finally, I thank all my teachers who taught me over the years and all the patients who I took care of and who continue to teach me on how to take history.

## Competing interests

The author declares that he has no competing interests.

## References

- Engel GL, Morgan WL. *Interviewing the Patient*. London, Philadelphia: W. B. Saunders; 1973.
- Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1172-1179. DOI: 10.1016/j.pec.2015.06.022
- Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision-making models: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e031763. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031763
- Flugelman MY, Jaffe R, Luria G, Yagil D. Trust in the physician reduces anxiety in an integrated community to hospital care system. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1):7. DOI: 10.1186/s13584-020-00365-6
- Dand BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ*. 2017;17:32-42. DOI: 10.1186/s12909-017-0868-5
- Zwingmann J, Baile WF, Schmier JW, Bernhard J, Keller M. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: a randomized, experimental study. *Cancer*. 2017;123(16):3167-3175. DOI: 10.1002/cncr.30694
- Graupe T, Fischer MR, Strijbos JW, Kiessling C. Development and piloting of a Situational Judgement Test for emotion-handling skills using the Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES). *Patient Educ Couns*. 2020;103(9):1839-1845. DOI: 10.1016/j.pec.2020.04.001
- Lewis B. Narrative and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:489-494. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32834b7b7f
- Zaner R. Medicine and dialogue. *J Med Philosophy*. 1990;15:303-325. DOI: 10.1093/jmp/15.3.303
- Milota MM, van Thiel GJ, van Delden JJ. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Med Teach*. 2019;41(7):802-810. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1584274
- Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ*. 2007;41(12):1140-1145. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02914.x
- Norman GR, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ*. 2010;44(1):94-100. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03507.x
- Conrad R. A Letter to Our New Interns. *J Harv Med School Acad*. 2020;2(2). Zugänglich unter/available from: <https://projects.iq.harvard.edu/jhmsa-vol2-issue2/hms-perspectives>
- Pinto A, Brunese L. Spectrum of diagnostic errors in radiology. *World J Radiol*. 2010;2(10):377-383. DOI: 10.4329/wjr.v2.i10.377
- Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clin Proc*. 2014;89:943-959. DOI: 10.1016/j.mayocp.2014.02.005
- de Waal FB. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:279-300. DOI: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093625
- Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52:S9-S13.

18. Burks DJ, Kobus AM. The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, pro-sociality and humanism. *Med Educ.* 2012;46(3):317-325. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x
19. Elder A, Chi J, Ozdalga E, Kugler J, Verghese A. The Road Back to the Bedside. *JAMA.* 2020;323(17):1672-1673. DOI: 10.1001/jama.2020.2764

**Please cite as**

Flugelman MY. History-taking revisited: Simple techniques to foster patient collaboration, improve data attainment, and establish trust with the patient. *GMS J Med Educ.* 2021;38(6):Doc109. DOI: 10.3205/zma001505, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015057

**This article is freely available from**

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001505.shtml>

**Received:** 2020-06-05

**Revised:** 2021-01-18

**Accepted:** 2021-05-20

**Published:** 2021-09-15

**Corresponding author:**

Moshe Y. Flugelman, MD  
Lady Davis Carmel Medical Center, Department of  
Cardiovascular Medicine, 7 Michal St., Haifa, Israel,  
Phone: +972-48250575, Fax: +972-48250936  
[myf@technion.ac.il](mailto:myf@technion.ac.il)

**Copyright**

©2021 Flugelman. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Anamnesegespräch neu aufgegriffen: Einfache Techniken zur Förderung der Arzt-Patienten-Kooperation, Verbesserung der Datenerhebung und Herstellung eines Vertrauensverhältnisses mit dem Patienten

## Zusammenfassung

Die Bedeutung und der Stellenwert des Anamnesegesprächs sind durch bessere Bildgebungstechnologien, die webbasierte Medizin und die Nutzung künstlicher Intelligenz in den Hintergrund getreten. Das Anamnesegespräch verfolgt drei Ziele:

1. Präzise medizinische Informationen über den Patienten und die Ätiologie der Symptome und Anzeichen erheben;
2. Persönlichkeit, Kultur und Überzeugungen des Patienten kennenlernen und
3. eine Vertrauensbasis mit dem Patienten schaffen und ausbauen.

