

Demmel, Hans Joachim:

Schwierige Patienten – zum Problem unerkannter psychosomatischer Erkrankungen.

In: Hoefert H-W, Hellmann W (Hrsg.):
Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus.

Heidelberg: Economica 2008, S. 53-78

Schwierige Patienten – zum Problem unerkannter psychosomatischer Erkrankungen

Hans-Joachim Demmel

		Rn.
1	Die Ausgangsfrage: Was heißt hier „schwierig“?	1
2	Anmerkungen zur Theorie der psychosomatischen Medizin	11
3	Grundlagen des Erkennens von Zeichen (Semiotik)	15
4	Relevanz bei stationären Patienten im Krankenhaus	16
5	Ein anderer Umgang mit dem Patienten und seiner Krankheit	18
6	Erstes Erkennen psychosomatischer Problempatienten	20
7	Gesprächsführung und Kommunikation	23
8	Die biopsychosoziale Anamnese	26
8.1	Vorstellen und Begrüßen	31
8.2	Gestalten einer günstigen Situation	32
8.3	Landkarte der Beschwerden	33
8.4	Jetziges Leiden	34
8.5	Persönliche Anamnese	44
8.6	Familienanamnese	45
8.7	Psychische Entwicklung	46
8.8	Soziales	47
8.9	Systemanamnese	48
8.10	Fragen und Pläne	49
9	Beratung und Vermittlung der Diagnose	51

	Rn.
10 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	57
11 Dokumentation	58
12 Fortbildungsmöglichkeiten	59
13 Der reklamierende Patient	60
Literatur	

1 Die Ausgangsfrage: Was heißt hier „schwierig“?

Patienten, die den sonst so präzisen, normalen Ablauf in der Praxis oder Klinik stören, werden im Allgemeinen als „schwierig“ eingestuft. Zum einen sind das Patienten, die „merkwürdig“ oder „verwunderlich“ erscheinen, die „aus den Raster fallen“, weil ihre Beschwerden oder Symptomschilderung nicht zu den erlernten, anatomisch-physiologisch und oft monokausal definierten Krankheitsbildern passen. Für diese immer wiederkehrende Erfahrung prägte Müller-Fahlbusch¹ den Begriff der „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“. Die vom Patienten beschriebene Krankheit kann nach den gängigen Kriterien nicht oder nicht hinreichend eingeordnet werden, weil die psychischen Ursachen des Befindens nicht erkannt sind und deshalb vergeblich nach somatischen Ursachen geforscht wird (Tabelle 1). Zum anderen sind dies auch Patienten, die den Umgang mit ihnen durch Arzt oder Pflegepersonal, Untersuchungsmethoden und -ergebnisse oder Behandlungen in einer Art reklamieren, die sachlich nicht nachvollziehbar ist. Diese zweite Gruppe von Patienten wird separat besprochen werden.

Tab. 1: Typische Zeichen psychogener Ursachen oder Beteiligung am Krankheitsgeschehen

Zeichen	Beurteilung
Patienten, die Schmerzen beschreiben, die nicht den Grenzen der nervösen Versorgung entsprechen oder/und fluktuieren.	Das steht im Widerspruch zu anatomischen und physiologischen Gegebenheiten und folgt eher den subjektiven Vorstellungen.
Patienten, die schwerste Leiden mit leichtem Lächeln mitteilen.	Der körperlich-mimische Ausdruck entspricht nicht der sprachlichen Mitteilung („belle indifférence“).
Schwere Erkrankungen werden vom Patienten bagatellisiert.	Das Realisieren des Krankseins wird verdrängt.
Patienten, die die Schilderung auch banaler Missempfindungen dramatisch ausgestalten und schwerste Erkrankungen vermuten.	subjektive Krankheitsklärungen, Persönlichkeitsstörungen und Ängste bestimmen das Krankheitsverhalten

Der Arzt spürt, dass diese Patienten mit ungewöhnlich „merkwürdigen“ Symptomschilderungen viel Zeit und Zuwendung verlangen. Sie befremden oder verwirren bei Anamnese und Diagnostik, da sie ei

1 Müller-Fahlbusch, H.: Psychosomatik, 1986.

gentlich nicht verstanden werden. Das Verstehen des Patienten ist aber die Grundlage jeder Diagnostik.

- 3 An einem einfachen Beispiel soll die Schwierigkeit des Verstehens deutlich werden: Ein Patient leidet unter Wundschmerzen nach oberflächlicher Verletzung. Die Wunde ist zu sehen. Eine Beschreibung des Ausmaßes der Verletzung durch den Patienten ist nicht nötig. Sie kann vom Arzt objektiv wahrgenommen werden. Aber schon beim geschilderten Schmerz durch diese Wunde ist der Arzt diagnostisch auf die subjektive Darstellung des Patienten angewiesen. Schmerz ist nicht zu sehen oder zu messen. Korrekt müsste es heißen: Man verlässt das Feld der objektiven Befundung und begibt sich in das Feld der Bewertung von Sinneseindrücken. Sinneseindrücke sind aber subjektiv und werden selektiv wahrgenommen. Sie sind stark abhängig von der psychosozialen Situation und der Befindlichkeit der Person. Die Schmerzschilderung ist ohne Berücksichtigung allgemeiner Umstände und der Persönlichkeitsstruktur diagnostisch kaum zu beurteilen. Aber auch die Persönlichkeitsstruktur des Behandlers beeinflusst das Verstehen und die Bewertung der Schilderung der Beschwerden durch den Patienten. Hier beginnt die Notwendigkeit der Integration psychosomatischen Denkens, der Berücksichtigung von Erkenntnisprozessen und der Anwendung professioneller Kommunikation.
- 4 Abweichungen vom erwarteten „Normverhalten“ des Patienten erfordern eine Flexibilität des Arztes und Zeit, Wille und Kenntnisse zum Versuch des Verstehens. Nicht immer liegt der Grund des Nichtverstehens nur in der Darstellung des Patienten. So ist zum Beispiel denkbar, dass ein Arzt mit einer sachlich ausgerichteten Persönlichkeitsstruktur erhebliche Verständigungsschwierigkeiten mit einem eher „hysterisch“ übertreibenden Patienten hat. Die so genannte „individuelle Wirklichkeit“ von Patient und Arzt sind zu verschiedenen. Erst ein kritisches Bewusstsein der eigenen Struktur durch Selbsterfahrung und Reflexion kann diese Verständigungsschwierigkeiten vermindern helfen und eine „gemeinsame Wirklichkeit“ ermöglichen.
- 5 Es ist nicht selten, dass das Krankheitsbild psychisch stark alteriert ist. Angst oder Furcht könnten zu einer Verstärkung oder Verfremdung des Grundleidens führen. Neurosen können eine erwartete normale Reaktion so verändern, dass sie „merkwürdig“ erscheint. In diesem Zusammenhang muss auf Untersuchungen von Schepank² auf-

2 Schepank, H. (Hrsg.): Verläufe, seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute, 1990.

merksam gemacht werden: Bei 22–26 Prozent der Bevölkerung Deutschlands sind psychische Störungen mit Krankheitswert festgestellt worden. Daraus folgt, jeder vierte bis fünfte Patient der bundesdeutschen Bevölkerung ist psychisch komorbid! Zwölf Prozent aller körperlichen Symptome in der Arztpraxis haben eine bedeutsam psychogene Genese. Bei jedem achten dieser Patienten muss also mit psychogener oder stark psychisch beeinflusster Erkrankung gerechnet werden. Aus diesen Ergebnissen ist zu folgern, dass jeder in Praxis und Klinik Tätige ohne eine speziell psychosomatische Ausbildung zum Erkennen dieser Krankheitsfaktoren nicht auskommt. Er kann sonst keine gelungene Kommunikation herstellen.

