

Die Anamnese in der Osteopathie - Theorie und Praxis

Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science“ in Osteopathie

an der Donau Universität Krems-
Zentrum für chinesische Medizin &
Komplementärmedizin

niedergelegt
an der Wiener Schule für Osteopathie

von
Jutta Eberhart-Retana Mena

Betreut von
Dr. Barbara Schörner

Eisenstadt, Juni 2012

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst zu haben.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt weder im In- noch Ausland einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Diese Arbeit stimmt mit der von dem/der Gutachter/in beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

Kurzzusammenfassung

Schlüsselwörter:

Anamnese, Stellenwert, Osteopathie, Schulmedizin, qualitative Studie

Studiendesign:

Qualitative Studie

Problemdefinition:

Die Anamnese, ein wesentlicher Bestandteil des osteopathischen Praxisalltags, bereitet Osteopathie-Studenten immer wieder Probleme, welche in Supervisionen und in der fachspezifischen Prüfung am Ende der Ausbildung manifest werden. Ausführliche Angaben in der osteopathischen Literatur bezüglich Durchführung, Inhalt und Zielsetzung der Anamnese sind im Gegensatz zur schulmedizinischen Literatur rar. Auch lässt sich der Stellenwert der osteopathischen Anamnese in der Literatur nicht eindeutig festmachen, da differierende und widersprüchliche Aussagen und Ansichten vorliegen.

Forschungsfragen:

1. Wie gestalten sich die Durchführung, Zielsetzung und inhaltlichen Dimensionen der Anamneseerhebung aus Sicht praktisch tätiger Osteopathen?
2. Welchen Stellenwert hat die Anamnese aus Sicht praktisch tätiger Osteopathen?

Methode:

Nach der Durchführung von leitfadengestützten Interviews mit sechs Experten wurden die gewonnenen Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse:

Als zentrales Ziel der osteopathischen Anamnese erweist sich das Entfalten einer vertrauensvollen Beziehungs- und Gesprächsbasis, nicht aber das Formulieren einer osteopathischen Diagnose. Im Unterschied zur Schulmedizin wird in der Osteopathie von einem stark strukturierten Vorgehen Abstand genommen und stattdessen ein Individuum-zentriertes Erfragen und Erspüren auf Basis eines Dialogs mit dem Gewebe favorisiert. Entsprechend wird auch der Untersuchung und Palpation sowohl in der Literatur als auch im osteopathischen Praxisalltag ein höherer Stellenwert eingeräumt als der Anamnese.

Schlussfolgerung:

Das Thema Anamnese wäre in der Osteopathieausbildung verstärkt aufzugreifen, um Studierende für das diagnostische Verarbeiten anamnestisch gewonnener Informationen zu sensibilisieren.

Abstract

Key words:

Case history, significance, osteopathy, conventional medicine, qualitative study

Study design:

Qualitative study

Background:

Taking a case history is an integral component of the everyday osteopathic practice yet it causes again and again problems for osteopathic students, which become obvious in supervisions and the final clinical exam at the end of the osteopathic training. Comprehensive information regarding how a case history should be carried out and what content and aims it is supposed to have can only rarely be found in the osteopathic literature in contrast to the conventional medical literature. Further, the significance of the case history in osteopathic practice cannot be clearly identified based on the information in the literature due to differing and contradicting statements and opinions.

Research question:

1. How is a case history carried out regarding its format, aims and dimensions of content from the perspective of osteopaths working in practice?
2. What is the significance of the case history from the perspective of osteopaths working in practice?

Methodology:

After guideline-based interviews with six experts the collected data were analyzed by means of a qualitative analysis of content.

Results:

A central goal of the osteopathic case history is to establish a good foundation of trust in the patient-practitioner relationship and communication but not to formulate an osteopathic diagnosis. In contrast to conventional medicine, osteopathic practitioners tend not to follow a very structured protocol but prefer a questioning process that is very much focused on the individual and let themselves be guided by what they feel in their dialogue with the tissues. Therefore the evaluation and palpation are attributed more significance than the case history.

Conclusion:

The subject case history should feature more prominently in the osteopathic training to better prepare students for processing the information gathered in the case history to establish a diagnosis.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Anamnese im Spiegel unterschiedlicher Medizinkonzepte	6
2.1. Schulmedizin, Komplementärmedizin und Osteopathie.....	6
2.2. Anamnese – eine Begriffsbestimmung.....	9
3. Die Anamnese im Bezugssystem der Medizin	12
3.1. Stellenwert und Bedeutung der Anamnese in der Medizin	12
3.2. Ziele der Anamnese.....	18
3.3. Durchführung der Anamnese	20
3.3.1. Rahmenbedingungen für die Anamneseerhebung.....	21
3.3.2. Begegnung zwischen Arzt und Patient	22
3.3.3. Methoden und Techniken der Anamnese	24
3.3.4. Anamnesedokumentation	29
3.4. Teile und Inhalte der Anamnese	32
3.5. Die Anamnese in der Physiotherapie	38
4. Die Anamnese im Bezugssystem der Osteopathie	40
4.1. Stellenwert und Bedeutung der Anamnese in der Osteopathie	40
4.2. Ziele der osteopathischen Anamnese	45
4.3. Durchführung der Anamnese in der Osteopathie	50
4.3.1. Äußere Rahmenbedingungen.....	50
4.3.2. Begegnung zwischen Osteopath und Patient	51
4.3.3. Anamnesemethodik und Ablauf der Anamnese	54
4.3.4. Dokumentation der Anamnese	57
4.4. Inhalte und Schwerpunkte der osteopathischen Anamnese	59
5. Methodische Vorgangsweise	64
5.1. Das Experteninterview	64
5.2. Auswahl der Experten.....	65
5.3. Leitfadenerstellung.....	67
5.4. Durchführung der Interviews	68
5.5. Transkription der Interviews	69
5.6. Die qualitative Inhaltsanalyse.....	69
5.7. Gütekriterien	71

6. Ergebnisse der Experteninterviews	72
6.1. Ablauf und Durchführung der Anamnese	72
6.1.1. Anamnesebogen als Hilfsmittel.....	72
6.1.2. Rahmenbedingungen der Anamneseerhebung	75
6.1.3. Osteopathenrolle	77
6.1.4. Das anamnestische Gespräch: Kommunikative Aspekte	78
6.2. Zu erhebende Daten und Inhalte der Anamnese.....	81
6.2.1. Aktuelle Beschwerden und Probleme	82
6.2.2. Generelle Daten und Vorgeschichte	84
6.2.3. Zielgruppe Kinder	86
6.2.4. Zielvereinbarungen.....	88
6.3. Anamneseziele	89
6.3.1. Generieren eines Entfaltungsdialoges	90
6.3.2. Konturieren des therapeutischen Vorgehens	92
6.3.3. Erfassen der Leiden / des Leidensdruck.....	94
6.3.4. Klärung der Zuständigkeit – Rechtliche Absicherung.....	95
6.3.5. Formulieren einer osteopathischen Diagnose.....	96
6.3.6. Überblick respektive Verständnis erhalten.....	97
6.3.7. Erfolgseinschätzung	97
6.3.8. Therapie und Reflexionsprozess anregen	98
6.4. Stellenwert und Bedeutung der Anamnese	98
6.4.1. Wichtigkeit der Anamnese im therapeutischen Alltag	99
6.4.2. Das Besondere an der osteopathischen Anamnese	102
6.4.3. Relevanz für Patient und das Kollektiv.....	105
6.4.4. Professionelle Identität	106
7. Diskussion der Ergebnisse.....	108
7.1. Kritische Methodenreflexion	108
7.2. Theorie und Praxis der osteopathischen Anamnese	110
7.2.1. Durchführungsebene	110
7.2.2. Inhaltsebene.....	114
7.2.3. Zielebene.....	118
7.3. Zur Relevanz der osteopathischen Anamnese im theoretisch-praktischen Diskurs	121
8. Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	126
Literaturverzeichnis	137

Anhang	146
1. Pubmed-Recherche zu „Medical history taking“ (MeSH)	146
2. Interviewleitfaden	147
3. Abkürzungsverzeichnis	149
4. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	150
Executive Summary	151

1. Einleitung

Die Anamnese, die im Gespräch ermittelte Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuelle Erkrankung, ist wesentlicher Bestandteil des osteopathischen Praxisalltags, wie Spaeth (2000) unterstreicht: *„As with any patient evaluation, the history and physical examination is the starting platform“* (Spaeth, 2000, S. 641). Gleichwohl bereitet Studenten und angehenden Osteopathen das Erstellen von Anamnesen immer wieder Probleme. Vor allem der inhaltliche und zeitliche Faktor – zu viel Zeitaufwand für die Anamnese und zu wenig resultierende Zeit für nachfolgende Untersuchung und Behandlung – können Grund für negatives Feedback in Supervisionen und für das Nichtbestehen der Prüfung „Osteopathische Diagnose und Behandlung“ am Ende der Ausbildung sein. Auf diese Problematik machen Vortragende an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO), wie auch der Osteopath Ligner (2007), in ihrem Unterricht aufmerksam. Die Herausforderung läge laut Ligner (2007) darin, Anamnese, Untersuchung und Behandlung zeitlich angemessen aufeinander abzustimmen ohne jedoch den Blick auf die individuelle Geschichte des Patienten zu verlieren; ein Aspekt, den McConnell, ein Pionier der Osteopathie, bereits 1917 kritisch thematisiert: *„Far too frequently the relative importance of history taking, anatomical findings, and laboratory data are not sufficiently emphasized in the individual case“* (McConnell, 1917, p. VIII). Während aus seiner Sicht das Negieren nur eines dieser grundlegenden Bestandteile, und damit der Anamnese, ein Verständnis der individuellen Problematik verhindere, wird mitunter das anamnestische Erfragen und Befunden als kontraproduktiv für das weitere osteopathische Vorgehen empfunden, wie dies Cloet (2005) zum Ausdruck bringt:

