

Die biopsychosoziale Anamnese und das ärztliche Gespräch

Hans-Joachim Demmel, Rolf Hermann Adler

Kap. 3.1 aus: **Wolowski A, Demmel HJ. Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner. Stuttgart: Schattauer 2010**

Verlagshinweis:

http://www.schattauer.de/shop/product_info.php/info/p495_Psychosomatische-Medizin-und-Psychologie-fuer-Zahnmediziner.html

Das ärztliche Gespräch ist die Grundlage jeder Diagnostik und Therapieplanung auch in der zahnärztlichen Praxis. Nur im anamnestischen Gespräch kann der Zahnarzt erfahren, worunter der Patient leidet und welche Behandlungswünsche er hat. In der psychosomatischen Medizin wird das ärztliche Gespräch aber nicht nur als verbaler Informationsaustausch verstanden. Es beinhaltet die Sammlung und einordnende Bewertung von vielfältigen Informationen.

3.1.1 Der »erste Eindruck«

Ein Patient meldet sich meist telefonisch in der Praxis des Zahnarztes an oder erscheint unangemeldet als Notfallpatient. Der erste Kontakt entsteht also mit der Zahnarzthelferin an der Rezeption. Hier meldet er seinen Behandlungswunsch an und formuliert oft auch erste Gründe dafür. Was er sagt und wie er dies ausdrückt, vermittelt schon einen ersten Eindruck, der über die rein sachliche Information hinausgeht. Daraus schließt die Zahnarzthelferin, mit welcher Dringlichkeit der Patient einen Termin benötigt und welchen Zeitbedarf sie einplanen muss. Dieser erste Kontakt besteht also aus einer persönlichen Mitteilung des Patienten, einer persönlichen Wahrnehmung der Zahnarzthelferin, der fachlichen Einordnung dieser Informationen und einer Vereinbarung des weiteren Vorgehens. Es kann aber auch eine dritte Person den Patienten (z.B. ein Kind – aber nicht nur!) anmelden, wobei zu beachten ist, dass hierbei nicht ein erster Eindruck des Patienten vermittelt wird, sondern derjenige der Bezugsperson. Die Situation sagt auch etwas über die Beziehung des Anmeldenden zum Patienten aus.

Beim Erscheinen des Patienten zum Termin wird der erste Eindruck erweitert. Immer werden Informationen gegeben, die für das ärztliche Gespräch und die Anamnese von Bedeutung sind. Diese Informationen und der erste Eindruck, den die Zahnarzthelferin in der Rezeption wahrnimmt, dürfen im allgemeinen Praxisablauf nicht verloren gehen. Auch der „erste Eindruck“ muss deshalb hinreichend dokumentiert werden. Dafür muss das Praxispersonal speziell geschult werden. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird darauf genauer eingegangen.

3.1.2 Kommunikation

Der Patient, der den Zahnarzt aufsucht, vermittelt ganz allgemein gesagt **Zeichen**, die Anlass geben, seinen Gesundheitszustand zu überprüfen und gegebenenfalls zu behandeln. Diese Zeichen können verbaler Natur sein, d.h. der Patient spricht von seinem Wunsch nach einer Kontrolluntersuchung oder nach Abklärung der von ihm wahrgenommenen Symptome, denen er Krankheitswert zumisst. Die Zeichen können auch nonverbaler Natur sein, wenn das Verhalten des Patienten oder seine körperliche Erscheinung signalisieren, dass er ein Problem hat oder eine Krankheit vorliegen könnte. Es besteht immer ein wechselseitiger Austausch von Informationen, denn auch der Behandler und seine Mitarbeiter senden Zei-

chen (verbale und nonverbale) an den Patienten, die dessen weiteres Verhalten und den Ablauf des ärztlichen Gesprächs beeinflussen.

Die Art und Darstellung der Zeichen, aber auch die Interpretation dargebotener Zeichen unterliegen neben der individuellen Persönlichkeitsstruktur auch kulturellen, religiösen, ethischen, sprachlichen und vielen anderen Einflüssen auf Seiten des Erkrankten wie auch auf Seiten des Empfängers dieser Botschaften. Für die Kommunikation ist das Erkennen und Verstehen der individuellen Wirklichkeit (der des Patienten und auch der eigenen) von großer Bedeutung. Bei Watzlawick finden sich hierfür eine Fülle von Beispielen (Watzlawick 2003). Der Zahnarzt sollte beachten, dass Probleme bei der Kommunikation nicht nur bei Patienten aus offensichtlich anderen Kulturkreisen (Touristen, beruflich in Deutschland tätigen Ausländern oder Migranten und auch deren in Deutschland geborenen Kinder, die noch fest im ethnischen oder Familienverband sind) bestehen können, sondern auch bei Patienten mit zum Behandler unterschiedlichen Weltanschauungen, Religionen oder Theorien zur Krankheit (Hoefert, 2008). Auch zwischen den deutschsprachigen Regionen gibt es z.B. Unterschiede in sprachlichen Begriffen, die zu Missverständnissen führen können. Es übersteigt die Möglichkeiten dieses Buches, darauf dediziert einzugehen. Im Sinne des biopsychosozialen Modells ist die Kultur des Einzelnen beeinflusst von der ihn umgebenden Kultur. Es ist das Erkennen unterschiedlicher individueller Wirklichkeiten eine der Voraussetzungen für gegenseitiges Verstehen, aber es kann auch eine Barriere sein und zu einem Missverstehen führen, wenn die Existenz dieser vielfältigen und vielgestaltigen Einflussfaktoren nicht bekannt ist. Besonders deutlich wird dies beim Schmerz (Engel u Hoffmann 2003).

Dieser Wechselprozess der Aussendung von Zeichen, deren Wahrnehmung und Deutung, der Einordnung und der daraus folgenden Reaktion wird als **Kommunikation** bezeichnet.

Im Unterschied zur normalen menschlichen (gesellschaftlichen) Kommunikation bedarf die Kommunikation zwischen Patient und Arzt einer professionellen und wissenschaftlich begründeten Struktur. Das ergibt sich zum einem aus dem Zweck und Ziel des ärztlichen Gesprächs, nämlich unter Berücksichtigung der verbalen und nonverbalen Zeichen zu einer Diagnose und der daraus abgeleiteten Beratung und Therapieplanung zu gelangen, und zum anderen aus der Notwendigkeit, dieses Ziel in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erreichen.

Es besteht kein Zweifel, dass eine **Diagnose** nur durch eine umfassende Befunderhebung möglich ist. Hier wird es zwingend, das Ziel genauer zu definieren, d.h. was versteht der Zahnarzt unter dem Begriff der Diagnose? Die hierfür von ihm als notwendig erachteten Daten werden wesentlich bestimmt durch sein grundlegendes Medizin- und Krankheitsverständnis, denn dieses legt fest, was er gezielt erfassen will und wohin er dafür die Kommunikation professionell steuert. In der Regel geht der Zahnarzt bei seinen Fragen nach einem Schema vor, das seine während des Studiums gebildete Wirklichkeit von Gesundheit und Krankheit abbildet. Diese ist normalerweise aufgespalten in anatomische, pathophysiologische, biochemische Bereiche, die man auch als „little boxes“ bezeichnen kann. Er legt dem Kranken zum jeweiligen Teilbereich die Fragen so vor, dass dieser sie mit ja oder nein beantworten kann, oder er gibt in den Fragen mehrere Alternativen vor, von denen der Patient auswählen kann (Beispiel: „Haben Sie Schmerzen?“ oder „Sind die Schmerzen kurzdauernd oder anhaltend?“). Diese Formen von Fragen werden als **geschlossene Fragen** bezeichnet. Die Kommunikation über **offene Fragen** übergibt dagegen dem Befragten die Führung, schränkt die Antwortmöglichkeit nicht auf angebotene Formulierungen ein, sondern bildet eine Aufforderung an ihn, seine eigenen Gedanken zur Frage ausführlich darzulegen (Beispiel: „Wie fühlen Sie sich?“ oder „Welcher Art sind die Schmerzen?“). Damit wird es möglich, die individuelle Wirklichkeit des Patienten zu erfassen. Es werden nicht nur objektive,

sondern auch subjektive Daten für die Diagnose erfasst. Diese Kommunikationsform bildet sich aus einem anderen Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Der Behandler wird sein Bild der Medizin auch seinen Mitarbeitern vermitteln, was zur Folge hat, dass deren Verhalten dadurch geprägt wird.