Die verschiedenen medizinischen Fachärzte befassen sich in der Regel mit der Diagnostik und Therapie fachspezifischer Symptome, die aber nicht immer nur eine lokale Genese haben, sondern wie alle Erkrankungen viel umfassender betrachtet werden müssen. Krankheit ist nicht nur somatisch zu erklären, sondern kann auch weitreichend als untauglicher Lösungsversuch eines Traumas, Problems oder Konfliktes verstanden werden. An dieser Stelle muss deutlich von dilettantischem „Psychologisieren“ Abstand genommen werden („Was hat Sie denn verschnupft?“). Krankheiten nur mystisch als psychischen Ausdruck zu erklären, entbehrt jeder Wissenschaftlichkeit. Die Diagnose einer psychischen Ursache oder Mitbeteiligung bei Krankheit bedarf immer der begründet positiven Diagnostik. Diese ist aber nur durch profunde differentialdiagnostische Kenntnisse in Psychosomatischer Medizin möglich. Die Aufgabe des Arztes ist es, die möglichen Ursachen differenziert zu betrachten und dem Patienten zu besseren Lösungsmöglichkeiten zu verhelfen. Nur die Erkenntnis, nicht Krankheiten, sondern Kranke zu behandeln, wird zu einer wirklich (im Wortsinn) ganzheitlich individuellen Medizin führen. Erkennen wir die biopsychosozialen Ursachen nicht und versuchen, Krankheit nur somatisch zu erklären, werden uns viele Patienten als schwierig erscheinen. 6

Sollte ein „merk-würdiger“ Patient Anlass geben, an ein psychosomatisches Krankheitsbild zu denken oder an eine psychische Komorbidität, so bleibt den nicht speziell ausgebildeten Ärzten nur der Weg der Überweisung zur diagnostischen Abklärung oder die Hinzuziehung eines psychosomatischen oder psychiatrischen Konsiliardienstes. Das Vermitteln der Notwendigkeit der Mitbehandlung durch einen Psychotherapeuten ist aber äußerst schwierig, da in der Regel diese Patienten eine seelische Ursache nicht erkennen können. Oft bewerten sie dies als Stigmatisierung („Ich bin doch nicht verrückt“). Um Compli- 7

ance zu erreichen, ist eine professionelle Gesprächsführung unbedingt erforderlich.

- 8 Die frühzeitige Erkennung von psychosomatischen Zusammenhängen bei der Diagnostik verhindert auch die unsinnige Häufung aufwendiger Untersuchungen und Behandlungen und die Aggravierung der Symptomatik durch somatische Fixierung. Es ist sowohl aus menschlicher als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht bedenklich, dass durch das weit verbreitete Verfahren der somatischen Ausschlussdiagnostik bei vielen Erkrankungen erst nach einer mehrjährigen Odyssee somatischer Verdachtsdiagnosen und Behandlungsversuchen auch psychogene Ursachen qualifiziert diagnostiziert werden.
- 9 Der tiefenpsychologisch begründete Ansatz beim Umgang mit dem Kranken unterscheidet sich grundlegend von Ratschlägen nur aufgrund des „gesunden Menschenverstandes“ oder der allgemeinen Lebenserfahrung des Arztes. Die vorschnelle, unqualifizierte Deutung psychogener Ursachen muss bei diesen Kranken zu einer Verstärkung der Abwehr führen. Könnten sie ihren Konflikt auf der psychischen Ebene verarbeiten, müssten sie nicht somatisieren. Nur so ist die erschreckend geringe Compliance bei unreflektierter Überweisung zu Fachinstitutionen mit dem Suffix „Psycho“ zu erklären. Der psychosomatisch ausgebildete Arzt bietet durch das qualifizierte Vorgehen dem Patienten die Möglichkeit, den Desomatisierungsprozess einzuleiten und damit den Circulus vitiosus der somatischen Fixierung aufzulösen. Die neu gewonnene Einsicht in die Krankheitsentwicklung erst ermöglicht dem Patienten den Zugang zur eventuell notwendigen Psychotherapie oder kann durch eine verständliche Einordnung der aktuellen, aber temporären Problematik (z. B: übermäßiger Stress) diese eventuell entbehrlich machen.
- 10 Das Bewusstsein der ärztlichen Fachpersonen, nicht nur Krankheiten sondern Kranke zu behandeln, hat in den letzten Jahren zugenommen. Auch die Patienten fordern zunehmend, ihre lokal sich manifestierenden Erkrankungen in gesamtmedizinischen Zusammenhängen zu sehen („Ganzheitsmedizin“). Die „technisch“ perfekten Behandlungskonzepte der Medizin verlieren ihre Bedeutung als Selbstzweck und werden einem die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigenden Behandlungskonzept untergeordnet. Ärzte sind gefordert, ihre Diagnosen und Therapien nicht nur aus fachbegrenzt somatischer Sicht zu sehen, sondern auch psychische und soziale Faktoren der Krankheit zu berücksichtigen. Diese andere Erklärung von Krankheit könnte die Zahl der als schwierig imponierenden Patienten beträchtlich reduzieren.

2 Anmerkungen zur Theorie der psychosomatischen Medizin

Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass Körperfunktionen von seelischen Faktoren beeinflusst werden. So ist unter Anderem das Erröten in der peinlichen Situation bekannt, bei Schreck die Blässe oder Ohnmacht und bei Angst das Zittern. Diese psychovegetativen Reaktionen würden nie rein somatisch erklärt werden, obwohl sie als körperliche Erscheinungen imponieren. Auch ist geläufig, dass Vorstellungen und Stimmungen Mimik, Gestik und Haltung beeinflussen, aber auch den Gesundheitsverlauf oder zum Beispiel die Schmerzempfindung. Zweifel an einer nur monokausal somatischen Krankheitserklärung sind also deutlich begründet. Krankheit ist immer ein multifaktorielles Geschehen. Viktor von Weizsäcker: „Wer nur am Körper arbeitet, verfehlt die volle Hälfte der Wirklichkeit“³ **11**

Die Psychosomatische Medizin ist die Lehre von körperlich-seelisch-sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung von Krankheiten. Sie ist kein zusätzliches Fachgebiet der Medizin, sondern eine umfassend andere Sichtweise – ein Paradigma. Das heute noch vorherrschende, dualistische Paradigma einer Körper und Psyche getrennt betrachtenden Medizin (mechanistisches Modell), das auf Descartes (17. Jahrhundert) zurückgeht, ist weder in der Medizin der Antike, noch nach heutigem erkenntnistheoretischem Wissen angemessen. Körper und Psyche sind untrennbar verknüpft in der Art von Regelkreisen. Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass bei allen Erkrankungen biologische (somatische), psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. **12**

Zur theoretischen Erklärung der Beobachtung, dass Krankheiten psychisch bedingt oder wesentlich mit verursacht sind, obwohl sie sich als körperliche Erkrankung ausdrücken, sind verschiedene Modelle erarbeitet worden. So beschrieb Freud schon 1895 Krankheiten, die Konflikte in symbolischer Form körperlich ausdrücken, als Konversion. Dazu rechnete er z. B. psychogene Lähmungen, Anästhesien, Schmerzen, Synkopen und Anfälle. Da diese Ausdruckserkrankungen Symbolcharakter haben und keine somatisch pathologische Ursache, ist ihre Gestalt für den psychosomatisch Unkundigen befremdlich und verwirrend. Sie richtet sich nicht nach physiologischen Regeln und lassen sich u. a. gerade dadurch diagnostizieren. Lerntheoretische Konzepte wiesen nach, dass Verhalten und physiologische Reaktio- **13**

³ Weizsäcker, V. v.: Gesammelte Schriften, 1986, Bd. 6, S. 508.

nen durch bedingte Reflexe erlernt werden können. Durch Bedeutungskopplung kann es zu fehlgeleiteten Verhaltens- und Konditionierungsprozessen kommen. So kann z. B. bei Patienten mit Zahnbehandlungsphobie allein der Geruch von z. B. Nelkenöl (einem typischen Zahnarztpraxisgeruch) einen Angstanfall auslösen. Nach dem Stressmodell kann übermäßiger Stress (Dysstress) durch Überforderung und Erschöpfung der Abwehr zu unspezifischen Erkrankungen führen. Dabei darf nicht übersehen werden, dass oftmals banale Erkrankungen oder körperliche Veränderungen als Anker für psychosomatische Erkrankungen dienen und so zusätzlich für Irritationen beim Untersucher führen.

