

Von der Biomedizin zur biopsychosozialen Medizin

Schriftenreihe der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin

Bearbeitet von
Rolf H. Adler

1. Auflage 2014. Buch. 154 S. Hardcover

ISBN 978 3 7945 3044 1

Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychosomatische Medizin, Schlafmedizin](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

3 Die Anamneseerhebung: Der Königsweg zum Patienten

Von 1958 bis 1962 war ich cand. med., also Medizinstudent im klinischen Abschnitt. Der Körperuntersuchung wurde im sogenannten Pöpperlikurs (Perkussion und Auskultation) großes Gewicht beigemessen, vor allem der Herz- und Lungenperkussion und -auskultation. In einer Koje gruppierten sich zwölf Studenten um einen Kranken und versuchten, ihr eigenes Stethoskop durch ein Gewirr von Armen und Stethoskopschläuchen der Mitstudenten auf ein freies Stück Haut in der Herzgegend oder über der Lunge zu platzieren. Der Aufnahme der Krankengeschichte, der Anamneseerhebung, in den USA Interviewing genannt, galt keine Aufmerksamkeit. In bunter Abwechslung stellten die Studenten Suggestiv-, Doppel- oder sogar Dreifachfragen und häufig solche, die mit Ja oder Nein zu beantworten waren. Nie konnte ein einzelner Student allein eine Anamnese erheben, und nie war ein Tutor dabei, der die Erhebung der Krankengeschichte begleitete, geschweige denn Beispiel gebend vorlebte. Kurz: Die Anamnese war das Aschenbrödel im Zugang zum Patienten.

In der Assistentenzeit in der Inneren Medizin war bei meinen Aufnahmegerätschäften mit den Patienten auch nie jemand dabei. Der Oberarzt kam zum Patienten, wenn ich die Befragung und die Körperuntersuchung abgeschlossen hatte, hörte zu, was ich ihm berichtete, und stellte höchstens noch klärende Fragen.

Genauso in der Psychiatrischen Klinik, auch dort war bei meiner Anamneseerhebung nie jemand dabei. Als Assistenten durften wir wenigstens einmal in der Woche zuhören, wenn Prof. Ruedi Wyss einen Patienten befragte. Es war erstaunlich, was ihm die Kranken alles erzählten, aber es wurde nie besprochen, wie ein Arzt die Anamneseerhebung strukturieren sollte. Bei der anschließenden Besprechung wurde nie über Struktur und Fragetechnik in der Anamneseerhebung gesprochen, wie wenn es diese nicht gäbe.

Im Gegensatz dazu stand die Erhebung der Anamnese in der Liaison-Gruppe (Medical Psychiatric Liaison Group) von Professor George Engel am Strong Memorial Hospital im Zentrum der Aufmerksamkeit. Dort verbrachte ich Ende der 1960er Jahre zwei Jahre (Abb. 3-1).

Der Gegensatz zu meinen Erfahrungen in der Schweiz hätte nicht größer sein können. Wir fünf Fellows, alle mit drei oder mehr Jahren Erfahrung in der Medizin, bei mir waren es fünf, wurden von einem der Senior Members der Liaison-Gruppe jeweils am Mittwoch von 16 bis 18 Uhr im Interview geschult. Engel hatte gemeinsam mit William Morgan für die Studenten der Rochester



Abb. 3-1 Der Autor und seine Frau Michèle 1967 auf dem Schiff nach New York zum Antritt der Stelle in Rochester, NY.

Medical School ein Buch geschrieben: *The Clinical Approach to the Patient* (Morgan u. Engel 1969). Die Interview-Strategie, die er darin vorschlägt, erlaubt es dem Patienten, seine Geschichte in seiner eigenen Ausdrucksweise darzulegen. Das Interview ist semistrukturiert und ermöglicht es dem Interviewer trotz offener Fragen, die für das Verstehen der Krankheit, der Person und ihrer Umwelt wichtigen Gebiete abzudecken (Abb. 3-2). Ich war von diesem Buch so beeindruckt, dass ich es nach meiner Rückkehr nach Bern mit Hilfe von sechs Medizinstudenten übersetzte (Nr. 28). Eine dieser Übersetzer und Übersetzerinnen war Therese Hofer. Sie war während meiner Zeit als Chefarzt an der Medizinischen Abteilung Lory des Inselspitals Assistenzärztin und später Oberärztin. Heute arbeitet sie als Internistin mit psychotherapeutischer Ausbildung am Lindenhoftspital in Bern und in der eigenen Praxis.