3.1.3 Gesprächsführung und Zahnarzt-Patient-Beziehung

Das Konzept der Gesprächsführung wird durch das Medizinverständnis des Zahnarztes und den Zweck des Gespräches bestimmt. Dies alles prägt die Zahnarzt-Patient-Beziehung.

Ist das Medizinverständnis ein rein somatisches (biomedizinisches), so wird der Behandler vermitteln, dass er als Fachautorität für eine Diagnose präzise somatische Angaben zur Symptomatik benötigt, und diese durch geschlossene Fragen zu erfahren suchen. Der Zahnarzt versucht die Fragen eng auf das jeweilige Thema zu begrenzen, um durch „Abschweifungen“ des Patienten nicht die von ihm vorgegebene Struktur zu „gefährden“. Der Behandler bestimmt den Verlauf des Gespräches. Es entsteht eine **autoritäre Zahnarzt-Patient-Beziehung**.

Ist das Medizinverständnis ein biopsychosoziales, so wird er versuchen, die **individuelle Wirklichkeit** des Patienten durch offene Fragen zu ergründen, um mittels dieser Gesprächsführung die Diagnose aus der Gesamtbefindlichkeit des Patienten herzuleiten. Gerade auch die „Abschweifungen“ sind ihm keine „Gefahr“, sondern wichtige Informationen, denn sie geben ihm eine Möglichkeit zum Einblick auch in die psychosozialen Bedingungen der Symptomatik. Der Behandler leitet den Verlauf des Gespräches. Der Patient wird aber bestimmen, in welcher Art und welchem Umfang er sein Leiden und die weiteren Umstände seines Lebens darstellen kann und möchte. Es entsteht eine **nicht-autoritäre Zahnarzt-Patient-Beziehung**, bei der ein mündiger, ernst genommener Patient mit einer ihm empathisch zugewandten Fachperson Informationen austauscht, die zum Vermitteln einer Diagnose und einer individuell begründeten Beratung und Behandlungsplanung führen.

Die Zahnarzt-Patient-Beziehung ist keine allgemein-gesellschaftliche, sondern eine professionelle. Sie kann nur gelingen, wenn sie auf einer wissenschaftlich Grundlage aufbaut. Sonst besteht leicht die Gefahr, dass der Arzt zu den Schwierigkeiten des Patienten beiträgt bzw. ihn zum „schwierigen“ Patienten macht. Auch die Fähigkeit des Zahnarztes zur Selbstbeobachtung in seiner Beziehung zum Patienten ist dabei ein wichtiger Punkt. Das Erkennen der eigenen psychischen Strukturen vermeidet Projektionen auf den Patienten, die mit dessen eigener Wirklichkeit nicht verbunden sind und die er als fremd erleben muss.

Es ist für eine gelungene Kommunikation bei der Anamnese wichtig, dass der Behandler von Anbeginn des Kontaktes zwischen ihm und dem Patienten durch seine Gesprächsführung deutlich erkennbar macht, dass er nicht nur somatische Aspekte einer Krankheit für bedeutsam hält, sondern auch psychische und soziale Faktoren. Er muss sein Medizinkonzept **laienverständlich vermitteln**. Nur so wird der Patient seine individuelle Wirklichkeit in den diagnostischen Prozess einbringen können und sich in seinen subjektiven Daten auch ernst genommen sehen.

Die **sorgfältige somatische Differenzialdiagnose** ist eine Grundvoraussetzung für die Diagnose. So genannte objektive Daten werden aber oft als allein relevant angesehen. Doch schon bei der Schmerzdiagnostik sind wir auf subjektive Daten angewiesen. Schmerz kann nur aus der Wahrnehmung des Patienten beurteilt werden. Die Schmerzschilderung ist abhängig von der psychischen Struktur des Patienten. Ein hysterischer Patient wird die Schmerzen anders wahrnehmen und darstellen als z.B. ein zwangsgestörter Patient oder ein Betroffener, der seine Gefühle nicht zuordnen kann.

Während der Erhebung der Anamnese wendet sich der Zahnarzt Daten zu, die er in Zusammenhang mit anatomischen, pathophysiologischen und biochemischen Vorstellungen bringen möchte. Diesen Rahmen hat er sich durch logisches Denken im Studium erarbeitet. Andererseits muss er sich Daten widmen, die menschliches Verhalten betreffen – z.B. einer gerunzelten Stirn, einem Zittern der Hände, dem Erbleichen, dem Leiserwerden der Stimme –, sowie verbale Äußerungen wahrnehmen, die er nicht nur dem Wortlaut nach aufnehmen darf, sondern nach verdeckten und verborgenen Bedeutungen durchleuchten sollte. Die dafür nötigen Eigenschaften liegen diametral auseinander. Er ist gefordert, einerseits logisch, abstrakt und distanziert zu denken und andererseits mitzufühlen, um sich in die Welt des Patienten hineinversetzen zu können und das Gesagte in Szenen und ganze Bilder zu übersetzen. Diese Integration in einem einzelnen Menschen und während *eines* Arbeitsganges ist eine schwierige Aufgabe, die nie endgültig gelöst ist.

3.1.4 Das Setting für die Anamnese in der zahnärztlichen Praxis

Eine besondere Bedingung in der zahnärztlichen Praxis ist das Setting, das heisst das Umfeld, in dem die Anamnese erhoben wird. Dieses unterscheidet sich wesentlich von der Situation der allgemeinärztlichen oder gar der psychotherapeutischen Praxis. Normalerweise ist dies der zahnärztliche Behandlungsraum. Häufig wird für die Anamnese ein gesonderter Besprechungsraum empfohlen, um eine „neutrale“ Atmosphäre zu gewährleisten. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass ein gesonderter Besprechungsraum nicht unbedingt erforderlich und auch nicht immer praktikabel ist. Eine Ausnahme kann die Anamnese bei extremen Angstpatienten darstellen, bei der der phobische Patient schon das Setting des normalen Behandlungsraumes nicht aushalten kann. Wichtiger ist es, die Voraussetzungen für ein günstiges Setting zu schaffen. Dazu gehört, dass der Patient aufrecht und bequem im Behandlungsstuhl sitzt und sich in gleicher oder nur gering niedrigerer Augenhöhe mit dem Behandler befindet. Das sollte unbedingt auch bei Kindern beachtet werden.–Der Zahnarzt positioniert sich etwa auf Armeslänge so vor dem Patienten, dass dieser ihn ohne Kopfverdrehung ansprechen kann. Auch dürfen Schwebetisch und andere typisch zahnärztliche Geräte und Instrumente, soweit möglich, sich nicht im Blickfeld befinden oder das Gefühl geben, eingengt zu sein. Eine Pflanze, ein Bild an der Wand oder ein Objekt in der geraden Blickrichtung sollen es dem Patienten erleichtern, sich beim nachsinnenden Geradeausblick an nicht-zahnärztlichen Dingen „festzuhalten“ und ihm helfen zu vergessen, dass er in einem zahnärztlichen Behandlungszimmer sitzt. Spürt der Patient, dass der Zahnarzt empathisch bei ihm ist, seine Krankengeschichte im biopsychosozialen Verständnis wirklich hören und nicht nur zahnärztlich-somatisch endlich „handeln“ will, so braucht es – bis auf die erwähnte Ausnahme bei extremen Angstpatienten – keinen separaten Anamneseraum.