- 14 Für eine genauere Beschreibung der Psychosomatischen Medizin muss auf die entsprechenden Lehrbücher verwiesen werden. Eine übersichtliche Darstellung findet sich zum Beispiel bei Hoffmann und Hochapfel.⁴ Für eine ausführliche Darstellung sei auf das Lehrbuch Psychosomatische Medizin von Uexküll⁵ verwiesen.

3 Grundlagen des Erkennens von Zeichen (Semiotik)

- 15 Es ist notwendig, sich über Erkenntnisprozesse Klarheit zu verschaffen, um mögliche Schwierigkeiten des Verstehens zu entdecken. Der menschliche Organismus mit seinen Funktionen und Störungen (Krankheiten) ist kein offenes System, das sich wie eine Maschine (Uhrwerk) analysieren lässt. Die Zusammenwirkung von somatischen und psychischen Prozessen schafft eine individuelle Wirklichkeit, ein geschlossenes System, das Anderen (also hier dem Arzt) nur zugänglich ist, wenn der individuelle Code für die Zeichen kommunikativ erfasst werden kann (Abb. 1). Die Krankheit bewirkt Symptome, die der Patient bei sich wahrnimmt und entsprechend seiner eigenen Vorstellungswelt dem Arzt mitteilt. Der Arzt nimmt die Symptomschilderung auf, gleicht sie mit seinem medizinischen Wissen ab und ordnet sie in seine eigene Vorstellungswelt ein. Aus der Schemazeichnung wird deutlich, dass ebenso der Arzt eine individuelle Wirklichkeit hat. Das Ziel beim diagnostischen Prozess ist die Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit. Ohne differentielle Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Bedingtheiten wird es kaum

4 Hoffmann, S. O./Hochapfel, G.: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, 2004.

5 Uexküll, T. v.: (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 2003.

gelingen können, diese subjektiven Prozesse wirklich zu entschlüsseln. Nur dadurch sind gegenseitiges Verstehen und damit auch eine Diagnose möglich.

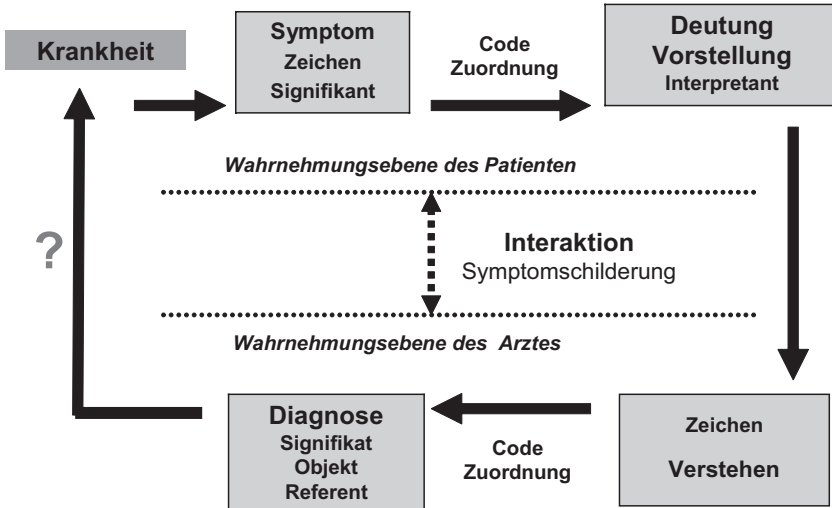


Abb. 1: Semiotisches Modell der Diagnostik

4 Relevanz bei stationären Patienten im Krankenhaus

Bei stationär im Krankenhaus aufgenommenen Patienten kann bedauerlicherweise nicht davon ausgegangen werden, dass durch den einweisenden Arzt das Krankheitsbild hinreichend biopsychosozial im Vorfeld abgeklärt worden ist. Nach den Studien von Schepank⁶ muss aber bedacht werden, dass auch bei Patienten mit somatisch begründeter Überweisung zur stationären Behandlung die Zahl der unerkannten psychosomatischen Erkrankungen und die den Krankheitsverlauf wesentlich mitbestimmenden psychischen Komorbiditäten nicht unwesentlich sein dürfte.

16

⁶ Schepank, H., a.a.O.

Tab. 2: Erwartungen an den Arzt

Erwartungen an den Arzt zur Feststellung psychischer Störungen
<ul style="list-style-type: none">• Identifikation psychischer Störungen (Screening)• einordnende, vorläufige Diagnostik und Differentialdiagnostik (Klassifikation)• Indikationsstellung und Therapieempfehlung• Motivation zur Therapie

- 17 Der Patient erwartet im Krankenhaus eine genaue Diagnostik seiner Erkrankung und entsprechende Therapie. Durch Zeitdruck (Fallpau-schalen, Personalschlüssel) besteht die Gefahr, dass nur somatische Aspekte einer Erkrankung Beachtung finden und eine umfassende Kommunikation mit dem Patienten über die biopsychosozialen Aspekte unterbleibt (Tabelle 2). Auch ist das Erkennen von Krankheiten mit psychischer Ursache oder wesentlicher Mitbeteiligung für den nicht speziell ausgebildeten Arzt und die anderen mit Therapie und Pflege befassten Fachpersonen kaum möglich. Ein häufig angewand-ter Weg ist bedauerlicherweise die Ausschlussdiagnostik. Kann keine somatische Ursache für die Symptomatik gefunden werden, so wird daraus gefolgert, es müssten psychische Gründe vorliegen. Diese Er-klärung ist aber sehr bedenklich, setzt sie doch voraus, dass alle so-matischen Ursachen immer vollständig diagnostiziert werden können. Viele entbehrliche und auch zeitaufwendige Untersuchungen würden nötig. Es erscheint daher dringend, auch dem nicht speziell fortgebil-deten Arzt „Werkzeuge“ zu nennen, wie er positive Kriterien für psy-chosomatische Krankheiten und Krankheiten mit wesentlich psychi-scher Komponente erkennen kann und somit in der Lage ist, frühzeit-ig eine begründete Verdachtsdiagnose auf ein bedeutsames, psycho-somatisches Geschehen zu stellen. Auch für den Bereich der psycho-somatischen Krankheiten gilt die Forderung nach positiven Kriterien für eine Diagnose. Können für eine Erkrankung keine eindeutigen Ur-sachen erkannt werden, so ist ehrlicherweise nur die Feststellung er-laubt, dass eine Diagnose nicht gestellt werden kann. Der Patient kommt damit eher zurecht als mit einer Fehldiagnose, die ihn aus sei-ner Sicht als psychisch krank verkennt („psychiatrisiert“) und damit auch nach seinem Empfinden stigmatisiert. Das rechtzeitige Eingeste-hen von Grenzen der diagnostischen Möglichkeiten eines Arztes fin-den Patienten in der Regel durchaus verständlich. Sie können dann auch die Hinzuziehung von Fachtherapeuten akzeptieren. Anders sieht es aus, wenn der Arzt erst nach vielen vergeblichen somatischen Therapienversuchen als Ausschlussdiagnose eine psychosomatische Krankheit „feststellt“. Hier könnte zu Recht der Patient an der Kom-petenz des Arztes zweifeln.

