

Thomas Ots

Die integrative Anamnesetechnik bei inneren Störungen

Zusammenfassung:

Bei der integrativen Anamnesetechnik innerer Störungen handelt es sich um eine Integration der Vorteile zweier Medizinsysteme: Die Syndromdiagnostik der Chinesischen Medizin mit ihren genauen Beobachtungen und Zuordnungen der vielfältigen Phänomene von Gesundheit

und Krankheit wird mit dem Subjekt-orientierten Ansatz der modernen psychosomatischen und anthropologischen Medizin verwoben. Das Ziel dieser Anamnese ist es, ein plastisches Bild vom Kranksein eines Menschen in Raum und Zeit zu erhalten, zu dessen Erstellung der betroffene Patient die wichtigsten Informationen liefert. Dies erfordert

spezielle Fragen sowie einen speziellen Ablauf eines Kataloges "offener" und "geschlossener" (determinierter) Fragen.

Schlüsselwörter

Anamnesetechnik, Chinesische Medizin, Psychosomatik, Bio-psycho-soziale Medizin, Anthropologische Medizin

Integrated approach to history-taking

Abstract

With the integrated approach to history-taking of the patient the advantages of two different medical systems can be combined: Traditional Chinese medicine's syndrome diagnostics with its precise observations of phenomenological changes in health and disease is combined with the specific subject-oriented

approach of modern psychosomatic and anthropological medicine, i. e., mainly of modern German-speaking psychosomatic medicine. The aim of this technique is to establish a true picture of the person's illness in time and place, not the patient's disease. It is the patient who contributes the most valuable information to this picture. This

technique embraces certain new questions and a specific sequence of "open" and "closed" questions.

Keywords

History-taking, traditional Chinese medicine, psychosomatic medicine, bio-psycho-social medicine, medical anthropology

Einleitung

› Subjekt Mensch

Der Internist und Medizinanthropologe Viktor von Weizsäcker (16), der englische Psychotherapeut Michael Balint (3), George L. Engel (6), der Entwickler des bio-psycho-sozialen Ansatzes, Peter Hahn (7), Nachfolger von Weizsäcker und Verfechter einer anthropologischen Psychosomatik, der Psychosomatiker Thure von Uexküll (15), Pate der modernen deutschsprachigen

Psychosomatik, und viele mehr haben die Bedeutung einer auf den Kranken orientierten Medizin (3) im Gegensatz zu einer krankheitsorientierten Medizin hervorgehoben. Mit anderen Worten: Es geht um das **Subjekt Mensch** (16) und nicht um das "Objekt Patient", um eine **Medizin der Person** (9). Im Patienten nicht nur den Träger einer Krankheit zu sehen, sondern sich um sein Kranksein zu kümmern, ihn als ein krankes Individuum zu begreifen, bedeutet, ihn in

seiner Biographie, in seinem soziokulturellen Kontext, d. h. in seiner subjektiven Lebenswelt bzw. seiner individuellen Wirklichkeit (17) zu verstehen.

› Objekt Mensch

Wir wissen – und das war für viele von uns der Grund, sich alternativen Medizinformen zuzuwenden –, dass unsere Schulmedizin durch eine andere Wertung der Begriffe "Objekt/Subjekt – objektiv/subjektiv" gekennzeichnet ist. Untersuchungsme-

thoden wie Labor, Röntgen, Ultraschall, Computertomographie etc., also Methoden, die quantitative Aussagen machen oder bildgebend sind, werden als objektiv angesehen. Objektive Ergebnisse verdrängen zunehmend subjektive Aussagen der Patienten: Oft durchlaufen Patienten nach der initialen Angabe einer Beschwerde in der Facharztpraxis eine diagnostische Schleife und bekommen erst dann, wenn die "objektiven" Ergebnisse vorliegen, den Arzt zu Gesicht; manchmal auch nur zwecks Mitteilung der erhobenen Befunde. In vielen Untersuchungen wurde gemessen, wie lange ein Patient beim Erstkontakt reden darf ([11]; Braun, 1965, 1970; Erdmann et al., 1974; zitiert bei [17]). Es wäre vielleicht ebenso interessant, den direkten Sichtkontakt zwischen Arzt und Patient zu messen: das Bild des über seine Befunde gebeugten Arztes, der dem Patienten einige Mitteilungen macht, manchmal gar, dass er keine Krankheit hat, während der Patient sich aber