Die Schaffung einer günstigen Situation ist wesentlicher Teil einer biopsychosozialen Anamnese auch für die zahnärztliche Praxis und für die sich entwickelnde Zahnarzt-Patient-Beziehung.

Zum Setting gehört auch eine **korrekte Zeitplanung**. Die vom Zahnarzt vorgesehenen Behandlungsschritte müssen für alle seine Tätigkeiten auch in ihrem Zeitrahmen in den Praxisablauf eingeplant werden, damit die Qualität nicht in einem Zeitchaos verloren geht. Sowohl bei konservierenden als auch bei chirurgischen oder prothetischen Behandlungen besteht darüber Konsens. Merkwürdigerweise wird aber die Zeit für Gespräch und Beratung meist nicht präzise geplant und oft zu knapp bemessen, oder der Zahnarzt setzt diese Termine an den Schluss der Sprechstunde, da er „unbegrenzt“ Zeit haben möchte. Man sollte dabei be-

denken, dass die Vorgabe, unbegrenzt Zeit zur Verfügung stellen zu können, unrealistisch ist.

3.1.5 Formen der Anamnese

Es gibt verschiedene Formen der biopsychosozialen Befunderhebung. Die scheinbar einfachste Form ist die Sammlung von Daten durch **Fragebögen**, wie sie von Zahnärzten häufig auch zur Erfassung von Allgemeinerkrankungen bei der Anmeldung genutzt werden. Sie sind aber in der Regel eher als geschlossene Fragen formuliert und engen das Resultat der Erhebung auf den Umfang des Fragebogens ein. Die spontane Reaktion des Patienten auf die gestellte Frage bleibt unberücksichtigt. Der Patient hat in der Regel keine Möglichkeit der individuellen Variation der Antwort. Der Zahnarzt hat wiederum keine Möglichkeit, unmittelbar auf die Äußerung (Wort und Verhalten) des Patienten einzugehen. Aus biopsychosozialer Sicht ist diese Form der Befunderhebung sehr unbefriedigend. Sie wird wohl insbesondere von in der Interviewtechnik unerfahrenen und psychosomatisch kaum ausgebildeten Zahnärzten bevorzugt und ergibt deshalb nur begrenzt verwertbare Ergebnisse. Relevanz gewinnt der Fragebogen auch nur, wenn er durch ein Interview ergänzt wird, weshalb der häufig genannte Grund – die Zeitersparnis – für die Wahl der schriftlichen Befragung zweifelhaft ist. Eine Bedeutung haben Fragebögen jedoch für statistische oder wissenschaftliche Erhebungen.

Im völligen Gegensatz dazu steht das **freie Interview**. Es kann nur vom erfahrenen Psychoanalytiker in der Psychotherapie angewandt werden, da er methodisch eine andere Zielsetzung hat und entsprechend vorgehen wird. Die Gefahr ist gross, dass für die Diagnose relevante Angaben nicht zur Sprache kommen. Hier muss auch berücksichtigt werden, dass dem Zahnarzt in der Regel für die Erhebung der Anamnese nur eine sehr begrenzte Zeit zur Verfügung steht.

Eine Lösung für diese Schwierigkeiten bietet das **semistrukturierte Interview**, in das die Erhebung der somatischen Daten integriert ist, wie es im Folgenden dargestellt wird. Dieser Anamneseform liegt ein genaues Konzept zugrunde. Das heißt aber nicht, dass die Krankengeschichte nach einem fest abgefassten Schema abgehandelt wird, sozusagen ein Fragebogen mündlich vorgelegt wird. Vielmehr wird der Patient durch offene Fragen angeregt, seine Gedanken zu diesen Fragen ausführlich darzustellen, spontan zu berichten und so ein Bild seiner individuellen Wirklichkeit zu geben. Der Behandler folgt den Assoziationen des Patienten und strukturiert das Gespräch, wenn er mehr Angaben zum gerade vom Patienten angeschnittenen Thema benötigt oder wenn er eine Assoziation des Patienten nutzt, um auf ein anderes für die Anamnese bedeutsame Thema überzugehen. So wird er **nicht linear-progredient** vorgehen, sondern **zirkulär**. Im Laufe der Untersuchung werden so alle relevanten Daten erfasst. Erst am Ende der Untersuchung ordnet der Zahnarzt die erhobenen Daten zur Krankengeschichte. Hierfür ist ein Formblatt (s. Demmel 2003: http://www.demmel-berlin.de/pub_formulare.php) sehr hilfreich, das sich auch als eine Lösung für das Problem des Mitschreibens während des Interviews anbietet. Das Schreiben während des Gesprächs stört die Aufmerksamkeit und die Fähigkeit zur Empathie. Der Patient fühlt sich besser, wenn sich der Interviewer ganz auf ihn einstellt. Folgt der Interviewer den Assoziationen des Patienten mit Empathie, so wird er mit zunehmender Erfahrung immer weniger Mühe haben, die wichtigsten Punkte in seiner Erinnerung aufleben zu lassen, und sie dann schriftlich festhalten können. Ist der Zahnarzt weniger geübt, wird er ohne Notizen nicht auskommen. Er kann markante Daten in Stichworten leicht im Formblatt festhalten. Durch die Struktur des Formblattes ordnen sich die Notizen von selbst zur übersichtlichen

Krankengeschichte und ersparen ihm, ungeordnete Notizen zeitaufwendig in eine schematische Krankengeschichte umzuschreiben. Es zeigen sich auch schnell die Bereiche, die im bisherigen Verlauf des Interviews noch ausgelassen wurden und die gegebenenfalls noch besprochen werden müssen. Auf jeden Fall ist darauf zu achten, während den Interviewphasen, in denen der Kranke von Affekten erfüllt ist und beispielsweise voll Scham oder Trauer Ereignisse schildert, die ihn aufwühlen, sich nicht vom Patienten ab- und den Notizen zuzuwenden. Wenn notiert werden muss, so ist es günstig, den Patienten zu bitten, an bestimmten Punkten einzuhalten, damit der Behandler sich Notizen machen kann, um das Blatt dann wieder wegzulegen, sich voll auf den Patienten zu konzentrieren und ihn zu ersuchen fortzufahren.

3.1.6 Die biopsychosoziale Anamnese

Für die biopsychosoziale Anamneseerhebung haben Adler und Hemmeler (Adler u. Hemmeler 1992) ein Konzept entworfen, das auf den Arbeiten von Engel (Morgan u. Engel 1977) basiert. Dieses Konzept hat sich auch in der zahnärztlichen Praxis bewährt. Es ermöglicht dem Untersucher, alle notwendigen Informationen im Laufe des Gesprächs zu sammeln und abschließend zur Krankengeschichte zu ordnen. Das Interview gliedert sich in **zehn Abschnitte**, wobei die Reihenfolge nur durch die Interaktion zwischen Arzt und Patient bestimmt wird und häufig in Teilschritten erfolgt. Die Liste der Abschnitte dient der Erinnerung des Untersuchers, um im Sinne zu behalten, welche Daten noch nicht gesammelt worden sind.

Nicht jeder Patient einer zahnärztlichen Praxis wird mit einer derart umfangreichen Anamnese untersucht werden müssen. Da sich aber auch hinter banal erscheinenden Leiden oft mehr verbirgt, sollte der Untersucher keine vorschnellen Urteile fällen. Zumindest die Schritte 1 bis 4 und eine orientierende biografische Anamnese sind in jedem Falle zur ersten differenzialdiagnostischen Abklärung notwendig. Bei manchen Patienten wird dem Zahnarzt schon nach kurzer Anamnese klar, dass die diagnostische Abklärung und Behandlung den Rahmen einer Zahnarztpraxis oder den seiner Ausbildung überschreitet. Hier wird er sich auf die Schritte und den Umfang der Untersuchung beschränken, die ihm zur begründeten Überweisung ausreichen und dem Patienten eine Compliance ermöglichen.