5 Ein anderer Umgang mit dem Patienten und seiner Krankheit

Der Umgang mit psychosomatisch kranken Patienten kann problematisch sein, wenn der Arzt keine Konzepte erlernt hat, die zugrunde liegende Krankheit zu erkennen und zu behandeln. Nicht immer sind diese Patienten von Anfang an auffällig. Es ist also nötig, sich auch im Verlauf einer Behandlung immer wieder an die „Werkzeuge“ zu erinnern. Das gilt besonders für das Pflegepersonal, da Patienten zu diesem häufig einen mehr persönlichen Kontakt haben und eher auch über ihre Befindlichkeit sprechen. Häufig kann der Patient sein Problem, und welche Bedeutung es für ihn hat, nicht deutlich formulieren. Auch präsentierte Symptome zeigen nicht strikt den ganzen Umfang der Erkrankung. Das präsentierte Symptom muss hinterfragt werden. Es entspricht nicht immer dem wirklichen Leiden. Manchmal versteckt der Patient bewusst oder unbewusst psychosoziale oder psychische Probleme hinter dem Wunsch einer somatischen Behandlung und erhofft sich, der Arzt würde schon das eigentliche Problem erkennen. Der Patient sollte sich als Person und mit seiner Krankheit Leidender verstanden und ernst genommen fühlen. Auffälliges und störendes Verhalten hat oft den Grund, dass ihm dieses Gefühl nicht vermittelt werden konnte. **18**

Die berufliche Identität des Arztes wird sich wesentlich ändern, wenn er vom bisher vorherrschenden biomedizinischen zur Integration des biopsychosozialen Krankheitskonzepts übergeht. Erfolg für sich und Nutzen für den Patienten kann vom Arzt mit biomedizinischem Konzept nur in medizinisch-technischer Perfektion gesehen werden. Das biopsychosoziale Konzept ermöglicht zum einen, die individuelle Wirklichkeit des Kranken zu erfassen und ihm im weitesten Sinne ärztliche Hilfe anzubieten, und zum anderen ermöglicht es dem Arzt, seine Rolle als Therapeut (und damit auch seine eigene Wirklichkeit) neu zu definieren. Hierdurch kann der engagierte Arzt auch seinem möglichen Burn-out entgegenwirken, denn er wird vom Patienten nicht mehr die fachlich-technische Anerkennung verlangen, die dieser ihm objektiv nicht geben kann, sondern die menschliche Anerkennung erhalten, wenn jener sich verstanden fühlt. Auch wird der psychosomatisch weitergebildete Arzt eigene gesundheitliche Probleme besser verstehen und eigene fachliche (und emotionale) Grenzen besser erkennen und dem Patienten vermitteln lernen. Nur der seiner eigenen Problematik bewusste Arzt wird seinen Patienten gegenüber auch aufgeschlossen sein können. Die Forderung nach einer Integration der biopsychosozialen Medizin dient also Arzt und Patient. Dies gilt entsprechend auch für das Pflegepersonal. **19**

6 Erstes Erkennen psychosomatischer Problempatienten

- 20 Das wohl wichtigste Kriterium neben der „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“ sind (wie oben erwähnt) Schmerzen und Beschwerden, die nicht den Organgrenzen entsprechen bzw. den physiologischen Organbezügen (beim Schmerz also z. B. die Abgrenzung der nervösen Versorgung) oder Beschwerden, die zwischen verschiedenen Lokalisationen wechseln. Bei Patienten, die schwerste Leiden mit einem Lächeln mitteilen, diese bagatellisieren oder banale Erkrankungen beziehungsweise Missempfindungen dramatisch überbewerten, besteht ebenfalls der begründete Verdacht auf eine stark psychische Komponente der Erkrankung.

Tab. 3: Merkmale zur Unterscheidung organischer und nicht-organisierender Krankheitsursachen (nach R. H. Adler)

Merkmal	organisch	nicht-organisch
Schmerzlokalisierung	eindeutig, umschrieben	vage, unklar
Affekte des Patienten	passend zum Schmerz	inadäquat
Zeitdimension des Schmerzes	eindeutige Phasen	andauernd, gleich intensiv
Abhängigkeit von der Willkürmotorik	vorhanden	fehlt
Reaktion auf Medikamente	pharmakokinetisch stimmig	nicht verständlich
mitmenschliche Beziehung, soziale Situation	unabhängig davon	damit verbunden
Schmerzschilderung	Bild passt	Bild inadäquat
Betonung der Ursache	psychisch betont	organisch betont
Sprache	einfach, klar, nüchtern	intelligenzlerisch, Medizinjargon
Affekte des Therapeuten	ruhig, aufmerksam, einführend	Ärger, Ungeduld, Langeweile, Hilflosigkeit, Verwirrung

- 21 R. H. Adler⁷ hat Merkmale zur Analyse der Anamnese bei Schmerzpateinten zusammengestellt (Tabelle 3), die auch für den nicht psy-

7 Adler, R. H./Hemmeler, W.: Praxis und Theorie der Anamnese, 1989.

chomatisch spezialisierten Arzt Erkenntnisse ermöglichen, psychische vs. somatische Ursachen zu differenzieren und eine erste Verdachtsdiagnose stellen zu können. Sinngemäß lässt sich diese Bewertung auch auf andere als Schmerzerkrankungen anwenden. Schildert der Patient seine Schmerzen eindeutig mit verständlichen Affekten und ist die Reaktion auf Willkürmotorik und Medikamente stimmig, so sind eher organische Ursachen der Krankheit anzunehmen. Ein Verdacht auf ein nicht-organisches Geschehen ist begründet, wenn die Lokalisation vage und unklar beschrieben wird, die Affekte bei der Schilderung inadäquat sind und die Wirkungen von Medikamenten pharmakokinetisch nicht nachvollziehbar sind. Auch die Abhängigkeit der Beschwerden von der Beachtung und Zuwendung enger Bezugspersonen lassen auf nicht-organische Ursachen schließen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei Patienten, die die Ursache ihrer Erkrankung ausschließlich organisch betonen, eher eine psychosomatische Krankheit vorliegt als bei Patienten, die selbst psychische Gründe ins Gespräch bringen. Die Sprache des Patienten kann ein weiteres Zeichen sein. Spricht der Patient nicht einfach und klar, sondern wählt einen Stil, der mit Fachausdrücken versucht, sich verständlich zu machen und damit sein gefühltes Leiden zudeckt, so ist auch hier eine nicht-organische Ursache eher wahrscheinlich. Ein sehr wichtiges Zeichen, ist die so genannte Gegenübertragung, das heißt die affektiven Impulse des Arztes als Reaktion auf das Verhalten des Patienten, z. B. auf eine sehr emotionale Beschwerdeschilderung. Kann er ruhig, aufmerksam und einführend der Schilderung des Patienten folgen, sind organische Ursachen anzunehmen. Stellen sich aber beim Arzt Ärger, Ungeduld, Langeweile, Hilflosigkeit und Verwirrung ein oder schweifen seine Gedanken immer wieder ab, so sollte er an ein psychosomatisches Krankheitsgeschehen denken.