"So entstand das imponierende Gebäude der modernen Medizin, das den menschlichen Körper nach dem Paradigma einer hochkomplexen physikalisch-chemischen Maschine interpretiert. Krankheit ist nach diesem Modell eine räumlich lokalisierbare Störung in einem technischen Betrieb ... Damit geriet der einfache Tatbestand, dass die 'Sache' der Medizin immer gemeinsame Angelegenheit eines Kranken und eines Arztes ist, mehr und mehr in Vergessenheit..." (Uexküll 1986: 2)

krank fühlt, d. h. krank ist (**Kranksein**) (16).

› Diagnostik der Chinesischen Medizin

Und die Chinesische Medizin? Ist sie so ganz anders? Ich brach 1978 als ganzheitlich gesinnter junger Arzt nach China auf und verbrachte dort über drei Jahre im medizinischen Kontext. Ich erlebte nicht wenige Enttäuschungen, denn viele meiner chinesischen Lehrer verhielten sich nicht viel anders als meine deutschen Lehrer, nur dass das ärztliche Betrachten der Befunde gegen das Betrachten von Zunge und Tasten des Pulsus ausgetauscht war (12). Um es kurz zu machen: Je mehr ich davon überzeugt bin, dass ich eine Methode beherrsche, die objektive Aussagen über die Krankheit zu machen imstande ist, umso unwichtiger wird der Patient als Subjekt. Für China gilt hier das klassische Bild des Arztes der Ming- und Qing-Zeit, der sich der Dame des Hauses mit gesenktem Blick oder gar rückwärts näherte, an dem durch eine Öffnung des Bettvorhanges herausgehaltenen Arm eine Pulstastung durchführte, keine Fragen stellte, um alsdann in kunstvoller Schrift seine Rezeptur anzufertigen und von der Bildfläche zu verschwinden. Die Ironie dieses Bildes: Die Chinesische Medizin besitzt eine Reihe guter diagnostischer Parameter, aber gerade die Puls- und Zungen-diagnostik gehören zu ihren unsichersten und spekulativsten Werkzeugen. Die sichersten Aussagen einer auf das Funktionelle orientierten Medizin – und eine solche ist die Chinesische Medizin – gründen in den jahrhundertelangen Beobachtungen der Phänomene von Gesundheit und Krankheit: Nur der Patient ver-

"Die Anamnese gilt im ärztlichen Bereich als das Kernstück der Untersuchung. Nach Lauda (1958) sollen 70% aller Diagnosen in der Praxis durch die Anamnese zu klären sein, 10–20 % in Verbindung mit der unmittelbaren Krankenuntersuchung; nach Bauer (1950) sind es 50 %, nach Hegglin (1963) ca. 50 % und weitere 30 % durch die unmittelbare Krankenuntersuchung, nur 20 % durch Labordiagnostik." (Hahn 1988: 178)

mag zu sagen, ob die leichte Erhitzung mit oder ohne Durst, mit oder ohne Schweiß einhergeht, ob es sich somit um eine Fülle-Hitze, eine Leere-Hitze, Wind-Hitze oder Wind-Kälte handelt. Zur Ehrenrettung der Chinesischen Medizin muss jedoch gesagt werden, dass sie Ende der siebziger Jahre stark von den Wirren der Großen Proletarischen Kulturrevolution geprägt war. Aus Gründen der Sicherheit wollten Patienten damals nicht viel von sich erzählen, und Ärzte wollten manche Dinge, die sie eh nicht ändern konnten, auch nicht wissen. Schon Mitte der achtziger Jahre erlebte ich eine deutlich stärkere Zuwendung der Ärzte in der VR China zu ihren Patienten (12).