„Wenn Stills Aussage, ‘das Gewebe hat Recht’, als osteopathischer Leitfaden meiner Diagnose und Behandlung dienen soll, dann ist das Gewebe auch tatsächlich der einzige Leitfaden meiner osteopathischen Diagnose. Deshalb möchte ich vor einer Behandlung so wenig wie möglich über meinen Patienten wissen, weil ich das auf der Suche nach der primären Ursache als störend empfinde.“ (Cloet, 2005, S. 29)

In medizinischer Perspektive hingegen verorten Gregory und Mursell (2010) *„an undoubted need for effective history taking and communication in the assessment of any patient group and professional role“* (Gregory and Mursell, 2010, p. 176), gilt doch die Anamnese als wichtigste Informationsquelle, da *“bis zu 70% der Diagnosen [...] aufgrund der Anamnese-daten erhoben werden [können]“* (Werthmann und Wieting, 2005, S. 1065). Entsprechend vielfältig ist die medizinische Fachliteratur zum Thema „Anamnese“ – als Beispiel sei das Buch „Anamnese und Befund“ erwähnt, in dem Dahmer (2006) auf Voraussetzungen für die Anamneseerhebung, Ziele der Anamnese, Interaktion beim Arzt-Patienten-Gespräch, Fragen und ihre Formulierung, Dokumentation, vermeidbare Fehler, therapeutischen Effekt der Anamnese usw. eingeht –, dies bedeutet aber nicht, dass der ärztliche Anamnese-

prozess keine Schwierigkeiten bereiten würde. Eine Untersuchung an Medizinstudenten des 4. vorklinischen Semesters der Universität Frankfurt zeigte, dass die Mehrheit der Studierenden ihr Fähigkeiten und Kenntnisse in der ärztlichen Gesprächsführung und Anamnesetechnik „selbstkritisch als defizitär ein[schätzten]“ (Sennekamp et al., 2007, S. 1).

Einschlägige Fachliteratur zum Thema „Osteopathische Anamnese“ bzw. „(Medical) History Taking“ ist hingegen rar. So gibt es einige Lehrbücher der Osteopathie, welche der Anamnese ein eigenes Kapitel widmen – dazu zählt auch „Diagnostik in der Osteopathie“ von Croibier (2006), worin sehr detailliert auf die Anamnese und das Patientengespräch eingegangen wird. Autoren anderer osteopathischer Lehrbücher erwähnen die Anamnese, ohne näher darauf einzugehen (vgl. Hartman, 1997; Marcer and Parsons, 2005) bzw. thematisieren sie gar nicht (vgl. Greenman, 2000). Mitunter erweckt dies den Anschein, als würde das Wissen um Inhalt und Ablauf der Anamnese in der Osteopathie vorausgesetzt werden. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass in einigen europäischen Ländern, wie auch in Österreich, die Ausbildung zum Arzt bzw. Physiotherapeuten Voraussetzung zur Zulassung zum Osteopathiestudium ist, und somit auch das Wissen über Anamneseerhebung vorausgesetzt wird. Vielleicht ist es auch so, dass sich die osteopathische Anamnese von jener der Schulmedizin nicht unterscheidet? In einigen Büchern über Teilbereiche der Osteopathie, z.B. in „Leitfaden Viszerale Therapie“ von Dobler et al. (2005) fällt auf, dass in der Anamnese hauptsächlich Fragen gestellt werden, die sich fast ausschließlich auf diesen Teilbereich beziehen. Dies steht jedoch im Widerspruch zum ganzheitlichen Denkansatz in der Osteopathie, denn die viszerale Osteopathie ist nur eine der drei Hauptsäulen der Osteopathie. Neben ihr gibt es die kraniosakrale und parietale Osteopathie sowie eine Vielzahl von anderen spezifischen Techniken (vgl. Reiter, 2004). In der Regel behandelt ein Osteopath den Patienten laut Reiter (2004) nicht ausschließlich nach der einen oder anderen Methode – „denn die Osteopathie lebt von ihrem ganzheitlichen Ansatz und der Behandlung des Menschen als Einheit“ (Reiter, 2004, S. 40). Mit dieser ganzheitlichen, individuell-patientenzentrierten Haltung in der Osteopathie scheint auch eine „Differenzierung und höhere Gewichtung des diagnostischen Gesprächs“ (Bräutigam et al., 1997, S. 81) einherzugehen, wie dies Lalouschek (2005) für die Anamnese in der psychosomatischen Medizin geltend macht.

Zu Beginn der osteopathischen Ausbildung erhalten Studenten der Wiener Schule für Osteopathie (WSO) einen Anamnesebogen, welcher im Laufe der Ausbildung durch weitere Anamnesebögen einzelner Vortragender ergänzt wird, die sich je nach Spezialgebiet unterscheiden bzw. die einzelne Materie vertiefen. Im vierten Ausbildungsjahr findet auch ein

eintägiger Unterricht zum Thema „Anamnese“ statt.¹ Einerseits kann diese Vielfalt von Anamnesevorschlägen bereichernd sein, andererseits kann sie auch zu Unsicherheiten und Verwirrung gerade bei Studierenden führen. Derzeit gibt es – zumindest in Österreich – keinen Standard-Anamnesebogen in der Osteopathie, ein Umstand, der möglicherweise in den osteopathischen Prinzipien zu finden ist – denn der individuelle Zugang sowohl des Therapeuten als auch des Patienten könnte mit solchen Standardisierungen als einschränkend wahrgenommen werden. Dabei ist es gerade der aufmerksame Blick auf das Individuum, der eine gelungene Anamnese ausmacht, wie Mayer-Fally (2007) betont. Gespräche mit Studienkollegen lassen vermuten, dass der Anamnese im osteopathischen Praxisalltag unterschiedlicher Stellenwert beigemessen wird. So schenken manche Osteopathen der Anamnese sowohl auf zeitlicher als auch inhaltlicher Ebene viel, andere wenig Aufmerksamkeit, in Extremfällen findet überhaupt keine Anamnese vor der Behandlung statt; ein Aspekt, auf den auch Nagel (2008) aufmerksam macht: *„Einige Osteopathen machen eine ausführliche Anamnese, [...], andere wollen vom Beschwerdebild des Patienten zu Beginn der Behandlung erst einmal gar nichts wissen“* (Nagel, 2008, S. 141).

Die erwähnten Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis und der nicht eindeutig festzumachende Stellenwert der Anamnese in der Osteopathie sind Motivation für diese Arbeit und Grund für eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Thema. Demnach gründet sich diese Arbeit auf zwei zentralen Fragestellungen:

1. Wie gestalten sich die Durchführung, Zielsetzung und inhaltlichen Dimensionen der Anamneseerhebung aus Sicht der praktisch tätigen Osteopathen?
2. Welchen Stellenwert hat die Anamnese aus Sicht praktisch tätiger Osteopathen?

Um diese Fragestellungen zu beantworten, wird zunächst auf Basis einer Literaturanalyse der Stellenwert der schulmedizinischen und osteopathischen Anamnese extrahiert und wesentliche Elemente der jeweiligen anamnestischen Herangehensweise kontrastiert. Da ein allumfassender Literaturüberblick den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, beschränkt sich die Literaturlauswahl in der Osteopathie vorwiegend auf den europäischen Einzugsbereich sowie auf Standardwerke des Gründers der Osteopathie – Andrew Taylor Still – und der renommiertesten Osteopathen des letzten Jahrhunderts. Gründe dafür sind die – weltweit gesehen – unterschiedlichen Voraussetzungen und Ausbildungen. In Österreich bildet die Berufsausbildung des Mediziners bzw. des Physiotherapeuten die Voraussetzung zur Zulassung der Osteopathieausbildung. Aufgrund des sehr großen

¹ Diese Angaben berufen sich auf die eigene Erfahrung der Autorin als Studentin an der WSO in den Jahren 2002 bis 2008.

Fundus in der klinischen-medizinischen Literatur werden nur relevante Bücher in deutscher und englischer Sprache zum Thema Anamnese herangezogen. Die Auswahl der Bücher wurde mitbestimmt durch empfohlene bzw. genannte Literatur von Vortragenden und Kollegen und durch Erstnennungen in Bücherlisten. Weiters wurden gängige medizinische Datenbanken (vgl. Trappe und Trost, 2010) zu dem Thema dieser Arbeit durchforstet.

Um die konkrete anamnestische Praxis in der Osteopathie zu erfassen, wird ein empirischer Zugang gewählt. Dabei handelt es sich um ein qualitatives Vorgehen, welches erlaubt, das individuelle Erfahrungswissen und konkrete Handeln aus Sicht praktisch tätiger Osteopathen zu erfassen. Dabei wurden sechs praktizierende Osteopathen mittels eines Leitfadens interviewt. Ziel dieser Arbeit ist es, Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen theoretisch-beschriebenem (Literaturanalyse) und praktisch-realem Handeln (Experteninterviews) herauszuarbeiten. Jede Auswahl der Methode prägt natürlich auch die Ergebnisse. Diese Arbeit hat keine umfassende statistisch repräsentative quantitative Erfassung der Meinung von Osteopathen zum Stellenwert der Anamnese zum Ziel. Vielmehr sollen qualitative Aspekte näher beleuchtet werden. In der Wahl der Methodologie erscheint in dieser Arbeit daher der qualitative Forschungsansatz am geeignetsten, um Stellenwert, Durchführung, Inhalte und Ziele der anamnestischen Praxis in der Osteopathie zu verdeutlichen. Die aus Literatur und Interview gewonnen Informationen und Daten könnten auch als Grundstock für Studierende und Osteopathen dienen, um ein Grundgerüst für einen Anamneseleitfaden zu erstellen.