Eine besondere Schwierigkeit für die Differentialdiagnose von organischen vs. nicht-organischen Krankheitsursachen ergibt sich durch die nicht seltene Komorbidität von psychischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen bei überwiegend somatischer Ursachen einer Erkrankung (siehe oben, vgl. Schepank).⁸ Sie verändern die Wahrnehmung, Deutung und Schilderung von Krankheitszeichen und -erleben durch den Patienten, erschweren damit die Kommunikation und das Verstehen durch Arzt und Pflegepersonal. Es sind dies die Patienten, die am häufigsten, weil verhaltensauffällig und schwierig, durch ein Nicht-Ernstnehmen ihrer somatischen Symptomatik fehldiagnostiziert werden. Dabei sind katastrophisierende, exzentrisch-son-

22

⁸ Schepank, H.: a.a.O.

derbare und in ihrem Selbstwert gestörte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen genau so betroffen wie auch alexithyme (eigene Gefühle nicht wahrnehmende) Patienten und insbesondere psychotische Patienten. Diese Komorbidität stellt besondere Anforderungen an den Untersucher und natürlich ebenso an das Pflegepersonal.

7 Gesprächsführung und Kommunikation

- 23 Der Patient kommt in die Ambulanz oder ist stationär eingewiesen, weil er ein gesundheitliches Problem hat. Er hat das Gefühl, an einer Krankheit zu leiden und erhofft sich fachlichen Rat und Hilfe. Der Arzt kann das Problem des Patienten nur durch professionelle Kommunikation erfahren. Deshalb muss dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, sein Problem hinreichend selbst schildern zu können. Das Problem des Patienten kann nur über offene Fragen erkannt werden. Offene Fragen sind nicht mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Sie fordern den Patienten auf, mit eigenen Worten seine Beschwerden und Leiden zu beschreiben, um ein Bild seines Leidens aus eigener Vorstellung zu bekommen. Also z. B. nicht: „Haben Sie Schmerzen?“, sondern „Wie geht es Ihnen?“, „Wie fühlen Sie sich?“. Geschlossene Fragen begrenzen die Antworten des Patienten auf die Vermutungen des Arztes und verhindern die Erfahrung der individuellen Wirklichkeit des Patienten. Bei einer Anamnese mit offenen Fragen kann die Erzählung des Patienten ohne professionelle Gesprächsführung oft grenzenlos ausufern, die Geduld des Arztes überfordern, und es besteht die Gefahr, dass die Darstellung des Patienten einseitig bleibt und wesentliche Gründe der Erkrankung nicht berührt werden. Trotzdem sollte der Arzt immer versuchen, ein offenes Gespräch zu führen. Es ist angeraten, durch spezielle Fortbildung, die professionelle Gesprächsführung zu üben. Die freie Schilderung der Krankheit durch den Patienten gibt wesentliche Aufschlüsse über die Ursachen. Dabei muss aber beachtet werden, dass die Bedeutung sprachlicher Begriffe für Patient und Arzt unterschiedlich sein können. Insbesondere emotionale Begriffe sind stark von der individuellen Wirklichkeit des Patienten geprägt und verlangen eine Abstimmung zwischen Arzt und Patient, damit der Arzt sie nicht nur aus seiner eigenen Begriffswelt fehlversteht. Auch muss bei Patienten anderer Kulturkreise oder deren Muttersprache nicht Deutsch ist, beachtet werden, dass ihre Begriffe nicht unbedingt der begrifflichen Zuordnung des untersuchenden Arztes entsprechen. Auch im deutschen Sprachraum gibt es viele Beispiele, dass Wörter regional recht unterschiedliche Bedeutung ha-

ben (z. B. bedeutet „heben“ im südwestlichen Sprachraum „halten“, im Schweizerdeutsch wird „stoßend“ für „auffällig“ oder „störend“ gebraucht). Eine Kommunikation kann nur gelingen, wenn dies beachtet wird und durch Nachfragen die Mitteilung des Patienten transparent wird.

Die Erkenntnisse aus diesen von R. H. Adler aufgeführten Zeichen sollten dem Arzt nur dazu dienen, seine weiteren Behandlungsschritte zu überdenken. Sie begründen nur eine Verdachtsdiagnose, die fachlich abgesichert werden muss. Keinesfalls darf der Arzt vorzeitig dem Patienten mitteilen, dass er psychische Ursachen für die Erkrankung vermutet. Dies kann nur der in tiefenpsychologischer Gesprächsführung ausgebildete Arzt ohne Schaden für den Patienten tun. Nur er kann hinreichend den günstigsten Moment für die Mitteilung bedenken und dem Patienten verständlich machen, dass der psychosomatische Kranke die psychischen Ursachen nicht wahrnehmen kann, und wofür sie stehen. Der Patient kann von allein die Probleme auf dieser Ebene nicht bearbeiten und somatisiert deshalb. Er verdrängt die innere Ursache seiner Krankheit. Eine unreflektierte, vorzeitige Deutung muss deshalb seine Abwehr verstärken und erschwert im weiteren Vorgehen den Zugang zu psychischen Ursachen der Erkrankung („Ich bin doch nicht verrückt!“). Wobei der Ausdruck „verrückt“ sprachlich eigentlich das Problem ausdrückt. Die psychischen Probleme des Patienten sind verschoben („ver-rückt“) in einen somatischen Ausdruck. **24**

Nur ein Patient, der sich auch verstanden fühlt, wird Compliance entwickeln und den ärztlichen Maßnahmen zustimmen können. Verstehen können wir diese verhaltensauffälligen Patienten aber nur über eine Integration biopsychosozialen Krankheitsverstehens. **25**

8 Die biopsychosoziale Anamnese

Die Anamnese ist entscheidend für das differenzierte Erkennen der wesentlichen Ursachen für das Problem des Patienten. Sie erfordert eine offene Gesprächsführung. **26**

Es gibt verschiedene Formen der psychosomatischen Befunderhebung. Die scheinbar einfachste Form ist die Sammlung relevanter Daten durch Fragebögen. Sie engt das Resultat der Erhebung auf den Umfang des Fragebogens ein. Der kommunikative Wert ist begrenzt. Die spontane Reaktion des Patienten auf die gestellte Frage bleibt unberücksichtigt. Der Patient hat in der Regel keine Möglichkeit der in- **27**

dividuellen Variation der Antwort. Auch der Arzt hat keine Möglichkeit, unmittelbar auf die Äußerung (Wort und Verhalten) des Patienten einzugehen. Aus tiefenpsychologischer Sicht ist diese Form der Befunderhebung sehr unbefriedigend. Eine Bedeutung hat sie als erstes Screening-Instrument und für statistische Erhebungen. Relevanz für die Arzt-Patient-Beziehung bekommt diese Form der Befunderhebung nur, wenn der Fragebogen durch ein Interview ergänzt wird.

- 28** Im völligen Gegensatz dazu steht das freie Interview. Es kann dazu führen, dass durch „grenzenloses Verständnis“ das Gespräch erstickt, da nur noch „gefühl“ wird. Die Gefahr ist groß, dass für die Diagnose relevante Angaben nicht zur Sprache kommen. Das freie Interview kann eigentlich nur vom sehr erfahrenen Psychoanalytiker in der Psychotherapie gewagt werden, da er bewusst oder unbewusst dennoch strukturieren wird. Es eignet sich kaum zum psychosomatischen Erstinterview. Hier muss auch berücksichtigt werden, dass dem Arzt in der Klinik für die Erhebung der Anamnese in der Regel nur eine sehr begrenzte Zeit zur Verfügung steht.
- 29** Eine Lösung für diese Schwierigkeiten bietet das strukturierte Interview. 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 durch offene Fragen der Patient 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 werden können, ohne dass das psychosomatische Interview einem Verhör gleichen muss. Dies würde den Patienten auch entmündigen und verschließen, und das kann wohl kaum das Ziel des Arztes sein.
- 30** Für diese Form der Anamneseerhebung haben Adler und Hemmeler⁹ ein Konzept entworfen. Es ermöglicht dem Untersucher, die notwendigen Angaben 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

9 Adler, R. /Hemmeler, W.: Praxis und Theorie der Anamnese, 1989.

zwischen Arzt und Patient bestimmt wird und häufig in Teilschritten erfolgt. Die Liste der Abschnitte dient nur der Erinnerung des Untersuchers, um im Sinne zu behalten, welche Daten noch nicht gesammelt worden sind.