Reduzierte Personalressourcen im Gesundheitssystem und größere Engstände in der Gesprächssituation, beispielsweise in der Notaufnahme und in ambulanten Kliniken, haben den Bedarf nach qualitativ hochwertigen und effizienten Gesprächen verstärkt, mit welchen sich die drei Ziele des Anamnesegesprächs erreichen lassen.

Dieses Manuskript stellt eine Struktur aus sechs methodischen Schritten vor, die zur Erhöhung der Qualität und Effizienz des Anamnesegesprächs beitragen, wobei ein besonderer Schwerpunkt darauf liegt, Informationen über das Leben des Patienten zu gewinnen und Vertrauen zu schaffen.

**Schlüsselwörter:** Anamnese, Vertrauen, Patientenzentriertheit, Einfühlungsvermögen

## Einleitung

In die Kunst des Anamnesegesprächs eingeführt wurde ich durch das Buch „*Interviewing the Patient*“ von Engel und Morgan [1]. Die Umsetzung der im Buch beschriebenen Konzepte und Techniken hat mir über mehr als 40 Jahre in der Praxis gute Dienste geleistet. Darüber hinaus dient mir dieses Buch auch als Leitfaden, wenn ich im Hörsaal oder auch am Patientenbett das Anamnesegespräch lehre. Während die grundlegenden ethischen und methodischen Ansätze der medizinischen Praxis in den vergangenen Jahrzehnten keine wesentlichen Veränderungen erfahren haben, hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung erheblich verändert. Es besteht eine geringere Distanz und Förmlichkeit zwischen Ärzten und Patienten und die Autorität des Arztes hat abgenommen. Zu diesen Veränderungen kam es durch die deutlich besseren verfügbaren Diagnostika und Therapeutika einerseits und die einfache Zugänglichkeit von Informationen und soziale Veränderungen andererseits, welche allesamt zu einer nunmehr gemeinsamen Entscheidungsfindung von Pati-

enten und Ärzten über die zu ergreifenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen führten [2], [3].

Die Bedeutung der Anamnese mag bei den besseren technischen Diagnostika und Therapeutika scheinbar abgenommen haben, in der täglichen Praxis bestätigt sich jedoch, dass das Anamnesegespräch nach wie vor den wichtigsten Anteil an der Erfassung präziser medizinischer Daten, der Kenntnis des Patienten und der Vertrauensbildung hat. Vertrauen ist der Grundstein der Arzt-Patienten-Beziehung und erhöht die Effizienz der Arzt-Patienten-Begegnung. Vertrauen erleichtert Patienten auch das Durchleben der Erkrankung mit weniger Angst und Besorgnis [4], [5], [6], [7].

Die nachstehend beschriebenen Techniken können das strukturierte, umfassende Gespräch keinesfalls ersetzen, vielmehr stellen sie Hilfsmittel zur Verfügung, mit denen sich alle Ziele des Anamnesegesprächs erreichen lassen, wobei der Schwerpunkt auf dem Kennenlernen des Patienten und der Vertrauensbildung liegt. Den Patienten kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen ist essenziell für die Erstellung einer präzisen Anamnese und Arbeitshypothese oder die Gewinnung der nötigen Informationen für eine Differenzialdiagnose der Anzeichen und Symptome des Patienten. Die Beispiele in diesem Manuskript