Entsprechend dem Anliegen, das anamnestische Handeln in der Osteopathie zu durchleuchten, wird aufbauend auf einer begrifflichen Abklärung von Osteopathie, Schulmedizin und Komplementärmedizin (Kapitel 2) zunächst im Kapitel 3 der Stellenwert, die Durchführung, Inhalte und Zielsetzung der Anamnese in der Medizin auf Basis einer Literaturanalyse herausgearbeitet. Da die Grundberufe der Osteopathen in Österreich Arzt oder Physiotherapeut sind, wird ergänzend zur medizinischen Anamnese auch die Anamnese in der Physiotherapie durchleuchtet. Im Zentrum von Kapitel 4 hingegen steht die Anamnese in der (europäischen) Osteopathie, deren Stellenwert, Durchführung, inhaltliche Dimensionen, und Zielsetzung mittels Literatur aufgearbeitet wird. Um Aufschluss über die Spezifika der Anamneseerhebung aus Sicht praktizierender Osteopathen zu erhalten, wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Entsprechend befasst sich Kapitel 5 mit der zugrundeliegenden Methodologie, wobei die Auswahl der Experten, Leitfadenerstellung, Durchführung und Transkription der Interviews, qualitative Inhaltsanalyse und Gütekriterien vorgestellt werden. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Experteninterviews in Kapitel 6 präsentiert, um sie im Kapitel 7 kritisch zu diskutieren, indem die Ergebnisse der Experteninterviews in Relation zu den erhobenen Daten der Literatur gesetzt und das

eigene methodische Vorgehen reflektiert werden. Ein zusammenfassender Ausblick (Kapitel 8) schließt die Arbeit ab.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe wie z.B. Osteopath, gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

2. Anamnese im Spiegel unterschiedlicher Medizinkonzepte

Die Medizin wird als Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen, von den Ursachen, Wirkungen und der Vorbeugung und Heilung der Krankheiten definiert (vgl. Pschyrembel, 2010). Das moderne Medizinsystem der westlichen Welt besteht nach Lalouschek (2005) aus einer Vielfalt von medizinischen oder medizinnahen Formen, „*die in unterschiedlicher Wertigkeit zum Teil nebeneinander existieren, miteinander konkurrieren, einander ausschließen oder ergänzen*“ (Lalouschek, 2005, S. 15). Folgendes Kapitel greift diese Vielfalt an Medizinformen auf, indem Schulmedizin, Komplementärmedizin und Osteopathie überblicksmäßig dargestellt werden, um darauf aufbauend die Anamnese in medizinischer und osteopathischer Perspektive begrifflich abzuklären.

2.1. Schulmedizin, Komplementärmedizin und Osteopathie

Als dominante Medizin gilt die **Schulmedizin**, auch Biomedizin genannt, da sie Naturwissenschaften zur Referenz nutzt und primär an biologischen Prozessen und organischen Pathologien interessiert ist. Daneben gibt es eine breite Palette so genannter **alternativer oder ganzheitlicher Medizinformen**, wie die psychosomatische und die anthropologische Medizin, welche im anglosächsischen Raum unter dem Begriff „Komplementärmedizin“ zusammengefasst werden (vgl. Lalouschek, 2005). Die Osteopathie zählt neben Homöopathie und Naturheilverfahren, „*die alle den Menschen in seiner leibseelischen Einheit in den Mittelpunkt stellen*“ (Lalouschek, 2005, S. 15) zu der alternativen Heilkunde (vgl. Lalouschek, 2005). Damit unterscheidet sie sich von der Schulmedizin, wie die allgemein anerkannte und an den medizinischen Hochschulen gelehrt Medizin im Sinne einer angewandten Naturwissenschaft bezeichnet wird (vgl. Liem, 2008; Pschyrembel, 2010). Eine Vielzahl von Kriterien zur Unterscheidung medizinischer Richtungen findet sich bei Kratky (2003). Der Schulmedizin zugeteilte Kriterien wie „generell“, „objektiv“, „Arzt als Macher“, „Trennung von Körper, Geist und Seele“ werden der Komplementärmedizin mit Kriterien wie „individuell“, „subjektiv“, „Selbstheilung, -regulation“ und „Körper, Geist und Seele stellen eine interagierende Einheit dar“ gegenübergestellt, um nur einige Differenzierungsaspekte zu nennen (vgl. Kratky, 2003). Unterschiedliche Ansatzpunkte zwischen der auch als allopathischer Medizin bezeichneten Schulmedizin und der Osteopathie zeigt Tempelhof (2008) auf. Nach ihm konzentrierte sich die Schulmedizin auf Krankheit, die Osteopathie auf Gesundheit. Der Therapieansatz in der Schulmedizin ist die Bekämpfung

der Krankheit, der Kampf gegen Symptome und somit Heilung von außen (vgl. Tempelhof, 2008). In der Osteopathie hingegen geht es um die Aktivierung der Selbstheilungskräfte, der Stärkung des Selbstregulation und der Heilung von innen, ein Aspekt den auch Stark (2010) betont: *„In der allopathischen Medizin kümmert man sich um die Wirkung einer Erkrankung, während die Osteopathie versucht, die natürlichen Selbstheilungskräfte zu unterstützen, indem sie die Ursache der alarmierenden Wirkung behandelt“* (Stark, 2010, S. 10).

Die **Osteopathie** wurde Ende des 19. Jahrhunderts von A. T. Still in den Vereinigten Staaten als eine Alternative zur amerikanischen Medizin begründet. Dabei handelt es sich um eine Entwicklung, einen Prozess, der klar durch die damaligen wissenschaftlichen und v. a. medizinischen Kenntnisse geprägt ist (vgl. Delaunois, 2002). Zu Beginn des 20. Jahrhundert brachte J. M. Littlejohn die Osteopathie nach Großbritannien, von wo aus sich die Methode nach dem zweiten Weltkrieg in Europa verbreitete. Dennoch gelang es bis heute nicht, den Beruf des Osteopathen international einheitlich zu regeln. In den Vereinigten Staaten von Amerika sind „Doctors of Osteopathie“ (D.O.s, osteopathische Mediziner) und „Medical Doctors“ (MDs, allopathische Mediziner) gleichgestellt; dürfen somit operieren und Medikamente verschreiben und können sowohl als Allgemeinmediziner als auch als Spezialisten (Neurochirurg, Augenarzt, etc.) tätig sein. In Europa gibt es noch keine einheitliche gesetzliche Regelung für das Berufsfeld der Osteopathie. In Österreich ist die Osteopathie *„als eigenständige, medizinisch-wissenschaftliche und ganzheitliche Behandlungsmethode [...] noch nicht gesetzlich reglementiert“* (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010, o. S.).

Der Begriff der Osteopathie wurde oft definiert und auf verschiedenste Weise beschrieben. Für Hartmann (2005) jedenfalls ist

„der Begriff Osteopathie [...] im funktionellen Sinn zu verstehen. Über manuelle Techniken an den Knochen (gr. osteon) gewinnt man einen Einfluss auf ein Leiden (gr. pathos). Aus heutiger Sicht mag dieser Begriff nicht mehr weit reichend genug erscheinen, was leider zu einer unsäglichen Blüte von neuartigen Begriffen geführt hat“ (Hartmann, 2005, S. XXXII).

In den ersten Tagen der Osteopathie – 1892 – beschrieb Still die Osteopathie als das Gesetz von Verstand, Materie und Bewegung. Es handelte sich hierbei um ein grundlegendes, alles umfassendes philosophisches Konzept (vgl. Frymann, 2007b; Still 2005a). Still (2005b) betonte auch die der Osteopathie zugrundeliegenden medizinischen Fundamente:

„Es ist die wissenschaftliche Kenntnis der Anatomie und Physiologie in den Händen einer intelligenten Person mit Kunstfertigkeit, die dieses Wissen anwenden kann, und zwar zum Nutzen von Menschen, die durch Belastungen, Schocks, Stürze, oder mechanische Verschiebungen und andere Verletzungen des Körpers krank oder beeinträchtigt sind“ (Still, 2005b, S. III-14).

Während für Still die Osteopathie *„eine heilige Wissenschaft [ist], da sie die Gabe der heilenden Kraft durch die Natur besitzt“* (Still, 2005c, S. IV-12), stellt für Becker *„die Wissenschaft der Osteopathie [...] das Studium des menschlichen Körpers, so wie er in Gesundheit funktioniert“* (Becker, 2007, S. I-70) dar. Für Sutherland ist osteopathisches Arbeiten *„eine Kunst; die Kunst, im Sinne von Dr. Stills Wissenschaft der Osteopathie zu praktizieren.“* (Sutherland, 2004, S. I-168). Frymann warnt in ihrem Artikel *„Was liegt in einem Namen beschlossen?“* aus dem Jahr 1972, das es nicht gefahrlos sei *„wenn die Wörter sich verändern und dabei die dahinter liegenden grundlegenden Konzepte pervertiert werden“* (Frymann 2007b, S. 427). Würde man ihrer Meinung nach verschiedenen Personen, auch MDs (medical doctors), bitten, eine Definition der Osteopathie abzugeben, wären nicht zwei identisch. Sie selbst beruft sich auf die Worte und Philosophie des Gründers A. T. Still und beschreibt die Osteopathie als ganzheitliches System (vgl. Frymann, 2007b). Der erfahrene Osteopath Fulford meint 90-jährig Ende des 20. Jahrhunderts, dass die Zeit der Osteopathie gekommen ist, um aufzublühen, *„denn ihre Philosophie, Kunst und Wissenschaft basieren auf der Förderung der Gesundheit, der Verhinderung von Krankheiten und einer natürlichen Herangehensweise an den Patienten“* (Fulford, 2005, S. 26). Liem (2001), ein deutscher Osteopath der Neuzeit, beschreibt die Osteopathie auch als Kunst, die gleichermaßen die Hände, den Verstand und das Herz mit einbezieht, während Ligner und Van Assche (1993) das philosophische Moment hervorheben:

„Die Osteopathie ist ein medizinisches System, das sich zu Diagnose und Therapie der Hände bedient, also manueller Techniken, darüber hinaus aber auf einem philosophischen Konzept basiert, in welchem das Individuum in seiner Ganzheit erfasst und respektiert wird.“ (Ligner und Van Assche, 1993, S. 14).