8.1 Vorstellen und Begrüßen

In der Arztpraxis weiß der Patient in der Regel, wer ihn untersuchen wird. Im Krankenhaus ist die persönliche Vorstellung des Untersuchers aber unerlässlich, um eine persönliche, vertrauensvolle Atmosphäre herstellen zu können. Es ist ein Gebot der Höflichkeit, beim ersten Kontakt den Patienten erkennen zu lassen, von wem er untersucht wird. Das Namensschild am Kittel ersetzt die Vorstellung nicht. So nebensächlich dieser erste Punkt erscheinen mag, so wichtig ist er. **31**

8.2 Gestalten einer günstigen Situation

Ein Patient, der unbequem sitzt oder liegt, nicht weiß, wie viel Zeit der Arzt für ihn hat, der durch Geräusche oder das Kommen und Gehen von anderen Mitarbeitern gestört ist, der im Unklaren ist, was überhaupt mit ihm passieren soll, ist wohl kaum der beste Gesprächspartner für eine psychosomatische Anamnese. Da wir auch aus dem Verhalten des Patienten diagnostische Schlüsse ziehen, wäre es irreführend, dies durch eine ungünstige Situation negativ zu beeinflussen. Es gehört zur Schaffung einer günstigen Situation, das Setting so zu gestalten, dass der Patient bequem sitzt oder nach Möglichkeit mit dem Kopf erhöht liegt, der Untersucher auf Armeslänge Distanz hält und etwa in gleicher Augenhöhe ihm gegenüber sitzt, wenn medizinische Instrumente möglichst nicht im Blickfeld sind, und der Patient nicht eingeengt ist. Es ist günstig für eine vertrauensvolle Kommunikation, dass das Anamnesegespräch nur von einer Person durchgeführt wird. Besonders belastende, sehr private Themen wird der Patient in der Regel nicht im größeren Kreis zur Sprache bringen wollen. Die Anwesenheit anderer Fachpersonen (z. B. zu Ausbildungszwecken) muss dem Patienten erklärt werden, damit er sein Einverständnis geben kann. Sollten Untersuchungen durch mehrere Spezialisten – ob psychologischer oder somatischer Art – zur Diagnostik durchgeführt werden, so sollte die Notwendigkeit dem Patienten auch einsichtig werden können. **32**

8.3 Landkarte der Beschwerden

- 33** Dieser Schritt soll einen Überblick schaffen über die biopsychosoziale Situation des Patienten. Er wird eingeleitet mit der offenen Frage „Wie fühlen Sie sich jetzt?“. Sie ermöglicht dem Patienten, selbst zu bestimmen, ob er zuerst von seiner körperlichen oder 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. Erfasst werden eine Skizze der Beschwerden, die Stimmung, das Verhalten, der Stil der Darstellung, das Erkennen der sozialen Situation, aber auch die eigenen Gefühle des Untersuchers bei der Begegnung mit diesem Kranken. Diese Landkarte der Beschwerden ist bestimmend für das weitere Vorgehen.

8.4 Jetziges Leiden

- 34** Der Arzt wird nicht alle Leiden, die im Verlauf des Gespräches erwähnt werden, eingehend erfassen können. Er wird sich auf die Erkrankungen beschränken, die im Zusammenhang mit den Leitsymptomen für den derzeitigen Klinikaufenthalt stehen, aber überblickmäßig auch die anderen Erkrankungen erfassen müssen, damit Zusammenhänge erkennbar werden.

Die Anamnese des jetzigen Leidens umfasst folgende Punkte:

- a) Zeitliches Auftreten
 - b) Qualität
 - c) Intensität
 - d) Lokalisation und Ausstrahlung
 - e) Begleitzeichen
 - f) intensivierende und lindernde Faktoren
 - g) Umstände
- 35** Das zeitliche Auftreten der Symptomatik (a), betrifft sowohl der Zeitpunkt des Symptombeginns, als auch Dauer, Reihenfolge verschiedener Symptome, Periodizität und freie Intervalle.
- 36** Bei der Frage nach der Symptomqualität (b) ist es entscheidend, dass dem Patienten die eigene Wortwahl überlassen bleibt. 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 müs-

sen sie manchmal hinterfragt werden, damit der Untersucher nicht nur seine eigenen Assoziationen als Grundlage zur Diagnostik benutzt. Genauso muss nachgefragt werden, 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.

Die Fragen nach der Intensität der Beschwerden (c) sind entsprechend denen nach der Qualität zu stellen. Hier kommt es auch auf die Stärke und das Ausmaß von Funktionseinbussen an. Besondere Beachtung ist bei diesem Teil der Anamnese auf das Verhalten des Patienten bei der Schilderung der Beschwerdeintensität zu geben. **37**

Lokalisation und Ausstrahlung der Beschwerden (d) sind wichtige Kriterien für die Differentialdiagnostik. Entsprechen die Schilderungen anatomischen und physiologischen Gegebenheiten, so ist eine somatische Genese mit eventuell psychogener Beteiligung am Krankheitsbild wahrscheinlich. Widersprechen sie unseren Kenntnissen der Anatomie und Physiologie, so sind psychische Ursachen anzunehmen. **38**

Der nächste Abschnitt (e) der Untersuchung ist mit der Frage „Spüren Sie gleichzeitig noch andere Beschwerden?“ einzuleiten. Die Beurteilung dieser Frage kann manchmal das Fachgebiet des Arztes überschreiten. Sie ist dennoch immer zu stellen. Im Zweifel über die diagnostische Abklärung sind diese Angaben des Patienten im Untersuchungsbericht besonders zu vermerken. **39**

Intensivierende oder lindernde Faktoren (f) können wichtige Hinweise geben zur Differenzierung zwischen somatischer oder psychischer Genese einer Erkrankung. Intrapsychisch bedingte Symptome folgen in ihrer Ausgestaltung Phantasien und Ideen im Gegensatz zu anatomischen und physiologischen Gegebenheiten. **40**

Als letzter Punkt der Anamnese der jetzigen Beschwerden ist die Frage zu stellen nach den Umständen (g), unter denen die Beschwerden auftreten. **41**

Die Anamnese des jetzigen Leidens ermöglicht in vielen Fällen bereits eine vorläufige Diagnose. Voraussetzung ist ein Interview mit offenen Fragen. Selbst das notwendige Präzisieren von Daten sollte nicht dazu verführen, suggestiv zu fragen. **42**

Der Arzt muss aus der Gesprächssituation entscheiden, ob es sinnvoll ist, jetzt die anamnestischen Befunde durch eine körperliche Untersu- **43**

chung zu ergänzen. Aus eigener Erfahrung unterbricht eine solche Untersuchung aber die Gesprächssituation zu sehr. Es erscheint besser, die körperliche Untersuchung an den Schluss der Anamnese zu verlegen.