Der integrative Ansatz

Es spricht viel dafür, sich auf dem Wege zu einer ganzheitlicheren, am Menschen orientierten Medizin eines integrativen Ansatzes zu bedienen. Jede Medizin hat ihre blinden Flecken. Eine ideale Verbindung der Stärken verschiedener Medizinsys-

teme sehe ich in der Verbindung der Chinesischen Syndromdiagnostik mit der Subjekt-orientierten Anamnesetechnik der westlichen psychosozial und anthropologisch orientierten Medizin.

Für die Anamnese bedeutet dies:

1. Den Patienten sich darstellen lassen

- › Der Patient in Selbstdarstellung ist die Grundlage einer guten Diagnose. Oft wird durch die Selbstbeschreibung die Diagnose schon klar. Außerdem fühlt sich der Patient als Gesprächspartner ernst genommen. Der spezielle Fachbegriff ist hier "Empowerment". Dieser Einstieg ist die beste Garantie für eine konstruktive Arzt-Patient-Beziehung.

2. Den Patienten im ersten Beschwerde Vortrag nicht unterbrechen

- › Durch so einfache Dinge wie ärztliches Nachfragen kann eine Umgewichtung des Beschwerdevortrages eintreten (13). D. h., der Arzt begibt sich in Gefahr, nicht das zu hören zu bekommen, was der Patient eigentlich erzählen wollte.

"Wird zu früh aktiv und detailliert gefragt, so gerät der Patient in passives Abwarten, das Interview führt zum 'Ausfragen' und läuft Gefahr, diejenige Anamnese zu erheben, die der Arzt in den Patienten hineinlegt und nicht mehr dessen eigene Krankengeschichte." (Adler 1986: 186)

Verständnisfragen können anschließend nachgeholt werden.

3. Alle Beschwerden notieren

- › Dies sollte unabhängig davon sein, ob die Beschwerden von uns augenblicklich als medizinisch relevantes Zeichen erkannt werden. Durch die Chinesische Medizin haben wir unser Repertoire für wichtig erachteter Beschwerden gegenüber der Schulmedizin vervielfacht. Aber immer noch harren viele Beschwerden der Zuordnung bzw. Entsprechung zu bestimmten Syndrombildern. Ihre Deutung ergibt sich vielleicht erst später.

4. Die Beschwerden in Reihenfolge der Nennung notieren

- › Häufig ist die Reihenfolge der Beschwerden wichtig. Sie sagt aus, worunter der Patient am meisten leidet, was für ihn subjektiv von Bedeutung ist. Cave: Peinliche Dinge werden oft erst im weiteren Verlauf des Patient-Arzt-Kennenlernens genannt.

5. Die Eigendeutungen des Patienten notieren

- › Häufig geben Patienten entscheidende Tipps über bio-psycho-sozio-pathologische Zusammenhänge. Auch dort, wo wir spontan dagegen reden möchten, weil wir glauben es besser zu wissen, heißt es, den Patienten zunächst zu unterstützen und ihn nicht mit der harten "Wahrheit" zu konfrontieren. Wenn wir herausfinden, warum der Patient zu dieser Meinung gekommen ist – sein Erklärungsmodell (10) –, erfahren wir etwas Wichtiges über ihn, außerdem haben wir dann einen gemeinsamen Ansatz, eine gemeinsame Sprache. Es kann auch notwendig sein, ihn selbst zu Beurteilungen zu ermuntern.

6. Alle Beschwerden zu einer Gesamtschau vereinen

- › Was ist die innere Beziehung zwischen den verschiedenen Beschwerden? Handelt es sich hier um verschiedene Krankheiten oder um Symptome eines zusammenhängenden Syndromkomplexes? Wir wissen, dass Diagnosen der westlichen Medizin – Beispiel: Migräne, Globusgefühl, Blähungen, Obstipation, Dysmenorrhoe – in der Chinesischen Medizin nur als Symptome eines Syndroms angesehen werden: in dem genannten Beispiel eine Leber-Qi-Stagnation.