Hinkelthein und Zapour (2006) verstehen die Osteopathie als manuelles Untersuchungs- und Therapiekonzept. Laut Fossum (2002) ist die Osteopathie eine patientenorientierte Behandlungsform, die auf etlichen Prinzipien beruht. Zu diesen Prinzipien zählt die Betrachtung des Körpers als Einheit und eine dadurch entstehende integrierte Sichtweise, die Körper, Geist und Seele umfasst, ebenso wie die Fähigkeit des Körpers zur Selbstregulation und Selbstheilung. Die Begriffe, die verwendet werden, um die Osteopathie zu definieren, reichen von Philosophie, Kunst, Wissenschaft, medizinischem System, manuelles Untersuchungs- und Therapiekonzept, patientenorientierte Behandlungsform, ganzheitlicher Methode bis hin zu osteopathischer Medizin. Zusammenfassend wird an dieser Stelle Hartmann (2009) zitiert, der in der Einführung von *„Osteopathie erklärt (1900)“* folgendes schreibt:

„Osteopathie ist (Lebens-) Philosophie, Kunst und Wissenschaft, wobei alle drei Aspekte sich harmonisch ausbalancieren und keiner zugunsten des anderen geopfert wird. Dies erst ermöglicht die Ausübung einer ganzheitlichen Medizin- und das und nicht weniger praktizieren gut ausgebildete Osteopathinnen und Osteopathen- im besten Sinn des Wortes.“ (Hartmann, 2009 S. XI).

2.2. Anamnese – eine Begriffsbestimmung

In Bezug auf die Anamnese beklagte sich schon Rufus von Ephesos, ein Arzt aus der Schule des antiken Alexandria, um 100 n. Chr., dass im Corpus hippocraticum² kein Wort über einen Dialog des Arztes mit dem Patienten erwähnt ist. Rufus widmete seine Schrift dem Einfühlungsvermögen des Arztes und plädierte dafür, auf die Individualität des Patienten zu achten, da nicht nur die Kenntnisse des Arztes von Bedeutung seien (vgl. Gärtner, 1962).

Das **Wort Anamnese** kommt von griechisch ἀνάμνησις *anamnêsis* und bedeutet „Erinnerung“. In der Liturgie wird die Anamnese als das feierliche Gedächtnis des Todes und der Auferstehung Christi verstanden. Die Religion versteht Anamnese als Gebet während der Eucharistie und als Gedächtnischarakter des Gottesdienstes (vgl. Duden, 2010; Ehrensberger, 2004). In der Philosophie wird die Anamnesis als die Wiedererinnerung der Seele an vor der Geburt, d. h. vor ihrer Vereinigung mit dem Körper, geschaute Wahrheiten bezeichnet (vgl. Duden, 2010).

In der **Schulmedizin** ist die **Anamnese** die nach Angaben des Kranken ermittelte Vorgeschichte einer Krankheit (vgl. Brockhaus, 2011; Duden, 2010; Pschyrembel, 2010). Des Weiteren wird die Anamnese auch als Krankengeschichte (vgl. Pschyrembel, 2010) und als systemische Befragung (Fetzner und Paquet, 2007) bezeichnet. Im Zusammenhang mit der Anamnese sprechen Fießl und Middeke (2005) von einer einmaligen Begegnung zwischen Arzt und Patient, die den Autoren nach einen höchst ungewöhnlichen Vorgang darstellt und sie beschreiben das folgendermaßen:

„Zwei Unbekannte mit meist sehr unterschiedlichen Voraussetzungen treffen sich ohne Zeugen zu einem vertraulichen Gespräch. Der eine lädt seine Last ab und gewährt dabei innerhalb von Sekunden dem anderen Einblicke in sein Innerstes, das er einem anderen Menschen, selbst seinem engsten Angehörigen, vielleicht nie preisgeben würde. Der andere ist professionell daran gewöhnt, Klagen zu hören, und versucht, alle seine natürlichen und erlernten Fähigkeiten zu nutzen, um dem Patienten zu helfen. In die Präsentation der Symptome vonseiten des Patienten und die Perzeption des gesagten vonseiten des Arztes fließen beider Erlebnisse, Gefühle, Herkunft, Bildungs-

² Schriften der antiken gr. Med. (3. Jh. v. Chr.), die Hippokrates zugeschrieben wurden, deren exakte Zuordnung jedoch äußerst schwierig ist. (Quelle: <http://www.imedo.de/medizinlexikon/corpus-hippocraticum>)

stand, Gemütslage und Weltanschauungen mit ein. Auch insofern ist die Begegnung einmalig und nicht wiederholbar. Dies ist übrigens einer der Gründe für die schlechte Reproduzierbarkeit von Anamnesen.“ (Füeßl und Middeke, 2005, S. 2).

Laut Dahmer (2006) dient die Anamnese dazu, Beschwerden zu erfassen und damit erste diagnostische Vermutungen anzustellen. Neben Informationen über aktuelle Beschwerden sind im Rahmen der Anamneseerhebung auch Angaben über *„frühere Krankheiten, die mit den jetzigen Beschwerden in Zusammenhang stehen könnten, aber auch über den Gesamtzustand des Patienten und darüber zu vermitteln, wie er seine Beschwerden erlebt“* (Dahmer, 2006, S. 24) zweckdienlich. Das Einholen von Informationen ist dabei durch ein strukturiertes Herangehen von Seiten des Arztes (vgl. Lehmeier, 2006) charakterisiert, indem mittels gezielter Fragestellung ein individuelles Beschwerdeprofil des Patienten erstellt wird (vgl. Epstein et al., 2006). Demnach umfasst die medizinische Anamnese sowohl ein strukturelles wie inhaltliches Moment; ein Aspekt, den Braun und Mader (2005) aufgreifen und die Autoren zur Unterscheidung der Begriffe „Anamnestik“ und „Anamnese“ veranlasst: *„In der berufstheoretischen Fachsprache wird die gezielte Befragung als Anamnestik bezeichnet; sie ist der Vorgang, der zur Erfassung relevanter Patientendaten führt. Dagegen ist die Anamnese der gesamte Prozess der Anamnestik“* (Braun und Mader, 2005, S. 10). Als das prototypische diagnostische Gespräch definiert Lalouschek (2005) die Anamnese (Erstgespräch) in der Schulmedizin, wobei es um die relativ standardisierte Erhebung von körperlichen Phänomenen geht und die Ärzte *„nicht individuell an der Person der Kranken [...] und nicht an ihrer Erlebens-, Darstellungs- und Verarbeitungsstruktur der Erkrankung“* (Lalouschek, 2005, S. 96) orientiert sind. Dies steht allerdings im Widerspruch zu der Ansicht von Ford et al (2005), nach welchen die Anamnese *„is best viewed as a ‘meeting of two experts’: the patient, an expert on the experience of illness and the unique context in which it has occurred, and the clinician, an expert on the diagnosis and management of illness“* (Ford et al., 2005, p. 2).

Dem gegenüber steht die **Anamnese** in der **Ganzheitlichen Medizin**, die ein umfassendes und integratives Modell von Krankheit und Gesundheit verfolgt und den Menschen in seiner komplexen psychosozialen Vernetztheit in den Mittelpunkt der Behandlung stellt (vgl. Lalouschek, 2005). Die Definitionen der Anamnese in der Schulmedizin wird in der vorliegenden Arbeit durch Anschauungen über die Anamnese in der Homöopathie ergänzt, da König (2010) der Meinung ist, dass *„vielleicht gerade die Homöopathische Medizin das Schlagwort ‘ganzheitlich’ in die unmittelbare Praxis am radikalsten verwirklicht“* (König, 2010, o. S.). Somit soll hier ein Bogen zur Osteopathie gespannt werden, die auch die Ganzheit des Menschen in ihrer somato-viszeral-psychischen Einheit und Wirkungsweise betrachtet (vgl. Liem, 2001). Gawlik (2001) betont, dass die Anamnese in der Homöopathie insbesondere der Erkennung der Identizität des Menschen dient, neben dem Erfassen und

Diagnostizieren der Krankheit. Darüber hinaus ist die homöopathische Anamnese die Voraussetzung zur Arzneimittelfindung und „reflektiert damit das zentrale Denken der Homöopathie“ (Gawlik, 2001, S. 9). Die Bestimmung der zu verabreichenden Arznei (Simile) verlangt laut Genneper (2004) nach der Notwendigkeit des individuellen Vorgehens in der Anamneseerhebung, weshalb auch von der „Kunst“ der Anamneseerhebung gesprochen wird:

„Eine homöopathische Anamnese zu machen ist also die Kunst des Arztes, zum Spiegel zu werden, sich zurücknehmen zu können, um gleichzeitig ihn (sie), den Patienten (die Patientin) kommen zu lassen, seine (ihre) Fähigkeiten der Erinnerung, an den Ursprung der Krankheit zurückzugehen, größtmöglich zu fördern“ (König, 2005, S. 9).

Als „Basis für eine Behandlung“ (Hinkelthein, 2006, S. 3) wird auch in der **Osteopathie** die **Anamnese** definiert: „Jede osteopathische Behandlung beginnt mit einem Gespräch (Anamnese).“ (Steflitsch, 2010, S. 13). Während jedoch für Hinkelthein (2006) die Anamnese Hinweise auf den aktuellen und allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten gibt, wird für Liem (2001) „durch die Anamnese [...] dem Behandler die Krankheit aus Sicht des Patienten erzählt“ (Liem, 2001, S. 321). Im Verhaltenskodex für die Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) ist die Anamnese fester Bestandteil professionellen Vorgehens:

„Die Auswahl an Techniken erfolgt nach sorgfältiger osteopathischer Anamnese, osteopathischer Befunderhebung und osteopathischer Diagnose. Diese osteopathischen Daten werden im permanenten Dialog mit den Geweben des/der PatientIn überprüft und die therapeutischen Maßnahmen daran kontinuierlich angepasst.“ (OEGO, 2005, S. 4).