8.5 Persönliche Anamnese

- 44 Frühere Erkrankungen sind wichtig für das Verständnis. Sie können im Zusammenhang mit dem jetzigen Leiden stehen, Hinweise geben auf besonders belastende Lebenssituationen, die individuelle Reaktionsweise und das Umgehen mit dem Kranksein. Manchmal wird bei diesem Teil der Anamnese auch deutlich, dass der Patient nicht unter einer Vielzahl verschiedener Krankheiten leidet, sondern es sich eher um den unterschiedlichen, somatischen Ausdruck *einer* Erkrankung handelt.

8.6 Familienanamnese

- 45 Die familiäre Situation und Krankheiten von Familienangehörigen und wichtigen Bezugspersonen können zeigen, dass z. B. eine Krankheit einer Bezugsperson kopiert wird, oder der Patient befürchtet, seine Symptomatik dem Leiden einer solchen Person zuordnen zu müssen, d. h. ein ähnliches Schicksal befürchtet.

8.7 Psychische Entwicklung

- 46 Im Verlauf des Interviews werden die Hinweise auf die persönliche, psychische Entwicklung genutzt, um das Bild zu vervollständigen. Die psychogene Mitbeteiligung an der Entstehung einer Krankheit ist nur aus der psychischen Entwicklung und der Ausbildung des Selbst zu verstehen. Es erscheint auch äußerst wichtig, die Abwehrmechanismen zu erkennen und diagnostisch für die psychische Entwicklung zu berücksichtigen.

8.8 Soziales

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

8.9 Systemanamnese

Zum Abschluss der Untersuchung werden noch notwendige Einzeldaten 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. **48**

8.10 Fragen und Pläne

Es ist notwendig, dem Patienten durch die Fragen „Haben Sie noch Fragen an mich?“ und „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. Die folgende Sitzung soll mit der Frage eingeleitet werden, was dem Patienten in der Folge der letzten Begegnung für Gedanken und Einfälle gekommen sind. Zum Abschluss gehört auch die Frage an den Patienten, welche eigenen Vorstellungen er über mögliche Erklärungen für sein Leiden hat. Diese eigenen Vorstellungen sind aus analytischer Sicht sehr bedeutsam für die Diagnose. **49**

Nicht jeder Patient wird mit einer derart umfangreichen Anamnese untersucht werden müssen. Da aber auch hinter banal erscheinenden Leiden sich 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 differentialdiagnostischen Abklärung notwendig. Bei manchen Patienten wird dem Arzt schon nach kurzer Untersuchung klar, dass die diagnostische Abklärung den Rahmen seiner Ausbildung überschreitet. Hier wird er sich auf die Schritte und den Umfang der Untersuchung beschränken, die ihm zur begründeten Anforderung des Konsiliararztes ausreichen, und dem Patienten Compliance ermöglicht. Es muss dringend davor gewarnt werden, mit dem Patienten Themenkreise anzusprechen, für die der Untersucher aus- und weiterbildungsmäßig psychotherapeutisch nicht befähigt ist. Es ist für den Patienten leichter einzusehen, dass die Kompetenz des Arztes Grenzen hat, und deshalb eine Hinzuziehung eines Spezialisten ratsam ist, als enttäuscht wahrzunehmen, dass die Öffnung im Gespräch sinnlos war, da der Arzt mehr versprochen hatte, als er halten konnte. Es würde so mehr verdorben als geholfen. Mehr Wissen um den tiefenpsychologischen Ansatz in der Psychosomatischen Medizin gibt die Chance, vom redukti- **50**

onistischen Denken Abschied zu nehmen und den Menschen Patient nicht mehr als „funktionsgestörte Maschine“ zu betrachten.

9 Beratung und Vermittlung der Diagnose

- 51 Die Befunde aus der biopsychosozialen Anamnese und der körperlichen Untersuchung werden zu einer Gesamtbeurteilung zusammengeführt. So ist es möglich, Krankheiten zu erkennen, die im oben genannten Verständnis als psychosomatische Erkrankungen zu bewerten sind, und davon Krankheiten zu unterscheiden, die im Grunde „nur“ einer rein somatischen Therapie bedürfen. Die Gesamtdiagnose führt zur personen- und problembezogenen Beratung des Patienten.
- 52 Eine Beratung ist deutlich zu unterscheiden von der Aufklärung. Aufklärung ist eine juristische Pflicht, den Patienten hinreichend über die Diagnose, die therapeutischen Möglichkeiten und die Risiken zu informieren. Dies ist eine Mitteilung über den Patienten und seine Krankheit. Die Beratung ist ein offenes Gespräch mit dem Patienten über alle Ursachen, die Entwicklung, die therapeutischen Möglichkeiten und die Prognose. Es ist wichtig, festzustellen, ob der Patient die Problembedeutung seiner Erkrankung thematisieren und erfassen kann. Nicht immer ist es dem Patienten möglich, die Problembedeutung klar zu äußern oder zu erkennen. Häufig wird diese verdrängt, da psychischen Hintergründe zu belastend sind.
- 53 Erkrankungen, die vorwiegend psychogene Ursachen haben und psychotherapeutisch behandelt werden müssen, erfordern in der Regel vor eventuell auch dringenden ärztlichen Therapien eine psychotherapeutische Vorbehandlung. Das gilt insbesondere auch bei psychischer Komorbidität, falls sie einen normalen Behandlungsgang kaum möglich erscheinen lässt. Beim Patient darf niemals das Gefühl aufkommen, der Arzt würde ihn als Simulanten, eingebildeten Kranken oder gar als verrückt ansehen. Eine Compliance für psychotherapeutische Behandlung wäre in diesem Fall unwahrscheinlich.
- 54 Die Behandlung des Patienten kann nicht allein auf der Grundlage somatischer Untersuchungen erfolgen. Nur eine Untersuchung, die personenbezogen die biopsychosozialen Aspekte der Erkrankung einbezieht, schafft Voraussetzungen für eine hinreichend gründliche Diagnostik und Therapie. Es ist unbedingt nötig, festzustellen, ob die somatischen Befunde wesentlich sind und damit die Therapie bestimmen, ob psychische Gründe die eigentliche Ursache des Leidens sind,

oder ob eine psychische Komorbidität besteht, bei der außer der ärztlich-somatischen Therapie noch andere Aspekte und Therapien zu berücksichtigen sind. Es ist – wie schon erwähnt – dringend davor zu warnen, bei schwierigen oder „merk-würdig“ erscheinenden Patienten alle somatisch imponierenden Erkrankungen und Probleme vorschnell zu psychologisieren, aber andererseits auch davor, einseitig nur die somatischen Aspekte zu berücksichtigen.