7. Das Ergebnis sollte ein Bild, eine "Gestalt" von einer bestimmten Plastizität sein

- › Oft ergibt sich ein Bild eines Menschen erst durch Einbeziehung seiner Beschwerden in seine Biographie. Die Familien- und Sozialanamnese geben wichtige Hinweise zur psychosomatischen und lebensweltlichen Einordnung. Die Diagnose sollte die kranke Person in Raum und Zeit plastisch werden lassen.

8. Das Diagnosebild mit dem Patienten bereden

- › Es ist sinnvoll, den Patienten zu fragen, ob er mit der

von uns gestellten Diagnose einverstanden ist. D. h. auch, dass wir bereit und fähig sein müssen, Diagnosen der Chinesischen Medizin in Patientensprache zu übersetzen, integrativ darzustellen. Der Begriff "Leber-Qi-Stagnation" sagt dem Patienten nichts, wird er einverstanden sein, wenn wir ihm sagen, dass er "aggressionsgehemmt" ist? Oft ergeben sich hier noch Korrekturen.

9. Das Therapieziel, den Therapiewunsch mit dem Patienten bereden.

- › Vor allem bei einer Vielzahl von Beschwerden ist es manchmal überraschend, was für den Patienten als Wunsch und Ziel für die Zukunft im Vordergrund steht.

Diese Forderungen decken sich teilweise mit den Gedanken der TCM, gehen aber über die Praxis eines Arztes der TCM in China deutlich hinaus. Anderweitige Anamnesetechniken, z. B. die von Hecker et al. (8) entwickelten 5 pragmatischen Schritte, haben den Nachteil, das sie innerhalb des TCM-Paradigmas und innerhalb eines geschlossenen Fragensystems verbleiben.

Diskussion

Von der ersten **Selbstdarstellung** des neuen Patienten dürfen wir nicht erwarten, dass er gleich alle wichtigen Dinge, auch intime Angelegenheiten, berichtet. Also geht es darum, etwas Zeit zu gewinnen, um ihn später, in der Syndromdiagnostik, noch einmal zu befragen. Jedes Medizinsystem erzieht seine Patienten:

Unsere Patienten haben gelernt, Beschwerden zu minimieren, sich möglichst auf das Leitsymptom zu beschränken. Bei den nächsten Konsultationen werden meist auch noch "vergessene" Beschwerden nachberichtet. Oft bestehen hier Ängste, dass Patienten endlos lange erzählen und damit dem Praxisablauf blockieren. In der Regel beenden Patienten innerhalb von drei Minuten ihren Beschwerdevortrag. Wird dem Patienten beim ersten Mal nicht die Gelegenheit geboten, 'sein Bild', zu entwerfen, bedarf es sehr viel längerer ärztlicher Zeit, selbiges hinterher zu synthetisieren.

Ich schließe der Selbstdarstellung die **Eigenanamnese** an. Hier handelt es sich um das Erfassen historischer Daten. Außerdem erhalte ich ein Bild über die konstitutionelle Verfassung des Patienten (oft krank gewesen, wann welche Erkrankung?). Eine wichtige Frage ist hier die nach der augenblicklichen Medikation: Oft geben erst die Medikamente Auskunft über eine vorliegende Störung.

Die Eigenanamnese erhält eine zusätzliche Erklärung durch die **Familien- und Sozialanamnese**. Diese ersten vier Einheiten ergeben bereits ein gutes biographisches Bild: die Einordnung des Patienten in Familie und Gesellschaft, in Raum und Zeit.