Es muss dringend davor gewarnt werden, mit dem Patienten Themenkreise anzusprechen, für die der Untersucher aus- und weiterbildungsmäßig nicht befähigt ist. Für den Patienten ist es leichter einzusehen, dass die Kompetenz des Zahnarztes Grenzen hat und deshalb eine Überweisung zu anderen Spezialisten ratsam ist, als enttäuscht wahrzunehmen, dass die Öffnung im Gespräch sinnlos war, da der Zahnarzt mehr versprochen hat, als er halten konnte.

Auch zu frühe psychologische Deutungen, die der Patienten noch nicht nachvollziehen kann, sind zu vermeiden. Sie würden seine Abwehr nur verstärken und nachfolgende Gespräche erschweren.

Die Erstuntersuchung sollte nur von einer Person durchgeführt werden. Sollten diagnostische Untersuchungen durch andere Spezialisten – ob psychologischer oder somatischer Art notwendig werden, sollte der Patient die Notwendigkeit auch einsehen können. Wichtig ist auch, den Patienten die vertrauliche und fachgerechte Zusammenarbeit der verschiedenen Fachpersonen, die sich mit ihm befassen, erkennen zu lassen.

Schritt 1: Vorstellen und Begrüßen

In der Zahnarztpraxis weiß der Patient in der Regel, wer ihm gegenübersteht. Doch auch hier ist es ein Gebot der Höflichkeit, beim ersten Kontakt den Patienten durch eine persönliche

Vorstellung erkennen zu lassen, dass er auch wirklich die Person vor sich hat, von der er untersucht werden wollte. Es muss dem Patienten z.B. auch deutlich werden, ob er gerade mit einer Zahnarzthelferin spricht oder mit einer Zahnärztin. In Kliniken oder Praxen mit mehreren Zahnärzten ist dieser Schritt aber unerlässlich, um eine persönliche, vertrauensvolle Atmosphäre herstellen zu können. So banal oder nebensächlich dieser erste Punkt erscheinen mag, so wichtig ist er. Der Patient wird doch aufgefordert, auch sehr persönliche Dinge mitzuteilen. Da muss er Gewissheit haben, mit wem er spricht.

Schritt 2: Gestalten einer günstigen Situation

Ein Patient, der schlecht sitzt, der nicht weiß, wie viel Zeit der Zahnarzt für ihn hat, der durch Geräusche oder das Kommen und Gehen von anderen Mitarbeitern der Praxis gestört ist, der im Unklaren ist, was überhaupt mit ihm passieren soll, ist wohl kaum der beste Gesprächspartner für eine biopsychosoziale Anamnese. Die Situation, in der die Anamneseerhebung erfolgt, soll für den Patienten so bequem wie möglich sein. Da wir auch aus dem Verhalten des Patienten diagnostische Schlüsse ziehen, wäre es irreführend, dies durch eine ungünstige Situation zu beeinflussen. Die Bedeutung des Settings ist schon weiter oben beschrieben worden.

Der Arzt sollte an dieser Stelle auch mitteilen, wie viel Zeit er für das erste Gespräch eingeplant hat, und diesen Zeitrahmen auch einhalten. Steht nur wenig Zeit zur Verfügung, so ist es besser, nur eine beschränkte Zahl von Interview-Schritten durchzuführen, als innerlich immer angespannter zu werden und eine Anamneseerhebung in eine Zeitspanne hineinzupressen, in der ein gutes Interview realistisch gar nicht stattfinden kann.

Der zweite Schritt verlangt, dass sich der Arzt in den Patienten einzufühlen beginnt und mitempfindet, was den Patienten stören oder ihm helfen könnte. Spürt der Patient die Empathie des Interviewers, wird er ermutigt, seine Geschichte freier und spontaner zu schildern.

Schritt 3: Landkarte der Beschwerden

Dieser Schritt soll einen Überblick über die biopsychosoziale Situation des Patienten schaffen. Er wird eingeleitet mit der offenen Frage „wie fühlen Sie sich?“. Sie ermöglicht dem Patienten, selbst zu bestimmen, ob er zuerst von seiner körperlichen oder seiner psychischen Verfassung sprechen möchte. Er wird angeregt, aktiv zu sein. Der Patient soll merken, dass der Untersucher sich nicht nur für seine körperlichen Symptome interessiert.

Bei der Anmeldung zur Behandlung und beim Erstgespräch mit dem Zahnarzt teilt der Patient in der Regel Behandlungswünsche mit. Sind diese konkordant? Nicht selten meldet sich der Patient zu einer allgemeinen Kontrolluntersuchung an, um dann doch beim Termin zuerst ein spezielles Problem zu nennen. Es ist deshalb wichtig, den Anmeldewunsch und auch die Erstbemerkung gegenüber der Zahnarzthelferin zu dokumentieren. Differenzen könnten auf ein persönliches Problem hinweisen und sollten angesprochen werden. Für die Entwicklung einer günstigen Zahnarzt-Patient-Beziehung ist es jedoch nicht günstig, das Anamnesegespräch damit zu beginnen. Die Nachfrage sollte ohne Vorwurf wertneutral erfolgen. Zum Beispiel: „Ich habe unterschiedliche Mitteilungen zu Ihrem Behandlungswunsch vermittelt bekommen (Nennen der verschiedenen Mitteilungen).“ Hierauf folgt eine kurze, aber deutliche rhetorische Pause, die dem Patienten offen lässt, wie er das Gespräch fortsetzen möchte. Schweigt der Patient, so hilft die Frage „welcher erscheint Ihnen am wichtigsten?“ den Faden wieder aufzunehmen.

Die offene Anfangsfrage überlässt es dem Patienten, ob er nur von seinen zahnmedizinischen Symptomen spricht oder seine persönliche Situation schildert. Grenzt der Patient seine Schilderung völlig auf somatische Befunde ein, wird die **Wortwahl**, der **Mimik** und der

Körperhaltung erste Signale für den Zahnarzt ergeben, ob hier wirklich eine somatisch begründete Krankheit vorliegt oder wesentliche psychosoziale Faktoren zu ermitteln sind. Die genaue Deutung der Körpersprache erfordert zwar ein spezielles Wissen der universellen und der kulturspezifischen Ausdrucksformen (Ekman 1988), doch wird der allgemeine Ausdruck der emotionalen Befindlichkeit im Gesicht schon von drei Tage alten Säuglingen erkannt. Auch dem Erwachsenen sind diese körpersprachlichen Zeichen zugänglich. Das gilt nicht nur für den Gesichtsausdruck, sondern beispielsweise auch für die Haltung der Hände und Füße. Beim Gespräch mit dem Patienten soll der Zahnarzt also die gesamte Person im Auge behalten.