Zusammen haben wir *Is Specificity Back? This Time Thrombangiitis Obliterans* (Nr. 101) publiziert, eine Untersuchung darüber, ob Männer mit diesem Leiden, der Schaufensterkrankheit, besondere Wesenszüge und Verhaltensmuster aufweisen. In einer kontrollierten Vergleichsstudie mit kardiovaskulär Kranken waren sie feindlicher, bagatellisierten, wichen aus und erweckten im Interviewer mehr Ärger, Ungeduld, Langeweile und Erstaunen und we-

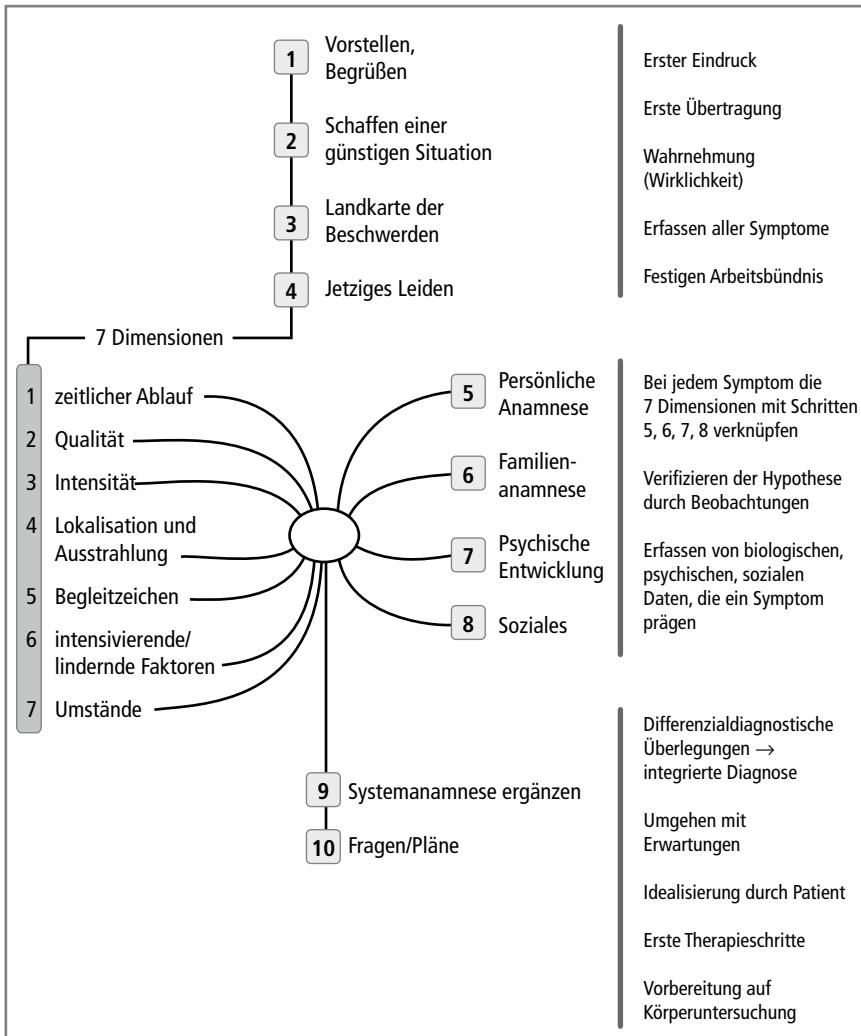


Abb. 3-2 Interview-Schema, wie es von Morgan und Engel vorgeschlagen wird (hier modifizierte Fassung nach Nr. 100).

niger Empathie als die Patienten der Kontrollgruppe. Sie wechselten öfter den Arbeitsplatz, fehlten häufiger bei der Arbeit, hatten höhere Schulden, rauchten vor und während der Krankheit mehr und waren häufiger ledig oder geschieden als die kardiovaskulär Kranken. In der Kindheit wiesen sie mehr Verhaltensschwierigkeiten zuhause und in der Schule auf. Sie zeigten zellgebundene Autoantikörper gegen Kollagen und eine Neigung zu HLA-A9 und B5, besonderen Histokompatibilitätsantigenen. Dies wirft die Frage auf,

ob somatische Faktoren sowohl die psychische Entwicklung beeinflussen als auch eine Neigung, an diesem besonderen Gefäßleiden zu erkranken.