Die Siebmethode der **Speziellen Symptomselbstbeschreibung** habe ich von einer Figur des Kranich-Qigong abgeleitet. Indem der Patient langsam seinen Körper durchfühlt, sich leiblich zu spüren angehalten wird, werden ihm viele seiner Beschwerden erst so richtig bewusst. Andererseits besteht durch diese Oben-Unten-Systematik weniger Gefahr, dass er Symptome vergisst. Meistens muss diese Selbstdar-

stellung des Patienten durch einige gezielte Fragen meinerseits ergänzt werden.

Die **Emotionelle Selbstdarstellung** ist eine Technik, die ich erst seit sieben Jahren durchführe. In den Jahren zuvor machte ich mir – wie meist üblich – mehr oder weniger heimliche Notizen von der Emotionalität des Patienten. Doch auch hier liegt mehr Wahrheit in der Selbstbeschreibung, ergänzt durch mein Nachfragen zu Konfliktfähigkeit bzw. der Affinität zu den fünf emotionalen Blöcken. Die Emotionelle Selbstbeschreibung erfolgt bewusst am Ende der Anamnese. Denn inzwischen haben wir uns etwas kennen gelernt, der Patient ist nun eher bereit, sich mir gegenüber zu öffnen.

Puls- und Zungendiagnostik spielen hier eine eindeutig eingeschränkte Rolle. Sie dienen als Bestätigung der vorher abgelaufenen Anamnese. Widersprechen sie den Symptomen, werden diese vermeintlich objektiven Parameter den subjektiven Aussagen des Patienten untergeordnet, d. h. verworfen. Die einzige mir bekannte Textstelle, die auf diese Möglichkeit verweist, fand ich in "Common terms of TCM" (4).

Durch die **letzte** diagnostische **Frage**, ob es noch irgend etwas gibt, was noch nicht besprochen worden ist, "soll der Patient Gelegenheit erhalten, Fragen aufzuwerfen und noch nicht Besprochenes hinzuzufügen." [(2): 187] Sie gibt dem Patienten erneut die Möglichkeit, "sein Bild" zu komplettieren. Diese Frage macht ihn zum Akteur, der die Fallerhebung erweitert oder abschließt. Auch Peinliches findet hier oft seinen Platz.

Die Aussage des Patienten über seinen **Therapiewunsch** hilft

Fortsetzung Seite 28

Die jeweiligen Anteile der Anamnese	Welche Entscheidungen im Sinne der TCM bzw. eines integrativen Verständnisses?
<p>Jetzige Anamnese</p> <p><i>"Was führt Sie zu mir?"</i></p> <p>Nun den Patienten sich darstellen und ausreden lassen. Zunächst keine Nachfragen, auch keine Verständnisfragen. Jedes Nachfragen verändert die Selbstdarstellung des Patienten.</p> <p>Achten Sie auf ihr Gefühl, auf Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene</p>	<p>Sehr schnell Klarheit über: Innen- /Außenstörung</p> <p>Falls Innen: Hier finden sich die ersten wichtigen Aussagen über Funktionskreise. Aussehen, Sprache, Verhalten etc. formen einen ersten Gesamteindruck</p>
<p>Eigenanamnese</p> <p>Welche weiteren wichtigen Erkrankungen, Operationen etc.? Gegenwärtige Medikamente?</p>	<p>Konstitution, Funktionskreise, Chronologie des Krankseins</p>
<p>Familienanamnese</p> <p>Beziehung zu Eltern, Geschwistern, wann geheiratet, Geburt der Kinder, die Zeit danach?</p>	<p>Chronologie, Belastungen, Ressourcen</p>
<p>Sozialanamnese</p> <p>Ausbildungen, Arbeitsplatzsituation, wann Pensionierung, Hobbys, Freizeit?</p>	<p>Chronologie, Belastungen, Ressourcen</p>
<p>Spezielle Symptomselbstbeschreibung</p> <p>Wir müssen davon ausgehen, dass Patienten bei der initialen Selbstdarstellung nicht alle Beschwerden parat haben. Deswegen an dieser Stelle folgende Technik:</p> <p><i>"Bitte gehen Sie wie mit einem Sieb vom Scheitel bis zur Sohle durch ihren Körper hindurch und berichten Sie mir von jeder Beschwerde, die zu Ihnen gehört. Dies kann eine Beschwerde sein, die die Ärzte bislang nie interessiert hat, also auch das kleinste Zipperlein oder einfach nur eine Beobachtung. Erzählen Sie mir auch von Beschwerden, die Sie nicht im Augenblick haben, sondern früher, oder die vielleicht nur einige Male im Jahr auftauchen."</i></p> <p>Die Selbstdarstellung des Patienten muss i. a. noch durch einige Fragen ergänzt werden:</p> <p>Hitze/Kälte? Fülle/Leere? Schlaf? Träume? Ernährung? Durst? Schwitzen?</p>	<p>Die meisten Anteile der TCM-Diagnose:</p> <p>Funktionskreise Grundwirksamkeiten Qi, Blut Jing, Shen</p> <p>Die noch fehlenden Anteile der Bagang</p> <p>Hitze/Kälte Fülle/Leere Yin-Yang</p>