**Moshe Y. Flugelman**<sup>1,2</sup>

1 Lady Davis Carmel Medical Center, Department of Cardiovascular Medicine, Haifa, Israel

2 Technion, Israel Institute of Technology, Rappaport Faculty of Medicine, Haifa, Israel

und die vorgeschlagenen Methoden wurden während meiner Tätigkeit in Israel entwickelt. Sie spiegeln definitiv die kulturellen und sozialen Gegebenheiten der modernen israelischen Gesellschaft wider. Ich diskutiere fortwährend mit Kollegen und Studenten über Anamnesegegespräche und sehe die Fähigkeit dazu als lebenslangen Lernprozess an. Gleichzeitig sind humanistische Werte und die Notwendigkeit, unsere Patienten zu kennen und Vertrauen aufzubauen allgemeingültig, weshalb die Grundsätze der vorgeschlagenen Methoden auf alle medizinischen Anamnesegegespräche übertragbar sein dürften, wo auch immer sie stattfinden. Wie oben erwähnt, liegt der Schwerpunkt des vorliegenden Manuskripts darauf, die Persönlichkeit, Kultur und Überzeugungen des Patienten kennenzulernen und eine Vertrauensbasis mit dem Patienten zu schaffen und auszubauen, auf deren Grundlage eine präzise Erhebung der medizinischen Daten stattfinden kann.

## Methoden der Anamnese

### 1. Die 4 Fragen

Verschiedene Merkmale definieren jeden Einzelnen von uns als Individuum. Aus philosophischer und humanistischer Sicht mag nahegelegt werden, Definitionen grundsätzlich zu vermeiden. Von einem pragmatischen Standpunkt aus jedoch unterscheiden wir uns als Individuen schon rein technisch von anderen durch unseren Namen, Wohnort, Familienstand und Beruf. Während weitere Merkmale wie Hobbys und persönliche Überzeugungen uns zusätzlich als Individuen definieren, sind die ersten vier genannten Punkte allgemeine Merkmale und in der Regel nicht mit Themen assoziiert, die unangenehm für den Patienten oder den Arzt sind. Nachdem diese vier Punkte mit den nachstehend erläuterten Techniken erfragt wurden, sollten wir bereits ein gutes Gespür für den Patienten und seine Lebensbedingungen entwickelt haben. Wichtig ist, dass wir selbst wenn wir uns irren, weil wir verallgemeinern und Einordnungen vorgenommen haben, unsere Schlüsse im Laufe des Anamnesegegesprächs verändern können, wenn zusätzliche Informationen nicht mehr zu unserer anfänglichen Einschätzung des Patienten passen.

Nur wenn wir aufrichtiges Interesse am Patient haben, können wir seine Lebensbedingungen korrekt einschätzen. Stoßen wir auf einen relevanten oder interessanten Punkt (wie beispielsweise einen ungewöhnlichen Namen), sollten wir dazu weitere Fragen stellen, zum Beispiel nach dem Ursprung des Namens (siehe „Kettenreaktion“ unten). Reges Interesse an der Person des Patienten vermittelt diesem eine klare Botschaft: Ich mache mir Gedanken um ihn und möchte mehr von ihm erfahren. Die Zeit für diese vier Fragen hängt vom Verlauf des Gesprächs ab. Die erste Frage an den Patienten sollte wie immer lauten „Wie geht es Ihnen?“. Wenn Sie den Namen des Patienten kennen, brauchen Sie ihn nicht danach zu fragen, son-

dern sprechen ihn vielmehr mit seinem Namen an und leiten damit Ihre Fragen ein.

### 2. Kettenreaktion

Die Kettenreaktionsmethode bezieht sich auf die bewusste Verwendung einer Fragenreihe zu einem bestimmten Thema, wobei die Antwort jeweils als Grundlage für die Formulierung der nächsten Frage verwendet wird, mit der zusätzliche Informationen mit höherer Aussagekraft gewonnen werden. Hier ein einfaches Beispiel für eine Folgefrage: Nachdem der Patient seinen Namen genannt hat, könnte die nächste Frage lauten: Woher stammt Ihr Name? Die anschließende Frage wäre: Seit wann ist Ihre Familie hier? In der nächsten Frage könnte seine Verbundenheit mit den Herkunftstraditionen erfragt werden, beispielsweise ob er den Sportmannschaften des Herkunftsortes verbunden ist oder man findet andere Anknüpfungspunkte zu diesem Thema. Am Ende einer Folge von 4 Fragen, die Bestandteil einer „natürlichen“ Unterhaltung sind (kein Fragebogen), hat der Arzt eine Menge Informationen über den Patienten gesammelt und dem Patienten das Gefühl vermittelt, an ihm/ihr interessiert zu sein und eine scheinbar lockere Unterhaltung mit ihm/ihr zu führen. Dies ist extrem wichtig, wie in Abschnitt 4. näher erläutert.