Im Gegensatz zu somatisch bedingten Krankheiten reicht aber das Erkennen der Krankheitsursache durch den Arzt bei psychosomatischen Krankheiten nicht aus, um dem Patienten eine adäquate Therapie zukommen zu lassen. Der Patient müsste ein Einsehen bekommen für die eigentlichen Ursachen seiner Erkrankung, um für die weitere Therapie Compliance zu entwickeln. Die eigentliche Schwierigkeit, besteht darin, dieses Einsehen zu erreichen. Gerade die Unfähigkeit des Patienten, sein Problem auf der psychischen Ebene zu bewältigen, hat zur Somatisierung beziehungsweise somatischen Fixierung der Probleme geführt. Da dies kein bewusster Vorgang ist, muss die Mitteilung der (Verdachts-) Diagnose „psychosomatische Erkrankung“ auf Unverständnis und starke Abwehr stoßen. Ohne Kenntnisse psychologischer Kommunikationstechniken und psychotherapeutischer Gesprächsführung wird es kaum möglich werden, die Abwehr zu vermeiden und den Patienten zum Erkennen der eigentlichen Ursachen seiner Erkrankung zu führen. Ideal wäre es, wenn es im Gespräch mit dem Patienten gelänge, dass er wie von selbst die eigentlich psychischen Ursachen seiner Erkrankung zu vermuten beginnt. Das ist aber nur möglich, wenn schon vor dem Fehlschlagen somatischer Behandlungsversuche das Beratungsgespräch mit offenen Fragen geführt wird. Dadurch spürt der Patient das Interesse des Behandlers für seine gesamte Person und seine Situation. Er kann hinreichendes Vertrauen entwickeln, sich zu öffnen. **55**

Es ist wichtig, nicht nur beim schon primär schwierig erscheinenden Patienten, sondern in jedem Fall möglicherweise psychogene Ursachen oder Mitbeteiligung beim Krankheitsgeschehen zu bedenken. Insbesondere beim extrem angepassten Patienten oder bei den Behandler in unangemessener Form überhöhenden Patienten muss damit gerechnet werden, dass sie sich sehr schnell zum Problempatienten entwickeln können (so genannte „Koryphäenkiller“). **56**

10 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- 57 Patienten mit somatischer Symptomatik, deren Erkrankungen auch für den nicht speziell weitergebildeten Arzt im Krankenhaus nicht offensichtlich eine erkennbar psychosomatische, psychisch stark mitbestimmte oder psychiatrischen Ursache haben, erscheinen ihm als schwierige, verhaltensauffällige Patienten. In diesem Fall – und natürlich auch, wenn diese Zusammenhänge ihm erkennbar sind – wäre es wünschenswert, er könnte einen psychosomatischen oder psychiatrischen Konsiliardienst anfordern zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Im Bereich größerer klinischer Einrichtungen oder Universitätskrankenhäuser steht ihm ein solcher Konsultations-Liaison-Dienst zur Verfügung. Aber nur 10 % der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland verfügen über einen solchen Dienst¹⁰. Diese 2003 erhobene Zahl dürfte sich inzwischen verbessert haben, ist aber sicher noch nicht annähernd bedarfsdeckend. Es erscheint deshalb notwendig, dass Ärzte und Pflegepersonen sich ein psychosomatisches Grundwissen aneignen, um solche Patienten differentialdiagnostisch zu erkennen und ggf. externe Hilfe anzufordern. Auch ist für die Kommunikation zwischen dem Psychotherapeuten und den Stationsärzten, den Krankenschwestern und -pflegern, aber auch mit den Mitarbeitern im sozialen Dienst der Klinik eine gemeinsame Fachsprache wünschenswert. Nur so wird eine sachlich und ökonomisch sinnvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich.

11 Dokumentation

- 58 Der Dokumentation von Anamnesegesprächen wird zu Recht (auch aus juristischen Gründen) großer Wert zugemessen. Nur so können die mit dem Patienten befassten Medizinerpersonen in klinischen Einrichtungen, in denen verschiedene Ärzte, andere Therapeuten und Pflegekräfte sich mit dem Kranken befassen, die Kommunikation mit dem Patienten qualifiziert wieder aufnehmen. Um die zeitliche Beanspruchung für die Aufzeichnung in Grenzen zu halten, ist hierfür ein Formblatt sehr hilfreich. Ein solches Formblatt ist unter dem Stichwort Anamnese auf der Website http://www.demmel-berlin.de/pub_formulare.htm verfügbar. Dieses Formblatt wurde für die zahnärztliche Praxis konzipiert. Es ist leicht mit geringen Veränderungen

¹⁰ Köhle, K./Siol, T.: Zur Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, 2003.

an die Bedürfnisse anderer Ärzte anzupassen. Dafür kann bei Bedarf eine Word-Datei dieses Formulars beim Autor angefordert werden.

12 Fortbildungsmöglichkeiten

Allen klinisch tätigen Ärzten, aber auch allen Personen, die in der Pflege tätig sind, ist anzuraten, sich in professioneller Kommunikation und Psychosomatischer Medizin weiterzubilden, um schwierige und verhaltensauffällige Patienten rechtzeitig erkennen zu können und mit ihnen umzugehen lernen. Die Ärztekammern bieten für Ärzte Kurse der psychosomatischen Grundversorgung an. Personen, die in der Pflege tätig sind, sollten bei ihren Berufsverbänden für entsprechende Fortbildungskurse nachfragen. Fortbildungsmöglichkeiten gibt es u. a. auch auf den Tagungen des Deutschen Kollegiums der Psychosomatischen Medizin und der Uexküll-Akademie für integrierte Medizin. **59**

13 Der reklamierende Patient

Als störend und verhaltensauffällig erscheinen auch Patienten, die den Umgang mit ihnen durch Arzt oder Pflegepersonal, Untersuchungsmethoden und -ergebnisse oder Behandlungen in einer Art reklamieren, die sachlich nicht nachvollziehbar ist. Dabei müssen zwei Gruppen unterschieden werden. Es gibt zum einen Patienten mit im Grunde berechtigter Reklamation, die aber nicht fähig sind, sich sprachlich nachvollziehbar und in ihrem Verhalten verständlich auszudrücken. Sie leiden darunter und kämpfen um Verständnis, was wir leider häufig fehlinterpretieren als gegen uns gerichtet. Zum anderen erscheinen Patienten als besonders schwierig und teilweise auch als querulatorisch mit einer Reklamation, deren Ursache eher in ihrer neurotischen oder gar psychotischen Erkrankungen begründet ist (Komorbidität). Hier werden Wünsche, Vorstellungen oder Ideen vom Patienten projiziert oder verschoben und sind ohne Kenntnis des zugrunde liegenden Leidens nicht zu erklären. Zwischen der Wahrnehmungsebene des Patienten und der des Arztes ist die Kommunikation gestört. Es kann nicht zur Ausbildung einer gemeinsamen Wirklichkeit kommen. Der Patient kämpft um ein Verstehen und Ernstgenommenwerden, der Arzt oder die Pflegeperson um die Anerkennung seines von ihm als richtig und angemessen eingeschätzten Vorgehens. Der Circulus vitiosus kann nur aufgelöst werden, wenn die Aufmerksamkeit sich wieder dem Patienten zuwendet und über die Frage **60**

nachgedacht wird, was ihn zu seinem Verhalten treibt. Häufig sind es Ängste¹¹, und es muss geklärt werden, wovor. Ohne differentielle Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Bedingungen wird es kaum gelingen können, diese subjektiven Prozesse wirklich zu entschlüsseln. Nur dadurch sind gegenseitiges Verstehen, damit auch eine Diagnose und Wege zur Problemlösung möglich.

Literatur

- Adler, R. H., Hemmeler, W.:* Praxis und Theorie der Anamnese. Stuttgart, New York: Fischer 1989.
- Hoffmann S. O./Hochapfel G:* Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer 2004.
- Köhle, K./Siol, T.:* Zur Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. In: Uexküll, T. v. et al.: (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer 2003.
- Müller-Fahlbusch, H.:* Psychosomatik. In: Horch, H./Hupfuf, H./Ketterl, W./Schmuth, G. (Hrsg.): Praxis der Zahnheilkunde Bd. 7. München: Urban & Schwarzenberg 1986.
- Riemann, F.:* Grundformen der Angst. München: Reinhardt 1989.
- Schepank, H. (Hrsg.):* Verläufe, seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin: Springer 1990.
- Uexküll, T. v. et al. (Hrsg.):* Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer 2003.
- Weizsäcker, V. v.:* Gesammelte Schriften. Frankfurt: Suhrkamp 1986.

11 Riemann, F.: Grundformen der Angst, 1989.