Die jeweiligen Anteile der Anamnese	Welche Entscheidungen im Sinne der TCM bzw. eines integrativen Verständnisses?
<p>Emotionelle Selbstbeschreibung <i>"Wie würden Sie sich emotionell selbst beschreiben?"</i> Häufig entsteht hier eine Pause. Der Patient sagt zunächst "Hm!" und schaut Sie fragend an: Bitte nicht anfangen zu reden und dem Patienten Vorschläge machen. Zählen Sie heimlich die Sekunden, bis der Patient zu sprechen beginnt. Das Maß der Spontaneität ist ein Teil Ihrer Diagnose.</p> <p>Zumeist müssen Sie im Anschluss noch einige Fragen stellen, denn Patienten reden selten spontan über das Maß ihrer Auseinandersetzungsfähigkeit:</p> <p><i>"Wie gehen Sie mit Meinungsverschiedenheiten um?"</i> <i>"Können Sie explodieren?"</i> <i>"Wann zuletzt?"</i> <i>"Wie sieht so eine Explosion aus?"</i> <i>"Wie fühlen Sie sich hinterher?"</i></p> <p>Manchmal ist es sinnvoll, den Patienten zu Affinitäten zu den fünf emotionalen Blöcken (Ärger, Wut, Zorn; Freude; Grübeln, Sorgen, Depressivität; Trauer; Angst) zu fragen.</p>	<p>Emotionelle Entsprechung des Funktionskreises</p> <p>Offensivität, Aggressionshemmung</p> <p>Das Verhältnis von explosiver Galle zu "beleidigter Leberwurst"</p> <p>Gewisse Typologisierung</p>
<p>Puls</p> <p>Zunge</p>	<p>Evtl. Bestätigung der bisherigen Sicht; am wichtigsten bei Oligosymptomatik</p>
<p>Letzte (diagnostische) Frage: <i>"Gibt es noch irgend etwas, was wir nicht besprochen haben?"</i></p>	<p>Bislang zurückgehaltene Informationen, Nicht Angesprochenes; oft wird erst hier Peinliches geäußert</p>
<p>Therapiewunsch <i>"Was ist ihr Therapiewunsch?"</i></p>	<p>Die subjektive Wichtigkeit der angestrebten Veränderung</p>
<p>TCM-Diagnose Bei der TCM-Diagnose geht es nicht darum, möglichst viele Funktionskreise und Grundwirksamkeiten als betroffen zu erkennen, sondern diese im Sinne einer "Gestalt" zu ordnen. Hilfreich ist hierfür die Biographie mit dem allfälligen Symptom- bzw. Syndromwandel sowie das ärztliche Wissen der regelhaften Beziehungen bestimmter Funktionskreise untereinander.</p>	
<p>Westliche Diagnose</p>	
<p>Therapie-Prinzip Prognostik, wahrscheinliche Anzahl der Sitzungen, therapeutische Verfahren insgesamt</p>	
<p>Methoden</p>	
<p>Akupunkturpunkte-Kombinationen, Rezeptur nach der traditionellen medizinischen Arzneitherapie etc.</p>	