### 3. Erkennung von Normabweichungen

Ärzte sind geschult darin zuzuhören, zu beobachten und Krankheitsbilder zu erkennen. Die größte Herausforderung liegt darin zu bestimmen, was normal ist und was von der Norm abweicht und deshalb potenziell pathologisch ist. Während die Grenzen zwischen normal und pathologisch in der körperlichen Untersuchung, in Labortests und in der Bildgebung klar zu definieren sind, sind die Grenzen zwischen normal und abweichend von der Norm in der Persönlichkeit, den kulturellen Gepflogenheiten und Überzeugungen des Patienten weniger klar definiert. Persönlichkeit, Kultur und Überzeugungen spielen bei der Vertrauensbildung zwischen Patient und Arzt eine extrem wichtige Rolle. Die strukturierte Befragung ermöglicht es uns, Informationen über das Leben des Patienten zu gewinnen und die anzuwendenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf den Patienten zuzuschneiden. Die vier oben genannten Fragen und die Kettenreaktionstechnik dienen dazu, den Patienten als Person kennenzulernen. Ein Arzt mit einem breiten kulturspezifischen Wortschatz kann erkennen, was für den konkreten Patienten normal ist und was so weit von der Norm abweicht, dass es als pathologisch definiert werden kann. So berichtet beispielsweise ein 82-jähriger Patient, dass er vier Kinder hat. Die Folgefrage lautet: Wo leben Ihre Kinder? Er antwortet, dass drei seiner Kinder auswärts leben, ein Sohn lebt bei ihm. Der Sohn, der bei ihm lebt, ist 35 Jahre alt. In den meisten westlichen Ländern stellt dies eine Abweichung von der Norm dar. Weitere Fragen ergeben, dass der 35-jährige Sohn geistig behindert ist und die größte Sorge des Patienten in der Versor-

gung seines Sohnes während seines Krankenhausaufenthaltes liegt, da der Sohn nicht alleine für sich sorgen kann. Dieser Umstand bewirkt eine andere Betrachtungsweise der medizinischen Situation und erfordert einen anderen Ansatz als wenn der Patient während seiner Genesung von seinem Sohn unterstützt werden könnte. Zu erwägen sind eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus, eine Unterstützung in der Betreuungslösung für seinen Sohn oder ein Verschieben des Eingriffs, bis eine Betreuungslösung für den Sohn gefunden ist. Aufmerksamkeit für solche Abweichungen, die sich aus den vier oben genannten Fragen ergeben, und die Verwendung der Kettenreaktionsmethode ermöglichen uns tiefgehende Einblicke in die Belange und die Psychologie des Patienten.