Mithilfe dieses ersten ärztlichen Interviews wird eine Skizze der Beschwerden, der Stimmung, des Verhaltens, des Darstellungsstils, der Einordnung der sozialen Situation, aber auch der eigenen Gefühle des Untersuchers bei der Begegnung mit diesem Kranken erstellt. Dabei geht es um eine grobe Gesamtübersicht (Landkarte) und nicht um Einzelheiten. Mit Fragen wie „erzählen Sie mir bitte mehr darüber“, „haben Sie sonst noch etwas verspürt“ regt der Interviewer den Patienten an, eine Landkarte seiner Beschwerden zu entwerfen. Der Interviewer achtet dabei auf das **Verhalten** des Patienten und seinen **Stil**, die Anamnese wiederzugeben. Er bemerkt, ob die Angaben geordnet und sinnvoll sind, ob der Patient vor lauter Einzelheiten die Übersicht verliert, ob er den Arzt mit Angaben überflutet und es ihm unmöglich macht, Fragen zu stellen und damit eventuell Wesentliches hinter Vordergründigem zu verbergen versucht. Beachtenswert ist weiterhin, ob der Patient abstrakt und „intelligenzlerisch“ unter Auslassen des Gefühlhaften vorgeht, immer wieder das Gleiche erwähnt und lange Pausen einlegt, aus denen der Interviewer ihn wiederholt herausholen muss. Bedeutsam für den Interviewer ist zu wissen, dass die Mitteilung wichtiger psychischer Elemente nicht unbedingt chronologisch erfolgt, sondern dass die Reihenfolge oft umgekehrt zu ihrer Bedeutung ist. Deshalb lohnt es sich, den Patienten zu ermuntern, die Landkarte seiner Beschwerden ausgiebig darzustellen, bevor der Arzt auf das aktuelle Leiden übergeht.

Schritt 4: Das aktuelle Leiden

Der Zahnarzt wird nicht alle Symptome, die im Verlauf des bisherigen Gespräches erwähnt wurden, eingehend erfassen können. Er wird sich auf die orofazialen Erkrankungen konzentrieren, aber überblickmäßig auch die anderen Erkrankungen erfassen müssen, damit Zusammenhänge erkennbar werden. Handelt es sich um ein Symptom, das in der Schilderung des Patienten immer wieder vorkommt, so bewährt es sich, das letzte dem jetzigen Arztbesuch vorangegangene, sowie das erste und das für den Patienten bedeutsamste Auftreten des Symptoms nach den **sieben Dimensionen** zu erfassen:

1. zeitliches Auftreten, Beginn
2. Qualität
3. Intensität
4. Lokalisation und Ausstrahlung
5. Begleitzeichen
6. intensivierende und lindernde Faktoren
7. Umstände

Berichtet der Patient von auffällig vielen verschiedenartigen Symptomen, so konzentriert sich der Interviewer auf diejenigen, die für das Krankheitsgeschehen am wichtigsten erscheinen.

Das **zeitliche Auftreten der Symptomatik** betrifft sowohl den Zeitpunkt des Symptombeginns als auch Dauer, Reihenfolge verschiedener Symptome, Periodizität und freie Intervalle.

Bei der Frage nach der **Symptomqualität** ist es entscheidend, dass dem Patienten die eigene Wortwahl überlassen bleibt. Der Patient kann unfähig sein, die entsprechenden Adjektive zu finden, sei es, weil er nicht über den nötigen Wortschatz verfügt, sei es, weil er unfähig ist, sich und eigene Empfindungen genügend präzise zu erfassen. Eine Hilfestellung seitens des Untersuchers darf **nicht suggestiv** sein. Dies verfälscht das Untersuchungsergebnis. Eher sollte der Patient ermutigt werden, auch ungewöhnliche Begriffe seines eigenen Wortschatzes zu verwenden. Die Aussage dieser Begriffe ist erheblich, doch müssen sie manchmal hinterfragt werden, damit der Untersucher nicht nur seine eigenen Assoziationen als Grundlage zur Diagnostik benutzt. Genauso ist nachzufragen, wenn der Patient z.B. medizinische Fachausdrücke verwendet. Diese entsprechen sicher nicht seinem Empfinden, sondern sind oft nur das Ergebnis einer Vorerfahrung mit anderen Ärzten oder der Kenntnis populärwissenschaftlicher Medien. Der Interviewer darf sich nicht mit „Jargon“ zufrieden geben und beispielsweise den Begriff „Neuralgie“ einfach akzeptieren, denn verschiedene Patienten können unter dem Fachwort ganz Unterschiedliches verstehen, oder es kann sich herausstellen, dass der Patient nur vage oder keine eigenen Erlebnisse mit dem Wort „Neuralgie“ verbindet. Auf dramatische und farbige sowie unerwartete Begriffe muss geachtet werden. Schmerzen, die weniger mit sensorischen Adjektiven wie „spitz“, „brennend“, usw., sondern mehr mit affektiven Adjektiven wie „lähmend“, „Ohnmacht erregend“ oder mit evaluativen Begriffen wie „entsetzlich“, „mörderisch“, „unerträglich“ beschrieben werden, sind auf Psychogenie verdächtig; ebenso auffällige Sprachbilder wie z.B. „es war ein permanenter Durchdringungsschmerz“.

Die Fragen nach der **Intensität der Beschwerden** sind entsprechend denen nach der Qualität zu stellen. Hier kommt es auch auf die Stärke und das Ausmass von Funktionseinbussen an. Ein Patient, der durch starke Funktionseinbussen verängstigt ist, soll gefragt werden, was er noch zu vollbringen vermag. Die Schilderung intensivster Schmerzen mit ruhigem, vielleicht sogar lächelndem Ausdruck ist zumindest merkwürdig und soll auch an ein Konversionssymptom denken lassen. Die Fragen dürfen sich nicht auf Verluste an Aktivitäten versteifen. Besondere Beachtung ist bei diesem Teil der Anamnese dem Verhalten des Patienten während der Schilderung der Beschwerdeintensität zu schenken.

Lokalisation und Ausstrahlung der Beschwerden sind wichtige Kriterien für die Differenzialdiagnostik. Hierbei ist die Erfassung der Präzision oder der Vagheit wichtig, mit der ein Patient seine Beschwerden beschreibt. Entsprechen die Schilderungen anatomischen und physiologischen Gegebenheiten, so ist eine somatische Genese mit eventuell psychogener Beteiligung am Krankheitsbild wahrscheinlich. Symptome, die sich nicht an solche Bau- und Funktionspläne halten, sprechen für eine Psychogenie oder ein Überwiegen von psychogenen Ursachen der Beschwerden. Hypersensitive, sich stark selbst beobachtende Menschen verspüren beim Vorliegen organisch bedingter Krankheiten hier und da Beschwerden an ungewöhnlichen Körperstellen, die als Missempfindungen von ihnen als Krankheitssymptom gedeutet werden.

Der nächste Abschnitt, die Abklärung der **Begleitzeichen**, ist mit der Frage „spüren Sie gleichzeitig noch andere Beschwerden?“ einzuleiten. Auch hier ist es wichtig, nur mit offenen Fragen vorzugehen. Die Beurteilung der Antworten kann manchmal die Kompetenz des Zahnarztes überschreiten. Sie ist dennoch immer zu stellen. Wenn Zweifel an der diagnostischen Einordnung bestehen, sind diese Angaben des Patienten im Überweisungsbericht an einen mitbehandelnden Facharzt besonders zu vermerken. Der Patient soll erkennen können, dass der Zahnarzt alle seine Angaben für wichtig aufnimmt, auch wenn er sie aus begrenzter Fachkenntnis jetzt noch nicht bewerten kann. Oft neigen Patienten, die durch eine

biopsychosoziale Anamnese mit ihrem Leiden endlich umfassend zu Worte kommen und einen empathisch fragenden und zuhörenden Zahnarzt vor sich sehen, zu einer phantasieren Überhöhung der Kompetenz ihres Behandlers. Dies sollte vernünftigerweise durch selbstkritisches Verhalten des Zahnarztes rechtzeitig verhindert werden. So kann man z.B. sagen: „Meine Fachkenntnisse reichen leider für die genaue Beurteilung dieser Frage nicht aus. Ich möchte Ihnen deshalb raten, sich an einen Facharzt / eine Fachklinik zu wenden. Ich gebe Ihnen einen Arztbrief mit.“ Patienten können das meist besser akzeptieren als das plötzliche Erkennen, dass der lange Bericht ihres Leidens sinnlos war, da sie wiederum nicht verstanden worden sind. Diese „Ent-Täuschung“ wünschen wir keinem Patienten. Es wäre auch für das Ansehen des Behandlers und seiner Praxis wenig förderlich.