Fortsetzung von Seite 26

uns, die subjektive Rangfolge bestimmter Störungen, Probleme etc. zu ordnen. Sollte der Therapiewunsch falsch oder utopisch sein, dann heißt es auf den Patienten einzugehen:

"Nicht abraten. – Wer um Rat gefragt wird, tut gut, zuerst des Fragenden eigene Meinung zu ermitteln, um sie sodann zu bekräftigen ... Darum ist dem, der Rat sucht, schon halb geholfen, und wenn er Verkehrtes vor hat, so ist, ihn skeptisch zu bestärken, besser, als ihm überzeugt zu widersprechen." (Achenbach 1993: 30)

Drei Empfehlungen

Ich möchte abschließend noch auf drei Erfahrungen eingehen, die ich in vielen Prüfungen des Diplom B (Vollausbildung) gemacht habe. Da wollten Kollegen auf keinen Fall eine wichtige Frage der chinesischen Diagnostik versäumen, und so unterbrachen sie recht rasch den Beschwerdevortrag des Patienten – zumeist nach der Nennung des Leitsymptoms – und fragten ihn nach einem auswendig gelernten Fragenkatalog ab. Die Fragen wurden mehr und mehr, ja, die Kollegen verloren sich in diesen Fragen, denn der Patient löste sich langsam in viele Einzeldaten auf, seine Kontur wurde unschärfer statt klarer, das 'Bild' verschwand zugunsten vieler, noch auf die Zuordnung wartender Puzzleteilchen. Dieser Abfragetechnik liegt ein falsches

Verständnis von der Objektivität der Chinesischen Medizin zugrunde: Nicht die Summe vieler Einzeldaten ist wichtig, sondern ihr spezifischer Kontext, ihre Reihenfolge, die Bedeutung, die seitens des Patienten in bestimmte Verknüpfungen gelegt wird. Ricoeur (14) nannte dies die "narrative Einheit des Lebens". Diese erfahre ich vom Patienten nicht, "wenn ich ihn ausfrage; denn dann erfahre ich nicht seine, sondern meine Wahrheit." [(5): 58]

Eine zweite Erfahrung ist die, dass oft jede einzelne Beschwerde strikt-schematisch gewertet wird, und das Ergebnis ist dann, dass fünf Funktionskreise erkrankt sind. Hier geht es darum, sinnvoll zu ordnen, zu schauen, welche Funktionskreise hauptsächlich betroffen sind. Auch hilft hier das empirische Wissen über bestimmte regelhaft-chronologische Beziehungen unter verschiedenen Funktionskreisen untereinander weiter. Welches Bild haben sie von einem Menschen, dessen chinesische Diagnose Milz-Qi-Leere, Leber-Qi-Stagnation und Lungen-Qi-Fülle heißt? In diesem konkreten Fall handelte es sich um eine Patientin mit einer konstitutionellen Leber-Qi-Stagnation. Nach vielen Jahren der Hemmung kam es zu der häufigsten Beziehung der Leber zu einem anderen Funktionskreis: Die Leber kontrollierte/attackierte die Milz – Aggressionshemmung ging in Depressivität über. Aktuell kam noch eine Erkältung dazu, die jedoch nichts mit der Beziehung Leber-Milz zu tun hatte. In dieser Art und Weise dargestellt, wurde die Patientin plastisch.

Auch dürfen wir nicht sklavisch an bestimmten Aussagen der

Chinesischen Medizin hängen. Hat ein Patient weichen Stuhl, dann wird dies einer Qi-Leere der Milz zugeordnet. Wenn der Patient aber eine Angststörung hat, dann erklärt sich der weiche Stuhl schon hieraus. Denn Angst öffnet die unteren Schließer, lässt uns "in die Hosen machen". Nicht jeder Rückenschmerz gehört zum Funktionskreis Niere. Die Depression (Milz) geht oft mit Rückenschmerzen einher. Also wie beurteilen? Der Gesamtkontext der Symptome, das Syndrombild, ist hier entscheidend!