Durch diesen permanenten, inneren Dialog mit den Geweben, grenzt sich die osteopathische Anamnese von jener der Schulmedizin ab. Bei diesem inneren Dialog stellen laut Selim und Riepl (2009) Osteopathen „sich selbst Fragen [...] und versuchen, diese mit Hilfe der Patientenanamnese zu beantworten“ (Selim und Riepl, 2009, S. 21).

Stärker an die Schulmedizin orientiert hingegen, ist der Definitionsansatz der European Federation of Osteopaths (EFO):

„The osteopath takes a comprehensive past and current medical history from the patient, including family history and details of the presenting problem. This allows the patient to express their version of events and thoughts, with occasional prompting to focus on and elicit further detail for important areas. A range of relevant questions is asked, including reference to third party reports and findings from the patients, to identify red and yellow flags to assist in formulating an exclusion diagnosis, a differential diagnosis and a working diagnosis. Significant attention is given to predisposing and maintaining factors that may have led to the problem, such as occupational, recreational or stress.“ (EFO, 2010, p. 13)

3. Die Anamnese im Bezugssystem der Medizin

In medizinischer Hinsicht stellt die Anamnese die gezielte und strukturierte Erhebung der Vorgeschichte einer Krankheit und aktuellen Befindlichkeit eines Patienten dar. Ausgehend davon, dass „*die Fähigkeit zur fachgerechten Anamnese- und Befunderhebung [...] zum Rüstzeug jedes klinischen Arztes gehört*“ (Taruttis und Haase, 2002, S. 214) wird in diesem Kapitel zunächst der Stellenwert und die Bedeutung der Anamnese in der Medizin durchleuchtet, um darauf aufbauend Ziele, Inhalte, Formen und Ablauf der Anamnese zu erläutern.

3.1. Stellenwert und Bedeutung der Anamnese in der Medizin

Der Stellenwert der Anamnese in der Medizin lässt sich sowohl quantitativ als auch qualitativ betrachten. Um den **quantitativen Stellenwert** zu eruieren, wurde zunächst in medizinischen Datenbanken nach Publikationen zum Thema „Anamnese“ gesucht. Die Datenbankauswahl erfolgte dabei über ein vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bereitgestelltes Tool zur Ermittlung themenspezifischer Datenbanken (Assistent zur Datenbankauswahl nach Relevanz) unter Berücksichtigung gängiger medizinischer Datenbanken (vgl. Trappe und Trost, 2010).

Insgesamt wurden 10 relevante Datenbanken ermittelt, welche via DIMDI (www.dimdi.de/) bzw. Medpilot (www.medpilot.de/) simultan abgefragt wurden: Biosciences Information Service (Biosis Previews), Current Contents Medicine (CCMed), Excerpta Medica Database (Embase), Medline, Sozialmedizin (SOMED), Hogrefe Verlagsdatenbank und Volltexte, Medikat, Thieme-Verlagsdatenbank, National Library of Medicine (NLM) und die Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (ZBMed).

Recherchiert wurde mittels der drei Deskriptoren (Controlled Terms, CT)³ „Medical History Taking (MeSH)⁴“, Anamnese und Anamnesis sowie im Freitext (FT) und im Titel (TI) mittels der Begriffe „History Taking“ und der Trunkierung Anamnes*.

³ Dabei handelt es sich um sogenannte kontrollierte Schlagwörter, welche nicht willkürlich vom Autor selbst festgelegt werden, sondern einer standardisierten Liste entnommen werden müssen, um den Inhalt des Dokumentes zu beschreiben.

⁴ MeSH steht für Medical Subject Headings. Hierbei handelt es sich um einen Thesaurus, den die National Library of Medicine (NLM) erstellt hat. Er wird zur Katalogisierung der Bibliotheksbestände und zur Indexierung der von der NLM hergestellten Datenbanken benutzt. Weil im deutschsprachigen Raum ein in diesem Umfang vergleichbarer medizinischer Thesaurus fehlte,

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, liegt die Gesamtanzahl an Treffer zu den kontrollierten Schlagwörtern „Medical History Taking“ (16.548) und „Anamnesis“ (105.299) weit höher als jene zum deutschsprachigen kontrollierten Schlagwort „Anamnese“ (1460), wodurch die Relevanz englischsprachiger Fachpublikationen zum Ausdruck kommt. Mit insgesamt 123.307 Treffern liegt jedoch die Quote zu allen kontrollierten Schlagwörtern unter jener welche in Summe zu den im Freitext recherchierten Begrifflichkeiten vorliegt (163.582). Diese Differenz von rund 40.000 Treffern zeigt auf, dass im Text zwar die Begriffe History Taking, Anamnese oder wortverwandte Begriffe vorkommen, diese jedoch inhaltlich zu wenig Gewicht besitzen dürften, um den Text damit zu beschlagworten. Vergleichsweise gering erscheint hingegen die Anzahl an Publikationen, welche im Titel auf das Thema Anamnese Bezug nehmen. Mit einer Gesamtrefferanzahl von 6555 enthalten nur rund 5% der Quellen den Begriff History Taking oder Anamnese⁵ auch im Titel und nicht nur irgendwo in der weitgefassten bibliographischen Beschreibung (Freitext). Im engeren Sinn scheint dem Thema „Anamnese“ innerhalb der Schulmedizin eher geringere Aufmerksamkeit zuzukommen.

Tabelle 1: Recherche in medizinischen Datenbanken zum Thema „Anamnese“

Datenbank	Schlagwörter / Trefferanzahl							
	Medical history taking (CT)	History taking (FT)	History taking (TI)	Anamnese (CT)	Anamnesis (CT)	Anamnes* (FT)	Anamnes* (TI)	Anamnes* (TI) OR History taking (TI)
Biosis	0	1084	106	0	43	4234	443	547
CCMed	0	3	3	2	0	369	337	338
Embase	0	4209	433	0	105256	114810	1907	2291
Medline	15718	18011	379	0	0	7780	1413	1777
SOMED	0	51	8	1353	0	2936	148	156
Hogrefe	0	15	0	0	0	314	17	17
Medikat	185	193	20	0	0	719	569	589
Thieme	0	42	1	0	0	1000	29	29
NLM	645	792	71	0	0	117	98	169
ZBMed	0	421	19	105	0	6482	623	642
Total	16548	24821	1040	1460	105299	138761	5584	6555

CT=Controlled Term; FT=Freitext; TI=Titel; Datum der Recherche: 28.01.2012

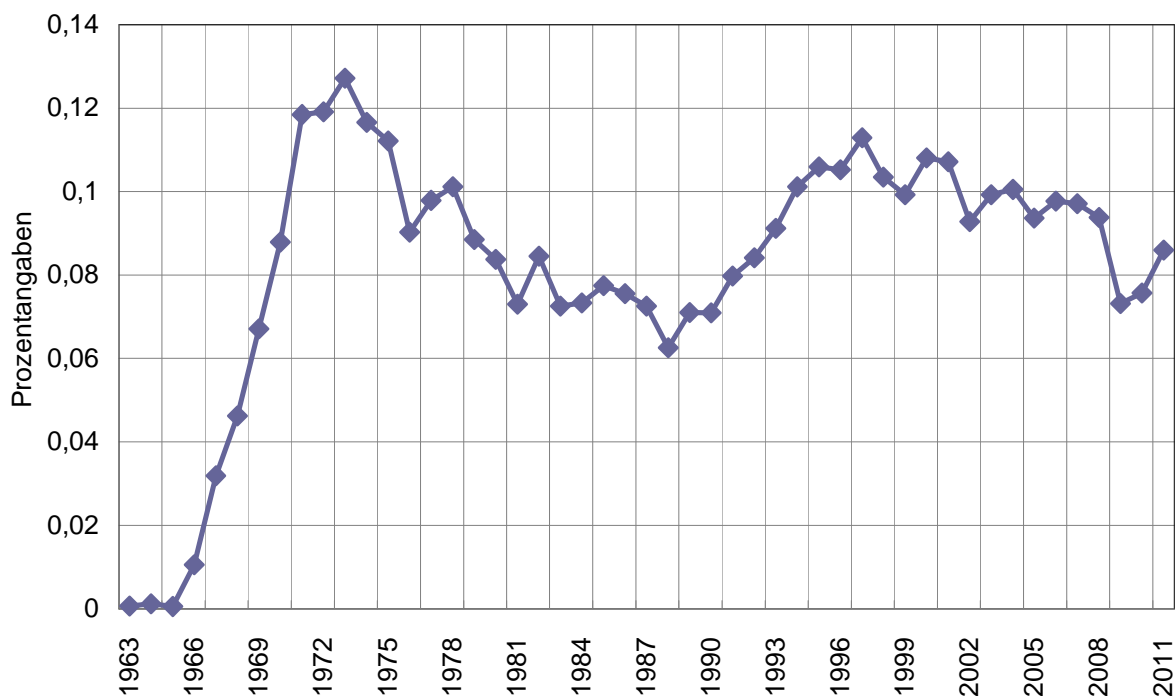
Um den quantitativen Stellenwert des Themas „Anamnese“ innerhalb der Schulmedizin festzustellen, ist es jedoch notwendig, die Anzahl an Publikationen zum Thema Anamnese in Relation zu der Gesamtanzahl an medizinischen Publikationen zu setzen. Aus diesem

hat das DIMDI eine deutsche Übersetzung der MeSH-Deskriptoren erstellt. (vgl. <http://www.dimdi.de/>).

⁵ Mit der entsprechenden Wortstamm-Trunkierung „anamnes“, um Begriffe wie z.B. Anamnesis, Anamesebogen oder anamnestic zu erfassen.

Grund wurde eine Analyse in PubMed⁶ (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) mit dem mittels MeSH (Medical Subject Headings) ermittelten kontrollierten Schlagwort „medical history taking“ durchgeführt. Eine Excel-Datei (siehe Anhang) wurde erstellt, in der in Spalte A die Jahreszahlen eingetragen wurden, Spalte B beinhaltet die Anzahl der Publikationen, die mittels Schlagwort „medical history taking“ angezeigt wurden, Spalte C spiegelt die Anzahl der Gesamtpublikationen, und in Spalte E wurde der prozentuelle Anteil der mittels kontrollierten Schlagwort erhobenen Publikationen zu den Gesamtpublikationen pro Jahr aufgelistet, welcher in Folge graphisch dargestellt wurde.