Intensivierende oder lindernde Faktoren können wichtige Hinweise zur Differenzierung zwischen somatischer oder psychischer Genese einer Erkrankung geben. Bedeutsam ist die sorgfältige und präzise Erhebung aller Situationen, in denen das Symptom beeinflusst wird, wie z.B. die Veränderung oder das Gleichbleiben eines Symptoms nach einer bestimmten Zeit nach Medikamenteneinnahme, durch Temperatureinflüsse, tageszeitliche Veränderungen der Symptomatik sowie z.B. die Auswirkung der Prothesenkarenz bei Zahnersatzunverträglichkeit oder die vom Patienten spontan gefundenen Möglichkeiten, ein Symptom zu beeinflussen. Auch die Abhängigkeit von der Motorik (d.h. verändern bestimmte Haltungen, Positionen oder Bewegungen die Symptome) hilft beim Erkennen somatisch bedingter Symptome. Intrapsychisch bedingte Symptome folgen in ihrer Ausgestaltung Phantasien und Ideen, nicht aber anatomischen und physiologischen Gegebenheiten.

Die Frage nach den **Umständen**, unter denen die Beschwerden auftreten, lassen insbesondere soziale Bedingungen der Erkrankung erkennen.

Die Anamnese des jetzigen Leidens ermöglicht in vielen Fällen bereits eine **vorläufige Diagnose** (s. Tab. 3-1) und die Entscheidung, ob somatische Ursachen für die Erkrankung bestimmend und damit primär zu behandeln sind. Das veranlasst auch Umfang und weiteren Verlauf der Anamnese. Voraussetzung ist ein Interview mit offenen Fragen. Selbst das notwendige Präzisieren von Daten sollte nicht dazu verführen, suggestiv „geschlossen“ zu fragen.

Der Zahnarzt muss aus der Gesprächssituation heraus entscheiden, ob es sinnvoll ist, nun die anamnestischen Befunde durch eine **körperliche Untersuchung** zu ergänzen. Aus eigener Erfahrung unterbricht eine solche Untersuchung aber die Gesprächssituation zu sehr. Es erscheint meist besser, die körperliche Untersuchung an den Schluss der Anamnese zu verlegen oder sie bei sehr umfangreicher Anamnese aus zeitlichen Gründen in einer nachfolgenden Sitzung durchzuführen. Es ist bemerkenswert, dass keiner unserer Patienten es als befremdlich empfindet, das empathische Gespräch fortzusetzen und nicht durch eine körperliche Untersuchung nach jeder Symptomschilderung zu unterbrechen. Dies hat auch den Vorteil, dass dem Untersucher beim Studium der bisherigen Aufzeichnung zur Anamnese klar werden kann, was, wie und in welchem Umfang er körperlich untersuchen muss.

Die nächsten Schritte der Anamnese werden notwendig, wenn aus bisherigen Gespräch und Untersuchungen keine Sicherheit gewonnen werden konnte, dass die Erkrankung somatisch bestimmt ist und keine Auffälligkeiten bei der Krankheitsverarbeitung bestehen. Die Anamnese erfolgt weiterhin zirkulär entsprechend den Assoziationen des Patienten und der darauf eingehenden Gesprächsführung des Behandlers und findet eher nicht in numerischer Reihenfolge statt. Für den Zahnarzt erscheint es hilfreich, sich des oben bereits erwähnten Formblattes zu bedienen, um seine Notizen ordnen zu können, den Überblick zu behalten

und mit akzeptablem Zeitaufwand eine Krankengeschichte zu erstellen, die Krankheit, Patient und seine Umgebung in einem Sinnzusammenhang erkennen lassen.

Tab. 3-1: Erkennen somatischer und psychischer Merkmale für eine erste differenzielle Verdachtsdiagnose psychosomatischer Erkrankungen (nach: Adler et al. 1997)

Merkmal	Zuordnung: organisch	Zuordnung: nicht-organisch
Lokalisation der Beschwerden	eindeutig umschrieben	vage wechselnd
Affekte des Patienten	passen nach allgemeiner Erfahrung zu den geschilderten Beschwerden	inadäquat nicht primär einzuordnen
Zeitdimension	eindeutige Phasen von Präsenz und Fehlen oder Minderung der Symptome	dauernd vorhanden etwa gleich intensiv
Abhängigkeit von Willkürmotorik Aktionen zur Beeinflussung der Beschwerden	vorhanden	fehlen
Reaktion auf Medikamente	pharmakokinetisch plausibel	pharmakokinetisch nicht verständlich (cave: Placeboeffekte)
Krankheit und soziale Beziehungen	kein direkter Zusammenhang	erkennbarer Zusammenhang „Krankheitsgewinn“
Schilderung der Symptomatik und der Beschwerden	Bild passt zu bekannten, somatischen Krankheitsbildern	Bild passt nicht z.B. inadäquat, dramatisch; unwahrscheinlich
Ursachenbetonung	mögliche psychische und soziale Ursachen werden einbezogen	ausschließlich organische Ursachenbetonung
sprachlicher Ausdruck	verständlich klar nüchtern	phantastisch „intelligenzlerisch“ Fachjargon
Affekte (Gegenübertragung) des Zahnarztes beim Zuhören	ruhig aufmerksam einfühlend	Hilflosigkeit; Langeweile; Ärger; Wut; Ungeduld; andere negative Affekte

Schritt 5: Persönliche Anamnese

Mit der Frage „wie fühlten Sie sich früher?“ leitet der Interviewer den fünften Schritt ein. Die Art früherer Leiden, ihre Schilderung, die Reaktion der Mitmenschen auf den Patienten mit der damaligen Störung werden festgehalten. Beispielsweise wird erfasst,

- ob eine geläufige Krankheit wirklich die charakteristischen Merkmale aufwies oder ob eher der Name des Leidens angeführt wird als dessen Merkmale,
- wie lange die Erholungsphase dauerte,
- wann nach einer Operation Beschwerdefreiheit eintrat,
- ob es Lebensperioden mit gehäuften Krankheiten und mehrjährige freie Intervalle gab.

Die Erfassung früherer Krankheiten lässt verstehen,

- ob sie mit dem jetzigen Leiden in Zusammenhang stehen,
- ob bestimmte Lebenssituationen für den Patienten besonders belastend sind,

- ob er dazu neigt, auf ganz persönliche Weise zu reagieren, z.B. im Bereich bestimmter Organsysteme oder mit bestimmten psychischen Reaktionsweisen,
- wie er mit einer Krankheit umgeht und sich erholt.

Manchmal wird bei diesem Teil der Anamnese auch deutlich, dass der Patient nicht unter einer Vielzahl verschiedener Krankheiten leidet, sondern dass es sich eher um den unterschiedlichen somatischen Ausdruck *einer* Erkrankung handelt.

Schritt 6: Familienanamnese

Werden im Interviewablauf Angehörige oder wichtige Verwandte erwähnt, soll deren Befinden erfragt werden. Ihre Krankheiten sollen nicht nur der Beschreibung nach genau erfasst werden, sondern es soll auch beobachtet werden,

- wie der Patient darüber erzählt,
- ob bestimmte Verhaltensweisen im Kranksein für die Familie charakteristisch sind (wie z.B. dauerndes Kränkeln),
- ob Krankheitsbilder vorkommen, die der Patient modellhaft übernimmt (Konversion),
- ob er auf Krankheiten oder den Tod bedeutsamer Mitmenschen noch jetzt z.B. mit Trauer reagiert oder Befürchtungen hegt, eine identische Störung zu haben und das gleiche Schicksal wie diese erleiden zu müssen.