Zurück zum Interview: Jeder Einzelne der Fellows führte mehrmals bei verschiedenen Patienten ein dreiminütiges Interview durch, das die ersten drei Schritte des Gesprächs enthalten sollte: erstens sich dem Kranken namentlich vorstellen, zweitens den Kranken für das Gespräch in die bestmögliche Lage bringen, und drittens die einleitende Frage stellen: „Wie fühlen Sie sich im Moment?“. Die erste Frage sollte eben nicht: „Litt Ihre Großmutter an Tuberkulose?“ lauten, weil das momentane Gefühl Bedeutsames über das Gleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit aussagt und über die Familie erst gefragt werden soll, wenn der Patient Assoziationen zu ihr hat. Wir staunten jeweils, wie viele wertvolle Eindrücke in dieser kurzen Zeit erfasst werden konnten. Dann gingen wir zu Fünfminuten-Interviews über. Sie schlossen den vierten Schritt ein, das jetzige Leiden. Nach diesem Schritt waren wir erneut beeindruckt, wie viel vom Leiden in seinen Hauptzügen schon ersichtlich war. In 15-minütigen Interviews ließen sich dann Assoziationen des Patienten zu früheren Leiden, zur Familiengesundheit, der psychischen Entwicklung des Kranken und zur sozialen Situation erfassen. Später folgten Sitzungen, wo nur noch einer der Fellows eine ganze Erhebung der Anamnese durchführte.

In der zweiten Hälfte des ersten Jahres begleiteten wir einen Senior Tutor als Co-Tutor zum Gruppenunterricht von klinischen Studenten im Interviewen. Ich hatte das Glück, Sandy Meyerowitz als Co-Tutor zugewiesen zu sein. Ich habe es nicht vergessen, wie er bei einem Patienten mit Aortenstenose die diesbezüglichen Beschwerden nicht vernachlässigte, aber den psychosozialen Gegebenheiten mehr Gewicht beimaß. Die Herzabklärung gab seiner Beurteilung recht. Sandy ist leider mit 45 Jahren an einem Pankreaskarzinom gestorben.

Im ersten Jahr als Fellow plagten mich enorme Schwankungen bezüglich meiner beruflichen Ausrichtung: Sollte ich Psychoanalytiker oder Internist werden? Erst als ein Senior Member der Gruppe, Robert Berkow, Internist in eigener Praxis und attending physician, im Hochsommer auf einer heißen, staubigen Veranda einer internistischen Abteilung eine ältere Frau interviewte und dabei ein komplexes Gewebe von somatischen, persönlichen und sozialen Gegebenheiten ans Licht hob, stellte sich die Einsicht ein, dass Innere Medizin, die psychologisches und soziologisches Verständnis integriert, für mich das Richtige ist.

Die zwei Jahre in Rochester brachten mich besonders in den ersten Monaten zur Verzweiflung, denn der Tagesablauf war bis auf die Studentenvorlesung über psychosoziale Aspekte des Krankseins, einen Mittagslunch mit den Senior Fellows und das Interviewtraining völlig unstrukturiert. Ganz anders als in der Schweiz, wo der Assistenzarzt ein volles Tagespensum als quasi Arbeitstier absolviert. Im ersten Jahr kämpfte ich dagegen, indem ich eine Untersuchung

durchführte, bei der ich Männer mit Hirnschlag durch Erweichung, die häufigste Form eines Schlaganfalls, bezüglich ihrer Empfindungen und Erlebnisse vor dem Auftreten des Hirnschlags befragte (mehr dazu in Kap. 4, S. 68). Im zweiten Jahr schloss ich mich den Gastroenterologen an, weil ich wusste, dass im Magen-Darmgebiet psychische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen können. Ich sah aber bald ein, dass sich die Gastroenterologen hauptsächlich mit Gastro- und Koloskopien beschäftigen.

Im zweiten Jahr stellte sich mir Engel persönlich als Tutor für eine Stunde pro Woche zur Verfügung. Meistens machten und besprachen wir Interviews. Gegen Ende meiner Zeit in Rochester erwartete ich von ihm eine Unterstützung bei der Suche nach einer weiteren Stelle in den USA und Anregungen, bestimmte Studien durchzuführen. Er verhielt sich aber abstinent, wie ein Analytiker, der seinen Patienten keine Ratschläge erteilen wird. Engel schenkte mir zum Abschied erstaunlich vorausschauend ein Doodle mit einem Vogel, der auf einem Gewässer schwimmt, mit der Bildunterschrift: *I wonder if the Bernese Physicians recognize the new Rolf?* (Abb. 3-3). Lob gab es in der gesamten Rochester-Zeit von ihm nur einmal, als ich an seiner Stelle am American Psychosomatic Meeting in Cincinnati die Hirnschlagstudie vortragen musste, weil er wegen einer Herzrhythmusstörung im Spital lag. Einige Jahre später wurde ich erneut zu einem Gastvortrag ans Strong Memorial Hospital eingeladen.