Abbildung 1: Anzahl der Publikationen zu „Medical history taking“ von 1963-2011 in Prozent



Wie aus Diagramm 1 ersichtlich, beginnen die auf der X-Achse eingetragenen Jahreszahlen beim Jahr 1963, da die erste Nennung einer medizinischen Publikation mit dem Schlagwort „medical history taking“ in diesem Jahr gefunden wurde. Der relative Anteil an den Gesamtpublikationen wurde auf der Y-Achse eingetragen. Aus dem Diagramm lässt sich ablesen, dass es ein Hoch im Jahr 1973 gegeben hat, danach sank das Interesse am Thema Anamnese und erst in den neunziger Jahren stieg die Anzahl an Publikationen, die auch „medical history taking“ beinhalten wieder an. Die Analyse zeigt, dass in Relation zu den Gesamtpublikationen die Beschäftigung mit der Anamnese gering ist. Nicht einmal 1% der Publikationen beschäftigt sich mit Anamnese. Der maximale Prozentsatz liegt bei

⁶ „PubMed und Internet Grateful Med (jetzt: Gateway; Anm. Autorin) können als Mittel der ersten Wahl für medizinische Online-Literaturrecherchen betrachtet werden.“ (Kuchenbecker et al. 2000, S. 888)

0,13% im Jahr 1973. Absolut betrachtet erfolgten die meisten Publikationen mit 776 Beiträgen im Jahr 2008. Insgesamt betrachtet ergaben sich für den Beobachtungszeitraum 17.185 Treffer, welche in Relation zu der Gesamtanzahl an medizinischen Publikationen, einem Anteil von 0,086% entsprechen. Daraus ergibt sich ein geringer quantitativer Stellenwert im Zusammenhang mit der Anamnese innerhalb der Medizin.

Da diese Arbeit auf einem qualitativem Forschungsansatz basiert, wird in weiterer Folge auf die **qualitative** Betrachtung der Anamnese hinsichtlich **Stellenwert** und Bedeutung Hauptaugenmerk gelegt. Nach Lown (2004) ist „die Anamneseerhebung [...] der wichtigste Aspekt des Arztseins“ (Lown, 2004, S. 63), stellt sie doch eine „unverzichtbare Voraussetzung für zielsichere und technisch-diagnostische Untersuchungen, richtige Diagnosen und wirksame Therapie“ (Dahmer, 2006, S. V) dar, weswegen „der Wert einer sorgfältigen und sachverständigen Anamnese- und Befunderhebung nicht genug beton[t] werden [kann]“ (Dahmer, 2006, S. 2). Als „the most important skill in medicine“ (Ford et al., 2005, p. 2) stellt die Anamnese neben der direkten Krankenuntersuchung, Laborergebnissen und apparativen Zusatzuntersuchungen einen der drei Grundpfeiler der ärztlichen Diagnose dar (vgl. Lange, 1998). Die Diagnose vieler funktioneller Erkrankungen ergibt sich laut Lange (1998) allein aus anamnestischen Angaben. Bei anderen Krankheiten bewahrt eine gute Anamneseerhebung den Patienten „vor einem unnötigen diagnostischen Leerlauf“ (Lange, 1998, S. 2), aufgrund dessen differentialdiagnostische Weichen gestellt werden (vgl. Lange, 1998). Eine gut strukturierte Anamnese führt laut Grüne (2007) dazu, dass dem Patienten schneller geholfen werden kann und auch zu einer Zeitersparnis. Diese Sichtweise wird durch folgende Aussage von Lange (1998) bestätigt:

„Die Bedeutung der Anamnese wird einem sofort klar, wenn man vor einem Bewusstlosen steht. Das gesamte Arsenal modernster Untersuchungstechnik muss eingesetzt werden, um eine Information zu erhalten, die bei der Möglichkeit der Befragung des Patienten ganz mühelos zu gewinnen wäre“ (Lange, 1998, S. 1).

Die Mehrzahl erfahrener Kliniker räumt laut Lange (1998) „der Anamnese – im Vergleich zum Untersuchungsbefund – die größere Bedeutung beim Erkennen einer Krankheit ein“ (Lange, 1998, S. 2). Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang die Aussage von Von Uexküll (1992) im Geleitwort eines Anamnesebuchs, welches einen biologischen, psychischen und sozialen Zugang zum Patienten zum Ziel hat. Von Uexküll (1992) ist der Meinung, dass

„eine gute Anamnese bei der Erstuntersuchung eines Kranken 80% der Information liefert, die für die Stellung der Diagnose erforderlich sind, und dass sie dem Arzt erlaubt, bei 70-80% seiner Patienten die Diagnose soweit zu erarbeiten, dass sie nur noch durch die körperliche Untersuchung und Routinetests im Labor bestätigt zu werden braucht“ (Von Uexküll, 1992, S. VI).

Auch nach Grüne und Schölmerich (2007) lassen sich mittels Anamnese und gründlicher körperlicher Untersuchung, welche die *„Kernstücke des ärztlichen Handelns“* (Grüne und Schölmerich, 2007, S. V) darstellen, bis zu 80% der Diagnosen stellen. Ähnliche prozentuelle Angaben werden im Pschyrembel (2010) unter dem Begriff „Anamnese“ genannt – *„[...] zusammen mit der klin. Untersuchung werden durch die A. 70% der Diagnosen gestellt“* (Pschyrembel, 2010, S. 87). Höhere prozentuelle Angaben der Diagnosestellung nur aufgrund der Anamnese machen hingegen Fetzner und Paquet (2007): *„Über 90% der Diagnosen (z.B. in der Allgemeinmedizin) kann ein erfahrener Arzt allein anhand einer sorgfältigen Anamnese stellen, weitere Untersuchungen dienen dann nur noch der Diagnosesicherung bzw. der Differentialdiagnose“* (Fetzner und Paquet, 2007, S. 3).

Nach Vithoulkas (1986), einem bedeutenden Homöopathen des 20. Jahrhunderts, stellen die Informationen, die bei der homöopathischen Befragung gesammelt werden, schon den halben Weg zur Heilung dar. In einer Vorlesung Wahlfach Homöopathie am AKH Wien sagt König (2010) *„die Anamnese ist die halbe Diagnose oder vielleicht sogar mehr als die halbe Diagnose“* (König, 2010, o. S.). Laut König (2010) ist die Anamnese das, was der Homöopath tagtäglich tut. Aus dem persönlichen Praxisalltag schildert König (2010), dass er von früh bis spät nichts anderes als Anamnese in seiner Praxis macht. In der Homöopathie ist die Anamnese die Voraussetzung für die Diagnose, die Wahl des richtigen Heilmittels und den Aufbau eines guten menschlichen Kontaktes zum Patienten. Der Homöopath hat das Privileg, viel Zeit für die Anamnese zu haben (vgl. Genneper, 2004; Glawik, 2001; König, 2010).

Auch in der Schulmedizin wird die Anamnese zumeist im ersten Gespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten erhoben. Nach Segerer (2007) bildet die Anamneseerhebung unter anderem den Grundstock für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten. Auch Fießl und Middeke (2005) sind der Meinung, dass aus einer Arzt-Patienten-Begegnung nur dann eine mögliche dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung werden kann, wenn es dem Arzt gelingt, dem Patienten *„ein Gefühl von Empathie und Verbundenheit [zu] vermitteln“* (Fießl und Middeke, 2005, S. 2). Demnach hat das Arzt-Patienten-Verhältnis schon in der Anamnese einen zunächst sachlichen und darüber hinaus einen menschlichen Bezug (vgl. Lange, 1998). Lalouschek (2005, S. 105) erwähnt neben der *„Informationsfunktion“* (Informationsgewinnung) der Anamnese, die *„Interaktionsfunktion“*, welche die humanistischen und ethischen Aspekte der Medizin beinhaltet. Dadurch wird der Stellenwert der Anamnese und des Gesprächs zwischen dem Arzt und dem Patienten v. a. im zwischenmenschlichen Bereich deutlich. Laut Fießl und Middeke (2005) ist der Trend, dass aufgrund des Ökonomisierens der Medizin die Arzt-Patienten Gespräche immer weniger angewandt werden, bedenklich und auch einer der Gründe für die Unzufriedenheit