Schritt 7: Psychische Entwicklung

Die psychogene Mitbeteiligung an der Entstehung einer Krankheit ist nur aus der psychischen Entwicklung und der Ausbildung des Selbst heraus zu verstehen. Es ist auch äußerst wichtig, die Abwehrmechanismen (vgl. König 1997) zu erkennen und diagnostisch für die psychische Entwicklung zu berücksichtigen.

Hinweise aus dem Interview auf die persönliche psychische Entwicklung werden genutzt, um über ihren Verlauf Genaueres zu erfahren und so das Bild zu vervollständigen:

- wie hat sich die Schulzeit ausgewirkt?
- hat der Patient sich in der Adoleszenz von den Eltern lösen und eine eigene Identität finden können?
- wie ist die Berufswahl gelungen?
- sind in der Ausbildung z.B. zu Examenzeiten erste Symptome aufgetreten?
- hat sich der Patient einen Ehepartner gewählt, von dem er überaus abhängig geworden ist?
- hat er in seiner Karriere Rückschläge erlitten; wie hat er sie ertragen?

Daraus ergeben sich Hinweise auf psychische Stärken und Verletzlichkeiten, die Art der Stressbewältigung, die Beziehung zu Mitmenschen und die Fähigkeit, Verluste zu ertragen, zu trauern.

Schritt 8: Soziale Gegebenheiten

Die Lebensumstände sind von entscheidender Bedeutung für Krankheit, Therapieentscheidung, Heilungsverlauf und Prognose. Oft sind diese Beziehungen in der kurzen Zeit, die für ein Erstgespräch zur Verfügung steht, schwierig darzustellen. Doch sollte nicht versäumt werden, über die sozialen Umstände einen Überblick zu gewinnen:

- wie ist die berufliche und finanzielle Situation des Patienten gesichert?
- wie gestaltet er seine Freizeit?
- bestehen dort wichtige menschliche Beziehungen?
- wie wohnt der Patient?

Bei Alten oder Behinderten ist auch wichtig zu erfahren, wie und von wem sie versorgt werden. Werden soziale Umstände spärlich oder nicht erwähnt, sollte sich der Interviewer hellhörig fragen, warum der Patient so isoliert erscheint oder ist.

Die drei letztgenannten Schritte der Anamnese (5–8) sollen dem Interviewer ein **Gesamtbild des Patienten** wiedergeben und ihm einen Überblick über die Symptome ermöglichen, die der Patient in seinem für ihn charakteristischen Kontext zeigt. Die Fakten sollten so deutlich fassbar sein, dass das weitere Vorgehen daraus abgeleitet werden kann.

An dieser Stelle muss die Frage diskutiert werden, wie viel Freiheit sich der Interviewer im Abweichen vom „Schema“ erlauben soll und kann. Der Anfänger tut unserer Erfahrung nach gut daran, sich in jedem Fall genau an die einzelnen Schritte zu halten. Das Wort „genau“ bedarf hier einer Erläuterung. Es bezieht sich auf das Einhalten der Technik des Fragenstellens und auf die Schrittabfolge, vor allem aber auf die sieben Dimensionen eines Symptoms. Erfahrungsgemäß ist der Lernende durch das Gespräch, die ihm abverlangte Konzentration, die eigene Unsicherheit und die noch lückenhaften Kenntnisse in somatischer und psychosozialer Medizin so gefangen genommen, dass er Wesentliches vergisst, um dann am Ende feststellen zu müssen, dass er für die Diagnose entscheidende Kriterien zu wenig oder gar nicht erfragt hat. Das bereits erwähnte **Formblatt** hat sich zur Begrenzung dieses Fehlers sehr bewährt. Dennoch kann diese Erfahrung keinem erspart werden. Sie führt wiederum oft allzu schnell zu einer Rückkehr zu geschlossenen Fragen nach einem System, das die Anamnese in Familienanamnese, persönliche Anamnese, jetziges Leiden, Sozialanamnese trennt und damit in eine zumindest für den Interviewer „sichere“ Reihenfolge gliedert. Dies führt zum Verpassen der „individuellen Wirklichkeit“ und lediglich zu einem pseudo-ganzheitlichen Erfassen des Patienten.

Der Erfahrene kann sich Abweichungen besser gestatten, vor allem auch, weil er in der Regel therapeutisch zu handeln vermag, z.B. wenn ein spezielles Thema quasi fokussiert und vom rein Diagnostischen ein Schritt ins Therapeutische gemacht wird.

Schritt 9: Systemanamnese

Zum Abschluss der Untersuchung werden noch notwendige Daten (z.B. zu Versicherung und anderen Kostenträgern; Namen und Adressen der z.Zt. behandelnden Ärzte und anderer Therapeuten) und Befunde (z.B. Allergien) erhoben, die in den bisherigen Schritten nicht oder unzureichend erwähnt wurden und deren Vervollständigung den Gesprächsablauf unnötig gestört hätten. Es ist aber wichtig, auch in diesem Abschnitt den bisherigen Stil der Anamneseerhebung beizubehalten und nicht unter Zeitnot zu geschlossenen Fragen überzugehen. Als Beispiel: „Wie sind Sie derzeit versichert?“, „Bei welchen Ärzten sind Sie in letzter Zeit untersucht und behandelt worden?“, „Welche Allergien oder Überempfindlichkeiten sind Ihnen bekannt und wie sind diese festgestellt worden?“ Das leitet über zum letzten Schritt der Anamnese, zu Fragen und Plänen.

Schritt 10: Fragen und Pläne

Es ist notwendig, dem Patienten durch die Frage „haben Sie noch Fragen an mich?“ oder „haben wir noch etwas vergessen?“ die Möglichkeit zu geben, die Anamnese aus seiner Sicht zu vervollständigen. Dieser Schritt muss **immer am Schluss einer jeden Sitzung** stehen, auch wenn die Untersuchung mehr als eine Sitzung beansprucht. In diesem Fall kann der Behandler auf die jetzt nur begrenzt zur Verfügung stehende Zeit hinweisen und einen weiteren Termin zur Vervollständigung des Gespräches vereinbaren. Das wird der Patient verstehen können, wenn ihm der Zeitrahmen vorher bekannt war und die Terminplanung der

Praxis zuverlässig ist. Die folgende Sitzung soll mit der Frage eingeleitet werden, welche Gedanken und Einfälle dem Patienten in der Folge der letzten Begegnung gekommen sind. Zum Abschluss des Anamnesegesprächs wird der Patient sich nach Diagnose und Therapie seiner Störung erkundigen. Wichtig ist, dass der Arzt hier nicht – das bisherige Prinzip der Kommunikation vergessend – in einen Monolog verfällt, indem er in einer Sprache, die zu wenig patientengerecht ist, Diagnose und Therapie zu erklären versucht. Es hat sich bewährt, die Frage zurückzugeben, also etwa: „Ich weiß, Sie sind nicht Arzt, aber ich bin überzeugt, dass Sie sich auch Gedanken über Ihre Krankheit gemacht haben; können Sie mir sagen, welche?“ Interviewtechnisch ist es sehr wichtig, wie die Frage des Patienten zurückgegeben wird. Er kann schnell den Eindruck erhalten, der Interviewer wolle sich drücken und ihm keine Auskunft geben. Es kann also nötig sein anzufügen: „Ich werde Ihnen nachher meine Ansicht mitteilen“. Der Ball muss zurückgeworfen werden, weil die Vorstellungen und Erklärungsversuche durch den Patienten **diagnostische Ergänzungen** bringen, wie magische Anschuldigung äußerer Einflüsse, Betonen der psychischen Ursache eines Symptoms (was auf eine organische Genese schliessen ließe und umgekehrt). Zudem erlaubt es dem Interviewer, sich in die Bewältigung z.B. einer malignen Erkrankung eines Patienten einzublenden und ihm nicht eine Erklärung zu geben, die er noch nicht ertragen kann, oder eine Information zurückzuhalten, die dem Patienten schon bekannt ist und deren Nichterwähnen das Vertrauen des Patienten in seinen Zahnarzt untergraben könnte.