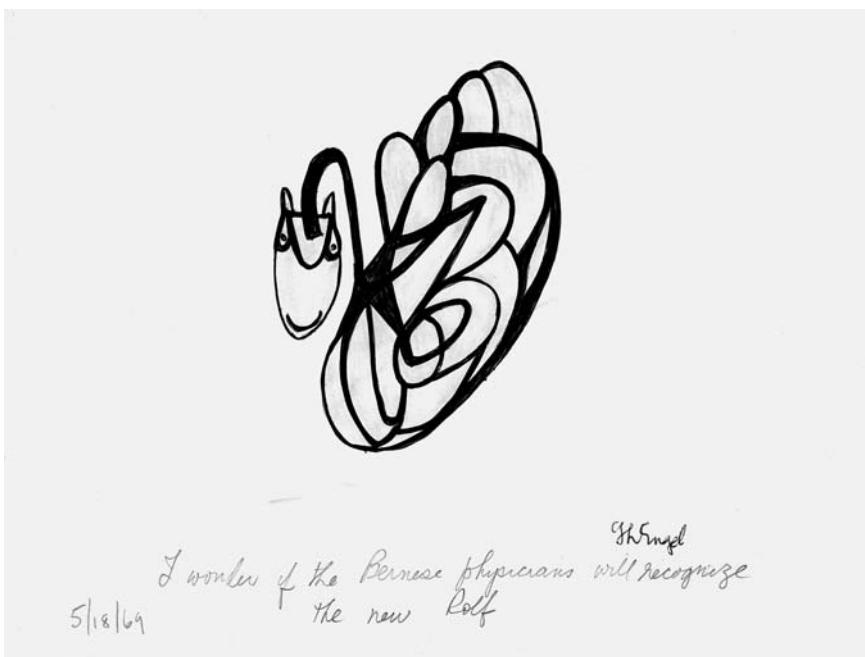


Abb. 3-3 Doodle von George L. Engel, das er mir 1969 zum Abschied schenkte.

den. Nach dem Vortrag meinte Engel zu mir: „You are a Mensch“ – ein großes Lob. Viel später gestand er mir, dass er der einzige gewesen sei, der meine Aufnahme in die Liaison-Group eindeutig befürwortet hatte, weil mich die anderen zu intellektuell fanden. Ihm sei es bei einer Stellensuche in Chicago am psychoanalytischen Institut genau gleich ergangen!

Im zweiten Jahr übernahm der Fellow allein den Unterricht einer Sechsergruppe von Studenten. Einer der Studenten interviewte einen 75-jährigen Mann. Er war als Notfall mit Schmerzen rechts seitlich am Thorax eingewiesen worden. Dort fand sich perkutorisch eine Dämpfung. Das Röntgenbild bestätigte diese. Er war deshalb schon vor unserem Gruppenunterricht antikoaguliert worden. Nach dem Interview des Studenten ergänzte ich dieses. Es stellte sich heraus, dass zwei Wochen vor seiner Erkrankung seine Frau ins gleiche Spital eingewiesen worden und an einer Lungenembolie gestorben war. Nach den Symptomen seiner Frau gefragt, beschrieb er Schmerzen auf der rechten Seite des Brustkastens. Wir suchten nach einem Thoraxröntgenbild von einem früheren Spitalaufenthalt des Patienten, um darzulegen, dass Dämpfung und Verschattung nicht von der jetzigen Erkrankung stammten, sondern schon früher vorhanden waren. Es wurde gefunden und zeigte die genau gleiche Verschattung wie das jetzige Bild. Alle Laborindikatoren für eine Lungenembolie waren beim jetzigen Spitäleintritt negativ ausgefallen. Die Diagnose lautete jetzt: Durch Konversion bedingte Schmerzen in der Trauerzeit um seine Frau (Nr. 60). Unter Konversion verstehen wir den Ausdruck eines zum Teil unbewussten Konflikts in der Körpersprache.

Im Juli 1969 kehrten wir, wieder per Schiff, nach Le Havre zurück, nahmen unseren grünen Ford Falcon als Familienwagen und Erinnerungsstück in Empfang und fuhren nach Worb, wo meine Eltern für uns ein kleines Reiheneinfamilienhaus gemietet hatten. Über den amerikanischen Wagen als Erinnerung an Rochester konnten wir uns allerdings nur kurz freuen. Bei einem Ausflug ins Oberland fiel das ganze Auspuffsystem ab, und wir kehrten unter peinlichem Lärm nach Hause zurück. Kurz darauf zeigten sich handgroße rostig ausgefranste Löcher in den Kotflügeln. Wir mussten ihn aufgeben, da ihm anscheinend die zwei Rochester Winter, mit über fünf Monaten schnee- und eisbedeckten, mit Salz bestreuten Straßen, zu arg zugesetzt hatten.