vieler Menschen mit der modernen Medizin. Auch Güthoff und Rosenecker (2008) beklagen, dass in der heutigen technikorientierten Medizin die Basis der Diagnosestellung – die Anamnese und die körperliche Untersuchung – immer mehr vernachlässigt werden. Den zunehmenden Verlust der Sprache in der modernen Medizin hebt auch Franz (2008) hervor. Da alles am und im menschlichen Körper Befindliche vermessen, gezählt und gewogen werden könne, beherrsche laut Franz (2008) die Zahl das Arzt-Patient-Verhältnis. Zum einen würden Soll- und Laborwerte sowie zahlenvermittelnde EDV-Techniken zunehmend die Behandlungsrichtlinien und Therapieempfehlungen vorgeben. Zum anderen würden Kosten-Nutzen-Überlegungen das diagnostisch-therapeutische Gespräch zugunsten höher dotierter Untersuchungen in den Hintergrund drängen.⁷ Für Franz (2008) ist die Zahl zwar ein Hilfsmittel für Diagnose und Therapie, *„Worte aber können den Patienten trösten, aufheitern, klüger machen, überzeugen und bestärken“* (Franz, 2008, o. S.). Worte sind nach Lown (2004) das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt. Allerdings können Worte sowohl tief verletzen als auch heilen (vgl. Lown, 2004). In Zusammenhang mit der Anamnese äußert Lown (2004): *„Die sorgfältige Erhebung einer Krankengeschichte hat an sich schon etwas Heilendes“* (Lown, 2004, S. 63). Auch Franz (2008) ist der Meinung, dass einfühlsame Gespräche, die Zuwendung zum Patienten und das Vertrauen einen heilenden Effekt auf den Patienten haben können. Umgekehrt können das Gefühl des Nicht-Ernstgenommen-Werdens, mangelhafte Kommunikation und unzureichende Aufklärung von Seiten des Arztes dazu führen, dass der Patient mit seiner Behandlung unzufrieden ist und sich sogar körperlich schlechter fühlt (vgl. Albrecht, 2006; Lown, 2004). Zwar werden zunehmend in der medizinischen Ausbildung kommunikative Kompetenzen gefördert (vgl. Albrecht, 2006), jedoch wird ein erhöhter Bedarf an patientenzentrierter Gesprächsführung unter Studierenden verortet. In einer Bedarfsanalyse bei Medizinstudenten über „Anamneseerhebung und Gesprächsführung“ aus dem Jahr 2006 zeigte sich, dass *„fast 100% der Befragten die Ausbildung in Gesprächsführung für ihren späteren Beruf als ´wichtig´ oder ´sehr wichtig´ erachten“* (Sennekamp et al., 2007, S. 1). Jedoch präferieren die Studierenden folgende Unterrichtsmethoden (Mehrfachantworten möglich): *„über 90% Anamnesetraining mit echten Patienten, 50% Demonstration einer gelungenen Anamnese durch den Dozenten (Vorzeiganamnese), 50% Rollenspiele, 40% Videoanalyse eines eigenen Anamnesegespräches“* (Sennekamp et al., 2007, S. 1), da sie *„ihre Fähigkeiten und theoretischen Kenntnisse selbstkritisch als defizitär [einschätzten]“* (Sennekamp et al., 2007, S. 1). Dadurch lassen sich der Bedarf und der Stellenwert der Anamneseerhebung in der Ausbildung zum Mediziner erkennen.

⁷ Franz (2008) erläutert, wenn auch etwas plakativ, an der Durchrechnung von Honorarsätzen, dass ein EKG etwa 15-mal so viel wert ist wie ein Arzt-Patient-Gespräch.

Zusammenfassend kann von einem niedrigem quantitativ ermittelten Stellenwert und einem hohen qualitativ ermittelten Stellenwert der Anamnese in der Medizin gesprochen werden. Auch wenn der Prozentsatz der Publikationen zum Thema Anamnese im Vergleich zu den medizinischen Gesamtpublikationen gering ist, beschreiben Autoren, die sich mit dem Thema Anamnese beschäftigen, diese als den wichtigsten Aspekt des Arztseins und als Grundvoraussetzung für die Diagnose und Therapie sowie den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Noch deutlicher kristallisiert sich der qualitative Stellenwert der Anamnese in deren Zielsetzungen, Durchführungsmodalitäten und Inhalten, welche in den folgenden Kapiteln beleuchtet werden.

3.2. Ziele der Anamnese

Als primäre, übergeordnete Zielsetzung dient die Anamnese dem **Formulieren einer Differentialdiagnose**: *„Ziel der Anamneseerhebung ist eine Verdachtsdiagnose als Arbeitshypothese“* (Dahmer, 2006, S. 24). Gleichwohl sind mit der Anamneseerhebung weitere Ziele verknüpft, als sie zum einem der **Identifizierung von Beschwerden** bzw. **Warnsignalen**, zum anderen der **Abklärung** dahinterliegender **pathologischer Prozesse, organischer Ursachen** und **gefährlichen Verläufe**, und drittens der **Erfassung des sozialen Kontextes** des Patienten dient (vgl. Ford et al., 2005). In diesem Sinne bietet die Anamnese **Einblick in die Persönlichkeit** des Patienten und lässt bei Kindern auch Rückschlüsse auf die Mutter- bzw. Eltern-Kind-Beziehung zu (vgl. Dahmer, 2006; Füeßl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008). Weiters soll mit der Anamnese ein **Vertrauensverhältnis** zwischen Arzt und Patient **aufgebaut** werden, welches als unerlässlich für Diagnose und Therapie betrachtet wird (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Füeßl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008; Lange, 1998). Als wesentliche Funktion der Anamnese wirkt sich das Herstellen einer tragfähigen, positiven Beziehung zum Patienten auch positiv auf die Compliance (Therapietreue, Befolgung ärztlicher Anweisungen, etc.) und die Mitarbeit des Patienten aus (Fetzner und Paquet, 2007; Güthoff und Rosenecker, 2008, Lalouschek 2002). Anamneseziele werden nicht nur im Bereich der Interaktion sondern auch im Bereich der **Information** verfolgt (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Füeßl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008; Lange, 1998). Damit dient die Anamnese auch dazu *„Sachinformationen über die Beschwerden des Patienten und frühere Krankheiten, die mit der jetzigen Krankheit in Zusammenhang stehen könnten, aber auch über den Gesamtzustand des Patienten“* (Dahmer, 2006, S. 13) und sein Erleben der Krankheit **einzuholen**. Nach Grüne (2007)

lassen sich im Rahmen der Anamneseerhebung aber auch Zusatzinformationen vom Patienten durch genaue Beobachtung erhalten. Dazu zählen neben Mimik und Gestik neurologische Auffälligkeiten, Sprachstörungen, Bewegungseinschränkungen, Schwitzen etc. (vgl. Grüne, 2007). Zusätzlich zum Informationsgewinn stellt die Anamnese eine Gelegenheit für den Patienten dar, sich **im Sinne einer Katharsis auszusprechen** (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005). Als weitere Ziele werden bei Fießl und Middeke (2005) die Vermittlung des Gefühls der kompetenten Beratung, der klaren Perspektive oder auch nur von Trost, Hoffnung und Empathie von Seiten des Arztes angeführt (vgl. Fießl und Middeke, 2005). Fetzner und Paquet (2007) führen die **Gesundheitsberatung** im Rahmen der Anamnese als weiteres Ziel an und erläutern dies folgendermaßen:

„Immer wieder werden in Anamnesegesprächen auch allgemeine Fragen des Patienten eingestreut, oft bieten sie umgekehrt direkte Hinweise des Arztes zu Gesundheit, Prävention, Lebensführung an. Nicht selten ist dies auch die eigentliche Konsultationsursache“ (Fetzner und Paquet, 2007, S. 6).

In einem bio-psycho-sozialen Zugang zum Patienten muss sich der Arzt laut Adler und Hemmeler (1992) während der Anamneseerhebung Daten zuwenden, die er in Zusammenhang mit anatomischen, pathophysiologischen und biochemischen Vorstellungen bringen soll. Des Weiteren muss der Arzt sich auch **nonverbalen Signalen** widmen, wie dem Leiser werden der Stimme, dem Zittern der Hände, dem Erbleichen, dem Stirnrunzeln, sowie verbalen Äußerungen, die nicht wortwörtlich genommen werden dürfen, sondern deren **verdeckte Bedeutungen** es zu erfassen gilt:

„Die Eigenschaften liegen diametral auseinander, einerseits logisch, abstrakt und distanziert zu denken und andererseits mitzufühlen, sich mit dem Patienten zu identifizieren und das Gesagte in Szenen und ganze Bilder zu übersetzen. Ihre Integration in einem einzelnen Menschen und während eines Arbeitsganges ist eine schwere Aufgabe, die nie endgültig gelöst ist, und die sich bei jeder einzelnen Anamneseerhebung von neuem stellt“ (Adler und Hemmeler, 1992, S. 10).

Laut Vithoukas (1986) besteht der Zweck eines **homöopathischen Interviews** im genauen Festhalten der Gesamtheit der Symptome, die für den Patienten auf allen drei Ebenen von Bedeutung sind. *„Erst in der Gesamtheit der Symptome drückt sich die charakteristische Frequenz einer Krankheit aus.“* (Vithoukas, 1986, S. 181). Jede Befragung ist in ihrer Art einmalig und einzigartig und verlangt vom Homöopathen großes menschliches Einfühlungsvermögen (vgl. Vithoukas, 1986). Nach König (2005) geht es dem Homöopathen nicht nur darum, was dem Patienten „fehlt“, d. h. um seine Krankheit, seine Defizite, sondern im gleichen Maß auch um das, was dem Patienten im Positiven auszeichnet, um seine Stärken und seine Reserven. *„Die Erhebung einer homöopathischen Anamnese mag dem Arzt einen Schlüssel zum Individuum schenken“.* (König, 2005, S. 10).

Zusammenfassend geht es bei den Zielsetzungen um den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten, welches für die Diagnosestellung und Therapie wichtig ist, um die Erfassung des sozialen Kontextes des Patienten und um den Erhalt des Einblicks in die Persönlichkeit des Patienten. Der Bezug von Sachinformationen über die Beschwerden des Patienten und über in Zusammenhang stehende frühere Krankheiten, sowie die Identifizierung organischer Ursachen von Beschwerden und die Abklärung dahinterliegender pathologischer Prozesse wird ebenso mittels der Anamnese verfolgt. Der Gesamtzustand des Patienten, sein Erleben der Krankheit und die Ressourcen des Patienten sollen auch mittels Anamnese ermittelt werden. Nonverbale Informationen gilt es durch genaue Beobachtung zu erhalten. Aufgrund der Anamnese ergibt sich die Gelegenheit für den Patienten sich im Sinne einer Katharsis auszusprechen. Eine Verdachtsdiagnose als Arbeitshypothese stellt ein weiteres Ziel der Anamneseerhebung dar. Die Vermittlung von Empathie findet neben der Gesundheitsberatung ebenso Erwähnung im Zusammenhang mit den Zielen.