#### 4. Begegnung auf Augenhöhe

Die konventionelle Beziehung zwischen Patient und Arzt ist die zwischen einer hilfeschuchenden und einer helfenden Person. Eine solche Beziehung schafft Ungleichheit zwischen dem Patienten und dem Arzt. Ferner wird häufig davon ausgegangen, dass sich Patienten gegenüber der Autorität des Arztes sozial unterlegen und schwach fühlen. Diese Ungleichheit spiegelt sich in wiederholten Aufforderungen an Ärzte wider, verständlich auf Augenhöhe zu sprechen, sowie in einem allgemeinen Misstrauen gegenüber Autoritätspersonen. Um diese Ungleichheit zu überwinden und Vertrauen und eine Beziehung mit dem Patienten aufzubauen, kann folgende Technik angewandt werden: im Gespräch mit dem Patienten sollte der Arzt zeigen, dass ihn gemeinsame Interessen mit dem Patienten verbinden. Ergänzt werden kann dies, indem der Arzt sein Interesse am Beruf des Patienten ausdrückt. Arbeitet der Patient beispielsweise bei der Müllabfuhr, fragen Sie ihn nach der Arbeitssicherheit der Müllfahrzeuge oder ob er schon einmal etwas Außergewöhnliches im Müll gefunden hat. Eine weitere Strategie liegt darin, auf gemeinsame Interessen oder gemeinsame Bekannte hinzuweisen. Häufig liegen gemeinsame Interessen in den Bereichen Sport, Musik, Kultur oder Essen. Eine beiden bekannte Person kann eine berühmte Person aus der Nachbarschaft des Patienten oder ein Bekannter aus seinem beruflichen Umfeld sein. Gemeinsame Interessen könnten eine Sportmannschaft sein oder eine Unterhaltung über eine bekannte Person aus der Nachbarschaft des Patienten oder eine Veranstaltung, die mit dem Umfeld des Patienten oder seinem Arbeitsplatz in Verbindung steht. All diese Anknüpfungspunkte können bei der Begegnung eine positive, ungezwungene Atmosphäre schaffen. Am Beispiel des Mitarbeiters der Müllabfuhr könnte der Arzt den Patienten, nachdem er ihn nach der Arbeitssicherheit und außergewöhnlichen Funden gefragt hat, auf einen berühmten Fußballspieler ansprechen, der aus dessen Nachbarschaft kommt. Der Patient kennt diesen Spieler vielleicht von Kindheit an vom Sehen und ist stolz, Informationen zu diesem Spieler liefern zu können, die dem Arzt noch nicht bekannt waren. Solche vom Arzt eingeleitete Episoden verringern das Gefühl der Ungleichheit und

fördern die Kooperation und das Vertrauen des Patienten. Sie sind weitere Beispiele für die Verwendung narrativer Werkzeuge in der Medizin, um das Vertrauen zu stärken und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern [8], [9], [10].

#### 5. Ende gut alles gut

Häufig können die Antworten auf die Fragenreihe auch zur inhärenten Ungleichstellung in der Arzt-Patienten-Beziehung beitragen. Möglicherweise lauten die Antworten auf die vier Eingangsfragen, dass der Patient unverheiratet, arbeitslos und bald obdachlos ist. Der Patient fühlt sich dem gebildeten, sozial angesehenen und gut verdienenden Arzt unterlegen. Um die Ungleichheit zu minimieren, müssen die Folgefragen zu einer Antwort führen, die den Patienten in einem sozial günstigen Licht erscheinen lässt.

Die vier Eingangsfragen haben für den Patienten mit negativen Gefühlen geendet. Der Arzt kann ihn nun fragen, ob er Freunde in der Stadt hat. Wenn der Patient verneint, setzt sich die Folge ungünstig fort. Die nächste Frage nach Verwandten beantwortet der Patient mit einem Ja, ich habe einen Cousin in der Nachbarstadt. Mit einer kurzen Bemerkung über die Vorteile, einen Verwandten in der Nähe zu haben, kann der Arzt die Negativserie unterbrechen und nach dem Motto „Ende gut, alles gut“, die nächste Fragenreihe mit einem positiven Vorzeichen beginnen.

#### 6. Einfühlsam und achtsam sein

Während des Gesprächs sollte sich der Arzt in die sozialen und kulturellen Sichtweisen des Patienten einfühlen. Da ein erfahrener Arzt dazu neigt, Patienten in bestimmte Muster einzuordnen und das erkannte Muster als diagnostisches Hilfsmittel zu benutzen, unterliegt er einem gewissen Fehlerrisiko [11], [12]. Dennoch sollte ein Arzt gleich nach der Begrüßung des Patienten seine Einschätzung als Grundlage für die darauffolgenden Interaktionen verwenden und sein Verhalten dementsprechend modifizieren. Selbstverständlich ist Ärzten bewusst, dass sie sich irren können, weshalb die ursprünglichen Annahmen mit jeder neuen Information neu angepasst werden sollten. Keine Kinder zu haben ist beispielsweise in manchen Gesellschaften ein erheblicher Nachteil und kann dort ein Versagen bedeuten, wohingegen Kinder zu haben oder auch nicht in anderen Gesellschaften eine respektierte individuelle Entscheidung darstellt. Deshalb gilt es im Gespräch mit einer Person, für die ihre Kinderlosigkeit möglicherweise ein sensibles Thema darstellt, behutsam mit dem Thema umzugehen und eine direkte Frage danach zu vermeiden. Beispielsweise sollte bei einer Person, in deren Umfeld große Familien die Regel sind, eher gefragt werden „Haben Sie Familie“. Vermieden werden sollte hingegen eine direkte Frage wie „Wie viele Kinder haben Sie“. Hat der Patient bei der ersten Begegnung Kinder dabei, kann die Frage auch direkt gestellt werden, andernfalls jedoch kann dies ein schmerzliches Thema