Schlussbemerkung

Die integrative Anamnesetechnik setzt sich aus einer Passage "offener" Fragetechnik (die einleitende Selbstbeschreibung), zwei "halboffenen" Technik (die Spezielle Symptomselbstbeschreibung und die Emotionelle Selbstbeschreibung) sowie mehreren Passagen "geschlossener" Fragen zusammen. Diese Mischung als Integration zweier unterschiedlicher medizinischer Ansätze ermöglicht ein möglichst plastisches Bild des Patienten als Mensch in seiner Krankheit. Diese Anamnesetechnik fordert ihre Zeit. Unter 30 Minuten ist es mir nicht möglich, die "Gestalt" des Patienten zu erfassen. In einer Kassenpraxis erfordert dies logistische Planung. Wenn wir jedoch diese halbe Stunde auf die zukünftigen Therapien hochrechnen, dann handelt es

"Im Übrigen ist nichts zeitsparender als die Zeit, die Sie in der Erstbegegnung investieren." (Dörner 2001: 60)

sich um eine gut angelegte, frühe Investition, die sich in dem Erfolg unserer Therapie offenbart.

Und da bekanntermaßen alles im Fluss ist, und da auch die hier vorgestellte Technik erweiterungsfähig ist, da sicherlich andere Modelle einer Anamnese-technik existieren, möchte ich die Leser ermutigen, mir ihre Vorstellungen und Kritik zukommen zu lassen.

Fazit

Die integrative Anamnese-technik vereint die Vorteile zweier Medizinsysteme und ermöglicht damit dem Anwender, schnell ein plastisches "Bild" vom Patienten zu erhalten, d. h., den Patienten umfassend zu verstehen.

Literatur

1. Achenbach G. Philosophische Praxis. Zschr. f. Philosophische Praxis 1993; Nr. 14–15 (zit. Bei Dörner 2001: 30)
2. Adler R. Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Th von, Wesiack W. Psychosomatische Medizin. (3. Auflage) München: Urban & Schwarzenberg; 1986: 184–200
3. Balint M. The Doctor, the Patient, and the Illness. London: Pitman; 1957
4. Beijing Medical College (Hrsg.). Common Terms of Traditional Chinese Medicine in English. Beijing: Selbstverlag; 1980
5. Dörner K. Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer; 2001
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196 (1977) 129–136
7. Hahn P. Ärztliche Propädeutik: Gespräch, Anamnese, Interview – Einführung in die anthropologische Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1988
8. Hecker U, Steveling A, Peuker E, Kastner J. Lehrbuch und Repetitorium der Akupunktur. Stuttgart: Hippokrates; 2001
9. Jores A. (Hrsg.). Praktische Psychosomatik. Bern: Hans Huber; 1981
10. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: Univ. of Calif. Press; 1982
11. Mishler EG. The Discourse of Medicine – Dialectics of Medical Interviews. Norwood (N.J.): Ablex; 1984
12. Ots T. Medizin und Heilung in China – Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin. (3. Auflage) Berlin: Reimer; 1999
13. Rehbein J. Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens. In Redder A, Wiese I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Opladen, Westdeutscher Verlag; 1994: 147–170
14. Ricoeur P. Das Selbst als ein Anderer. München: Fink; 1996
15. Uexküll Th. Von: Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Th von, Wesiack W: Psychosomatische Medizin. (3. Auflage) München: Urban & Schwarzenberg; 1986: 1–30
16. Weizsäcker V. von. Der Arzt und der Kranke: Stücke einer medizinischen Anthropologie. Frankfurt: Suhrkamp; 1987
17. Wesiack W. Das ärztliche Gespräch – Versuch einer Strukturanalyse. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Th von, Wesiack W. Psychosomatische Medizin. (3. Auflage) München: Urban & Schwarzenberg; 1986: 237–243