Dieser zehnte Schritt ist äußerst geeignet, **Diskrepanzen** zwischen **der individuellen Wirklichkeit** des Patienten und der des Interviewers deutlich zu machen. Er bietet eine Möglichkeit, sich zu vergewissern, was der Patient wirklich verstanden hat, welche Hoffnungen, welche Illusionen, aber auch welche Ängste und Befürchtungen der Patient hegt. Der Patient eröffnet dem Interviewer noch einmal mit aller Deutlichkeit, wo Widerstände und Abwehr (im psychoanalytischen Sinn) die Krankheit gerade bei diesem Kranken modifizieren oder prägen können. Nur so gelingt es, patientengerecht zu reagieren. Kränkungen werden vermieden, stützende Massnahmen können eingeleitet und der Behandlungsplan kann patientengemäß adaptiert werden. Die möglichen Behandlungsformen werden dem Patienten vorgelegt, seine Bevorzugung oder Ablehnung wird erfragt, seine Motivation wird erfasst und nach Möglichkeit unterstützt. Nebenwirkungen der Therapie, die eventuell eintreten können, werden mitgeteilt. Es ist gut möglich, dass sich am zehnten Schritt noch ein meist mehr therapeutisch gefärbtes Interview anschließt. Darum empfiehlt es sich, nach den Fragen zu den sozialen Gegebenheiten (Schritt 8) ca. 5–10 Minuten Zeit für die folgenden Schritte zur Verfügung zu lassen, denn wir müssen uns darüber bewusst sein, dass der Patient nach dem Interview mit all dem Erlebten alleine ist und dass ein gutes Interview immer auch ein Stück Therapie beinhaltet. Die hier beschriebene Anamnese braucht Zeit! Der Erfahrene wird für die Schritte 1-4 und 5-10 jeweils 30-45 Minuten benötigen. Bei besonderer und schwierig zu erfassender Symptomatik können aber mehr als zwei Sitzungen nötig werden. Der weniger Erfahrene wird anfänglich mehr Zeit benötigen. Er sollte aber beachten, dass wegen der begrenzten Aufnahmefähigkeit von Patient und Arzt die einzelnen Sitzungen zeitlich begrenzt werden (ca. 45 Minuten).

3.1.7 Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten

Der Begriff des „schwierigen Patienten“ taucht immer wieder auf. Unklar bleibt, was damit eigentlich beschrieben werden soll. Damit kann beispielsweise ein Patient mit einem sehr vielschichtigen oder seltenen Krankheitsbild gemeint sein, das auch noch zusätzlich durch Komorbidität diagnostisch schwierig zu klären ist. Selbstkritisches Erkennen der Grenzen der

eigenen diagnostischen Möglichkeiten, Vermeidung falscher Ausschlussdiagnostik und rechtzeitiges Überweisen wären hier eine Lösung. Meistens wird aber wohl eher ein Patient mit diesem Begriff bezeichnet, bei dem es dem Zahnarzt nicht gelingt, eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patient-Beziehung aufzubauen, oder dessen psychosoziales Verhalten den „normalen“ Praxisablauf stört und alle Mitarbeiter der Praxis irritiert oder gar verärgert. Häufige Gründe sind verborgene Ängste und negative Vorerfahrungen des Patienten. Diese müssen sich nicht unbedingt nur auf zahnärztliche Behandlungen beziehen. Sie können auch vor dem Hintergrund der persönlichen Entwicklung (Familie, Schule, Beruf) unbewusst auf den als „mächtig“ erlebten Zahnarzt übertragen werden. Der Patient versucht, gegen eine „Institution“ anzukämpfen, der er sich ausgeliefert fühlt. Kann der Zahnarzt dies nicht erkennen, fühlt der Patient sich nicht verstanden. Er verschließt sich, erscheint als nicht kooperativ – eben schwierig – oder kann scheinbar grundlos aggressiv werden. Kommen dazu Fehler in der Gesprächsführung, entwickelt sich ein Circulus vitiosus, der schließlich in kaum noch zu bewältigende Schwierigkeiten bei der Kommunikation führt.

Fehler in der Gesprächsführung mit „schwierig“ erscheinenden Patienten sind vor allem, dass der Zahnarzt sich durch den Patienten zur Selbstverteidigung verführen lässt, nicht mehr mit offenen Fragen arbeitet und damit den Patienten hindert, die eigene Situation selbst zu formulieren, sondern in medizinischer Fachsprache „dozierend“ den Patienten zu überzeugen versucht. Fatal kann sich in dieser Situation ein Nichtbeachten des Settings (s. oben.) auswirken, beispielsweise wenn eine Kommunikation mit dem in Rückenlage liegenden Patienten bei zu geringer räumlicher Distanz zwischen den Gesprächspartnern versucht wird. Problematisch ist auch ein Überschätzen der Aufnahmefähigkeit des Patienten. Nicht nur intellektuell, sondern auch durch die spezielle Situation der befürchteten zahnärztlichen Behandlung kann diese eingeschränkt sein.

Die Kommunikation mit diesen Patienten kann sich nur durch geschultes Zuhören, Vermeidung von Kampf und Verteidigung (auch wenn dies dem Zahnarzt in diesem Fall schwierig erscheint) sowie Empathie positiv entwickeln. Diese darf jedoch nicht mit Identifikation verwechselt werden. Empathie ist das Einfühlen in die Erlebniswelt des Patienten. Identifikation wäre die Gleichsetzung der Erfahrungen des Zahnarztes mit denen des Patienten. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass ein Arzt, der eigene vergleichbare Erfahrungen und Krankheiten zu denen des Patienten in das ärztliche Gespräch einbringt, weder Nähe noch Verständnis fördert, sondern eher vom Problem des Patienten wegführt.

Die Erkenntnis, dass es niemandem möglich ist, einen Anderen in jedem Fall vollständig zu erkennen, ist zwar bedauerlich für den sich als „guten Helfer“ verstehenden Arzt, sie ist jedoch unbedingt notwendig.

Ergänzende Literaturempfehlungen für dieses Kapitel

- Adler RH. Anamnese und körperliche Untersuchung. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg). Psychosomatische Medizin. München, Jena: Urban & Fischer
- Adler RH, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart, Jena, New York: Fischer 1992.
- Laplanche J, Pontalis JB: Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M: Suhrkamp 2002.
- Watzlawick P: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München: Piper 2003.

Literaturverzeichnis

- Adler RH, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart, Jena, New York: Fischer 1992.
- Adler RH, Zambou P, Hofer T, Hemmeler W, Hüry C, Minder C, Radvila A, Zlot SJ. How not to miss a somatic needle in the haystack of chronic pain. J Psychosom Res 1997; 42: 499 - 506.
- Ekman P: Gesichtsausdruck und Gefühl. Paderborn: Junfermann 1988.
- Engel J, Hoffmann SO: Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg): Handbuch Chronischer Schmerz. Stuttgart, New York: Schattauer 2003.
- Hoefert HW. Kommunikation mit ausländischen Patienten. In: Hoefert HW, Hellmann W (Hrsg): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg: Economica 2008.
- König K. Abwehrmechanismen. Göttingen: Vanderhoek und Ruprecht 1997.
- Morgan WL, Engel GL. Der klinische Zugang zum Patienten. Bern: Huber 1977.
- Watzlawick P: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München: Piper 2003.