sein, welches das Gefühl von Ungleichheit und Ressentiments verstärken kann.

## Diskussion

Die Wissenschaft und Praxis der Medizin hat sich in den vergangenen Jahrzehnten enorm verändert. Bessere Technologien und Therapien haben den diagnostischen Prozess und die Behandlungsergebnisse der meisten Erkrankungen völlig verändert. Zusätzlich haben die Verfügbarkeit von Informationen und sozioökonomische Veränderungen zum dynamischen Wandel der Arzt-Patienten-Begegnung beigetragen. Aus der einstmaligen langen, vertraulichen Begegnung, bei der häufig auch nicht-medizinische Themen besprochen wurden und in deren Zuge der Arzt die Entscheidungen traf, ist heute eine zeitlich begrenzte Begegnung geworden, bei welcher Arzt und Patient die Entscheidungen gemeinsam treffen [2], [3]. Als unmittelbare Auswirkung dieses Wandels hat das Anamnesegespräch an Zentralität und Bedeutung verloren [13]. Doch die Diagnose vieler Erkrankungen ist allein von der Anamnese abhängig: Angina pectoris, chronische Bronchitis, Depression, um nur einige Beispiele zu nennen. Dennoch ziehen Ärzte ebenso wie Patienten für die Diagnosestellung eher Labortests und bildgebende Verfahren heran, anstatt sich auf ein qualitativ hochwertiges Anamnesegespräch zu verlassen. Sich vollständig auf die Bildgebung und Laboruntersuchungen zu stützen, ohne Berücksichtigung der Patientenanamnese und körperliche Untersuchungen, kann zu erheblichen, lebensbedrohlichen Fehlern führen und zur unbegründeten Inanspruchnahme von Ressourcen [14]. Behandlungsentscheidungen zu treffen ohne Kenntnis des Patienten, seiner Persönlichkeit und seiner Überzeugungen, kann zu Frustration führen und zu nutzlosen medizinischen Maßnahmen [15].

Die Ressource Zeit ist bei den meisten Patientenbegegnungen begrenzt, was bei medizinischen Mitarbeitern häufig als Rechtfertigung dafür genannt wird, dass die Anamnese weniger sorgfältig und aufmerksam durchgeführt wird [13]. Ärzte in der Ausbildung und Studenten beklagen sich häufig darüber, dass für eine gründliche Anamnese nicht genügend Zeit vorhanden ist. Deshalb verlassen sie sich bei der anfänglichen Diagnostik auf Ergebnisse aus dem Labor und aus der Bildgebung. Ein solcher Ansatz mag für die Diagnosestellung effektiv sein oder auch nicht, er ignoriert jedoch die anderen beiden Funktionen der Anamnese, nämlich den Patienten kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen. Ärzte nutzen mehrere Fähigkeiten für das Patientengespräch. Die Kunst der Gesprächsführung sollte Empathie und Authentizität beinhalten, um die oben erläuterten Ziele zu erreichen. Darin sollten sowohl Studenten als auch Ärzte in der medizinischen Aus- und Weiterbildung geschult werden. Die Definition von Empathie ist komplex, sie kann jedoch lauten als „die Fähigkeit,

1. vom emotionalen Zustand einer anderen Person berührt zu sein und ihn nachzuempfinden,
2. die Gründe für den Zustand der anderen Person festzustellen und
3. sich mit der anderen Person zu identifizieren und deren Perspektive einzunehmen“ [16].