Zurück in der Schweiz begann ich an der Medizinischen Uni-Klinik des Inselspitals zu arbeiten. Dort führte ich ein Jahr lang als Assistent, dann als Oberarzt, ab 1974 als Privatdozent, wöchentlich ein Interviewseminar durch. Rückblickend verstehe ich nicht, wie ich das überhaupt gewagt habe, denn die Klinikleitung fand kein Interesse an einem biopsychosozialen Konzept. Überhaupt schien die Einsicht zu fehlen, dass das Sprechen mit dem Patienten gelernt werden muss. Eine Ausnahme war Prof. Hannes Pauli, dem ich sehr dankbar bin für sein Verständnis und für seine Unterstützung. Ich stelle nicht in Frage, dass gewisse Ärzte ein Talent für das Gespräch mitbringen, aber es ist

verbesserungsfähig. Schließlich verhält es sich hier wie mit dem Schachspiel. Auch Garry Kasparow, der zukünftige Weltmeister, ging bei Großmeistern in den Unterricht, obwohl er schon als Junge hochbegabt für Schach war. Nach der Übernahme der Chefarztstelle hielt ich bis vor kurzem ein 14-tägliches Interviewseminar für Studenten.

Ich komme kurz auf das Schachspielen zu sprechen und damit wieder einmal auf etwas Biographisches. Unser Sohn Joel, geboren 1965, wurde vom Professor für Radiologie, Zuppinger, den wir seiner raschen Sprache und Bewegungen wegen Zuckinger nannten, in den Schachklub „Zytglogge“ eingeführt. Joel besiegte mit 13 Jahren den mehrfachen Schweizer Schachmeister und wurde Schweizer Junioren- und zweimal Schweizer Meister mit der Mannschaft bei den Erwachsenen. Seine Erfolge freuten mich, aber ich konnte meine Genugtuung nicht immer vernünftig beherrschen. Mein narzisstisches Problem hat Joel vielleicht hie und da unter Leistungsdruck gesetzt.

Durch Hannes Pauli hatte Professor Thure von Uexküll, der in Ulm 1966 eine neue Medizinische Fakultät gegründet hatte und biopsychosozial ausgerichteter Internist war, von mir und meiner Ausbildung in Rochester gehört. Er wollte mich als Oberarzt an seine Klinik holen. Ich zog es vor, meinen Weg in Bern zu verfolgen, einige mich aber mit ihm und der Berner Klinikleitung, dass ich einen Tag alle zwei Wochen in Ulm verbringen durfte. Diese Abmachtung hielt ich bis zu von Uexkülls Emeritierung 1976 aufrecht.

Am frühen Morgen um 4 Uhr 40 verließ ich jeweils Bern mit dem Zug, erreichte Romanshorn, setzte mit der Fähre nach Friedrichshafen über und kam in Ulm kurz vor 10 Uhr an. Eine Szene morgens während einer der Reisen bleibt mir in Erinnerung: Ich saß wie gewöhnlich an einem Fensterplatz im Schiff. Plötzlich klirrte die Scheibe dumpf, eine große blutrote und von Schlamm grün durchmischte Pfütze bildete sich auf dem Glas, und ein Schwan, der das Glasfenster nicht gesehen hatte, stürzte in den See. Das schöne Tier fand wahrscheinlich den Tod.

In Ulm angekommen, machte ich meist eine Kaffeepause bei der liebenswerten Sekretärin von Uexkülls, Frau Lodders, danach fand das Interviewseminar statt. Am frühen Nachmittag folgte die Zusammenarbeit an einem Projekt, wo ich einen Patienten interviewte, während sein Blutdruck fortlaufend mit einer intraarteriellen Sonde gemessen wurde. Nach der Methode von Luborsky und Auerbach, genannt Symptom-Kontext-Analyse, untersuchten wir dann die Minuten vor den höchsten Druckerhebungen- und Senkungen. Die erste Publikation zu diesem Projekt hieß *Objektive Auswertung des Sprachverhaltens* (Nr. 12), die zweite *Interpretative Auswertung des Sprachverhaltens* (Nr. 13). Uns interessierte, ob Blutdruckspitzen und Absenkungen mit besonderen Gesprächsinhalten und Affekten verknüpft sind. Lester Luborsky sprach mir ein Lob für unsere Studie aus, als er einst Bern besuchte.