Die Auswirkungen von Empathie auf die Qualität der Versorgung und die Patientenzufriedenheit sind hinreichend belegt [17], [18], [19].

Die Kommunikation über soziale Medien als Hauptweg der zwischenmenschlichen Interaktion wird als die Ursache für Entfremdung und den Mangel an sozialer Kompetenz kritisiert. Bei regulären sozialen Begegnungen mag das Respektieren der individuellen Privatsphäre die Vertraulichkeit begrenzen, in der medizinischen Begegnung ist eine gewisse Vertraulichkeit jedoch ein Muss, da andernfalls kein Mitgefühl und keine Empathie hergestellt werden können. Nach kulturellen und sozialen Maßstäben mag das Anamnesegespräch distanzlos erscheinen. Einen Patienten nach seiner Familie, seiner Beschäftigung, seinen Überzeugungen oder anderen persönlichen Dingen zu fragen, mag sich unsensibel und unnötig anhören. Das Anamnesegespräch ist eine besondere Situation, in welcher eine begrenzte Zeit zur Verfügung steht, um eine persönliche Beziehung herzustellen, die eine treffende Entscheidungsfindung ermöglicht und einen emotionalen Austausch, welcher zur Linderung des Leidens beiträgt [17], [18], [19]. In sehr seltenen Fällen empfinden Patienten die Fragen als zu persönlich und lassen sich nicht auf die vertrauliche Beziehung mit dem Arzt ein. In solchen Fällen sollte das Gespräch der Persönlichkeit des Patienten und seinen emotionalen Bedürfnissen angepasst werden. Es ist unklug und potenziell riskant, Entscheidungen über Patienten zu treffen, die wir nicht kennen und die uns nicht vertrauen. Die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient ist die Grundlage für Vertrauen, das nur patientennah hergestellt werden kann [16], [19].

Die 6 oben beschriebenen Methoden wurden auf Grundlage der Erkenntnis entwickelt, dass jede Begegnung auf verschiedenen Ebenen stattfindet, auf Informationsebene ebenso wie auf psychologischer, kultureller und sozialer Ebene. Die Methoden begegnen wesentlichen Herausforderungen, mit denen Ärzte häufig umzugehen haben, allen voran die Notwendigkeit, sehr schnell das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, um seine Kooperation sicherzustellen. Die zweite Herausforderung liegt darin, kulturelle und sozioökonomische Unterschiede zu überwinden, eine gemeinsame Sprache mit dem Patienten zu finden und seine Erwartungen zu begreifen. Zu guter Letzt geht es darum, eine positive und heilsame Atmosphäre zu schaffen, in welcher Arzt und Patient an einem Strang ziehen. Einige der 6 Techniken werden von erfahrenen Ärzten intuitiv angewandt. Die strukturierte Darstellung dieser Techniken stellt ein Gerüst zur Verfügung, um diese Techniken zu lehren.

Dieses Manuskript bezieht sich ausschließlich auf das Arzt-Patienten-Gespräch. Die 6 Methoden sollten gleich-

sam jedoch auch für Gespräche mit der Familie des Patienten genutzt werden. Die Methoden könnten und sollten auch in der Telemedizin angewandt werden, die Gewährleistung von Vertraulichkeit und Datenschutz vorausgesetzt.

Kurz gefasst liefern die beschriebenen sechs Methoden nützliche Hilfsmittel für ein qualitativ hochwertiges Gespräch, welches zeitlich effizient ist, ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten schafft und verlässliche Erkenntnisse über seine Kultur und Persönlichkeit liefert. Eine empirische Evaluation der Wirkung der vorgeschlagenen Methoden sollte von Bildungsforschern mithilfe qualitativer und quantitativer Methoden unter kontrollierten Bedingungen und in der klinischen Umgebung durchgeführt werden.

## Danksagungen

Mein Dank gilt Prof. Martin Fischer, der mich ermutigte dieses Manuskript zu verfassen und mich mit seinen durchdachten und lehrreichen Kommentaren unterstützte. Ich danke Prof. Bradley Strauss, der mir dabei half, dieses Manuskript zu verfassen, sowie Dr. Robert Gluck, der dieses Manuskript prüfte und seinen Inhalt bereicherte. Ich danke Prof. Simon Marom für seine aufmerksame Revision und schließlich auch allen meinen Lehrern, von denen ich all die Jahre lernen durfte, sowie allen Patienten, die ich betreute und die mich die Kunst des Anamnesegegesprächs lehrten und immer weiter lehren.

## Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

## Literatur

- Engel GL, Morgan WL. Interviewing the Patient. London, Philadelphia: W. B. Saunders; 1973.
- Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns.* 2015;98(10):1172-1179. DOI: 10.1016/j.pec.2015.06.022
- Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision-making models: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(12):e031763. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031763
- Flugelman MY, Jaffe R, Luria G, Yagil D. Trust in the physician reduces anxiety in an integrated community to hospital care system. *Isr J Health Policy Res.* 2020;9(1):7. DOI: 10.1186/s13584-020-00365-6
- Dand BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ.* 2017;17:32-42. DOI: 10.1186/s12909-017-0868-5
- Zwingmann J, Baile WF, Schmier JW, Bernhard J, Keller M. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: a randomized, experimental study. *Cancer.* 2017;123(16):3167-3175. DOI: 10.1002/cncr.30694
- Graupe T, Fischer MR, Strijbos JW, Kiessling C. Development and piloting of a Situational Judgement Test for emotion-handling skills using the Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES). *Patient Educ Couns.* 2020;103(9):1839-1845. DOI: 10.1016/j.pec.2020.04.001
- Lewis B. Narrative and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:489-494. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32834b7b7f
- Zaner R. Medicine and dialogue. *J Med Philosophy.* 1990;15:303-325. DOI: 10.1093/jmp/15.3.303
- Milota MM, van Thiel GJ, van Delden JJ. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Med Teach.* 2019;41(7):802-810. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1584274
- Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ.* 2007;41(12):1140-1145. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02914.x
- Norman GR, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ.* 2010;44(1):94-100. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03507.x
- Conrad R. A Letter to Our New Interns. *J Harv Med School Acad.* 2020;2(2). Zugänglich unter/available from: <https://projects.iq.harvard.edu/jhmsa-vol2-issue2/hms-perspectives>
- Pinto A, Brunese L. Spectrum of diagnostic errors in radiology. *World J Radiol.* 2010;2(10):377-383. DOI: 10.4329/wjr.v2.i10.377
- Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clin Proc.* 2014;89:943-959. DOI: 10.1016/j.mayocp.2014.02.005
- de Waal FB. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annu Rev Psychol.* 2008;59:279-300. DOI: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093625
- Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52:S9-S13.
- Burks DJ, Kobus AM. The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, pro-sociality and humanism. *Med Educ.* 2012;46(3):317-325. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x
- Elder A, Chi J, Ozdalga E, Kugler J, Verghese A. The Road Back to the Bedside. *JAMA.* 2020;323(17):1672-1673. DOI: 10.1001/jama.2020.2764

### Korrespondenzadresse:

Moshe Y. Flugelman, MD  
 Lady Davis Carmel Medical Center, Department of Cardiovascular Medicine, 7 Michal St., Haifa, Israel, Tel.: +972-48250575, Fax: +972-48250936  
 myf@technion.ac.il

### Bitte zitieren als

Flugelman MY. History-taking revisited: Simple techniques to foster patient collaboration, improve data attainment, and establish trust with the patient. *GMS J Med Educ.* 2021;38(6):Doc109. DOI: 10.3205/zma001505, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015057

### Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001505.shtml>

**Eingereicht:** 05.06.2020

**Überarbeitet:** 18.01.2021

**Angenommen:** 20.05.2021

**Veröffentlicht:** 15.09.2021

**Copyright**

©2021 Flugelman. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.