3.3. Durchführung der Anamnese

Im folgenden Kapitel wird hauptsächlich auf die Durchführung der Anamnese des Allgemeinmediziners eingegangen. Das Hauptaugenmerk des Allgemeinmediziners liegt v. a. im Kennenlernen des Patienten und seiner Beschwerden und in der diagnostisch-therapeutischen Koordination und der eventuellen lebensbegleitenden Betreuung des Menschen. Die Anamnese- und Untersuchungsstruktur des Facharztes, der seine fachliche Kompetenz in dem jeweiligen Spezialgebiet besitzt, kann sich aufgrund unterschiedlicher Aufgaben auch anders gestalten (vgl. Lehmeier, 2006). Ebenso kann die Anamneseerhebung von Patienten, die zur Aufnahme oder Notaufnahme in das Krankenhaus kommen, in ihrem Ablauf unterschiedliche Gewichtung erhalten. Als Beispiel sei der psychosoziale Aspekt genannt, der zunächst beim Akutpatienten im Krankenhaus oder beim Hausbesuch noch keine Rolle spielt. Bei schwer kranken, sehr erschöpften oder unter starken Schmerzen leidenden Patienten ist die Befragung auf das aktuell Notwendigste beschränkt (vgl. Fießl und Middeke, 2006). In vielen Gesichtspunkten decken sich aber die erhobenen Informationen und haben somit ihre Gültigkeit in vielen Bereichen der Medizin.

3.3.1. Rahmenbedingungen für die Anamneseerhebung

Im Gegensatz zu den Zielen und der Durchführung der Anamnese, werden die Rahmenbedingungen der Anamnese, wie räumliche oder zeitliche Aspekte, in den zentralen medizinischen Fachbüchern relativ ungleichgewichtig thematisiert, reichend von ausführlicher Beschreibung, über punktuelle Erwähnung bis hin zur gänzlichen Ausblendung, wie bei Epstein et al. (2005).

Nach Fießl und Middeke (2005) ist die **Atmosphäre**, in welcher die Anamneseerhebung durchgeführt wird „von größter Bedeutung für den Abbau emotionaler Barrieren. Ohne sie kommt eine fruchtbare Kommunikation nicht zustande.“ (Fießl und Middeke, 2005, S. 6). Deshalb sollte bei jedem ärztlichen Gespräch für ein **ungestörtes Umfeld** gesorgt werden. Nur so kann dem Patienten die ungeteilte Aufmerksamkeit des Arztes vermittelt werden. Störungen durch Telefonate, Funkpiepser oder medizinische Mitarbeiter empfinden viele Patienten als unangenehm und kann sie am Artikulieren ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Probleme hindern (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne 2007; Lange, 1998; Lehmeier, 2006).

Räumlich gesehen findet das Gespräch zwischen Arzt und Patient am Schreibtisch statt. Zumeist sitzt der Patient dem Arzt gegenüber. Dies kann Vorteile haben wie z.B. guter Blickkontakt, kann aber auch als Barriere zwischen den Gesprächspartnern empfunden werden. Deshalb wäre es vorzuziehen, dass der Patient seitlich sitzt bzw. die Gesprächspartner in einem Winkel von 90 Grad zueinander Platz nehmen. Ruhige, schalldichte, helle Räume sorgen für eine angenehme Umgebung (vgl. Adler und Hemmeler, 1992; Fießl und Middeke, 2005; Lange, 1998; Lehmeier, 2006).

Anamneseerhebungen und Gespräche erfordern **Zeit** von Seite des Arztes - „*Vermeiden Sie bewusst den Eindruck, dass Sie unter Zeitdruck stehen*“ (Dahmer, 2006, S. 10). Ein dem Patienten vermittelter Zeitdruck kann sich negativ auf die Beziehung, und auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auswirken (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006; Vithoukas, 1986). Nach Adler und Hemmeler (1992) soll der Arzt dem Patienten bekanntgeben, wie viel Zeit er für das erste Gespräch bzw. für die Anamnese erübrigen kann. Steht dem Arzt weniger Zeit zur Verfügung, so ist es besser, dies dem Patienten mitzuteilen, Rechenschaft darüber abzulegen und nur einen Teil der Anamnese zu erheben (vgl. Adler und Hemmeler, 1992).

Bevor das erste Gespräch zwischen Arzt und Patient stattfindet, sollte sich der Arzt die **verfügbaren Informationen ansehen und einprägen**. Zu diesen Vorinformationen zählen

persönliche Daten wie Name, Alter, Beruf, Krankenkasse, Wohnort und Familienstand, die sich auf dem Krankenschein befinden und auch mögliche medizinische Vorbefunde wie Überweisungsgründe, bestehende Diagnosen oder auch Therapien (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008; Lehmeier, 2006). „*Der Erfahrene [Mediziner] kann allein aufgrund dieser Daten die wahrscheinlichen Diagnosen anhand epidemiologischer Grundkenntnisse einengen*“ (Fießl und Middeke, 2005, S. 5) argumentieren Fießl und Middeke (2005), weshalb es wichtig sei, dem Patienten die Quellen dieser Vorkenntnisse zu nennen.

3.3.2. Begegnung zwischen Arzt und Patient

Zu Beginn des Kontaktes sollte der Patient vom Arzt mit einem Händedruck begrüßt werden und der Arzt sollte sich mit Namen und Funktion vorstellen (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lange, 1998). Der Händedruck ist laut Dahmer (2006) im westlichen Kulturkreis üblich und drückt „*bei einer ersten Begegnung unmittelbare Zuwendung*“ (Dahmer, 2006, S. 11) aus. Die **Vorstellung** erfüllt nach Dahmer (2006) nicht nur eine gesellschaftliche Konvention, sondern hilft auch eine Vertrauenssituation zu schaffen. Die Benutzung der formellen Anrede der Patienten entspricht laut Fießl und Middeke (2005) den höflichen Umgangsformen mit dem Patienten und bestimmt den weiteren Ablauf mit wie folgende Aussage zeigt:

„Die ersten Sekunden der Kommunikation zwischen Arzt und Patient einschließlich der korrekten Anrede und Begrüßung entscheiden darüber, wie weit sich der Patient Ihnen gegenüber öffnet, inwieweit er Ihren diagnostischen und therapeutischen Ratschlägen folgen und wie zufrieden er letztlich mit Ihnen als Arzt sein wird.“ (Fießl und Middeke, 2005, S. 6).

Der Arzt sollte sich auch über die **Wirkung seines Äußeren** auf den Patienten bewusst sein, denn „*das äußere Erscheinungsbild und Verhalten besonders bei Erstkonsultationen prägen den ersten Eindruck des Patienten*“ (Lehmeier, 2006, S. 2). Daher sollte der Arzt laut Fießl und Middeke (2005) versuchen, im Hinblick auf sein Äußeres „*einen neutralen Mittelweg zu gehen*“ (Fießl und Middeke, 2005, S. 10), der allerdings seiner Persönlichkeit entspricht. Für Epstein et al. (2006) gehören der weiße Kittel „*zur Kultur des Arztberufes*“ (Epstein et al., 2006, S. 6), während Güthoff und Rosenecker (2008) farbige Kleidung für Kinderärzte bevorzugen. Nach Güthoff und Rosenecker (2008) ist aufdringlicher Geruch, wie z.B. Zigarettenrauch, intensives Parfum oder Rasierwasser, von ärztlicher Seite zu vermeiden.

Während die Anamneseerhebung für den Arzt zumeist ein routinemäßiger Vorgang in seiner Arbeit ist (vgl. Füleßl und Middeke, 2005), kann diese hingegen für den Patienten ein besonderes, möglicherweise kritisches Lebensereignis darstellen, als mit der Krankheit bzw. Diagnoseerstellung eine „*Gefährdung des Arbeitsplatzes, der Familie oder gar der Existenz*“ (Dahmer, 2006, S. 11) einhergehen kann. Daher sollte der Arzt sich der **Einmaligkeit dieser Begegnung** bewusst sein (vgl. Füleßl und Middeke, 2005), da der Erfolg der Anamnese und der Untersuchung weitgehend von den **persönlichen Eigenschaften des Arztes**, seinem Verhalten gegenüber dem Patienten und seinem Eingehen auf den Patienten abhängen (vgl. Dahmer, 2006). Zu den ärztlichen Eigenschaften gehören Bestimmtheit und Güte, taktvoll-bescheidenes Verhalten und teilnehmende Zuwendung, die echte Hilfsbereitschaft erkennen lässt (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Lange, 2008). Das Gefühl des Akzeptiertwerdens soll laut Dahmer (2006) dem Patienten vermittelt werden und der Arzt soll sich jedem moralischen Beurteilen enthalten. Konzentriertes **Zuhören** bezeichnet nach Dahmer (2006) nicht nur Informationen über die Beschwerden des Patienten aufzunehmen, sondern auch über das individuelle verbale und nonverbale Gesprächsverhalten zu erfassen, inwieweit das Problem den Patienten beeinflusst. Lange (1998) formuliert dies so: *„Allein dem Kranken ist es möglich zu berichten, was er erleidet. Nur von ihm selbst kann man erfahren, welche Einstellung er zu seiner Krankheit hat“* (Lange, 1998, S. 12). Das Einfühlungsvermögen des Arztes ist laut Dahmer (2006) wichtig, um auch die seelische Reaktion des Patienten auf seine Krankheit zu erfassen und ihm bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. *„Gegenüber dem bloßen Mitgefühl steht [...] das ‘Für den anderen’ im Vordergrund“* (Dahmer, 2006, S. 12), wobei Zuwendung zeigen, Geduld haben, Vertrauen schaffen und Wärme fühlen lassen – sowohl verbal als auch nonverbal die Einfühlung widerspiegeln (vgl. Dahmer, 2006). Auch Füleßl und Middeke (2005) sprechen von **Empathie** als der Bereitschaft und Fähigkeit des Arztes sich in die Erlebniswelt des Patienten einzufühlen, ohne jedoch als Spiegel von Emotionen zu dienen. Daher sollte der Arzt laut Füleßl und Middeke (2005) sich der Mechanismen von Übertragung und Gegenübertragung bewusst sein, um seine Gefühle zu kontrollieren und sich nicht generell mit den Leiden und Nöten des Patienten zu identifizieren, da dies zu dem sogenannten „Helfer-Syndrom“ führen kann. Aus diesem Grund wird eine *„freundlich-zugewandte, einfühlsame, jedoch sachlich-distanzierte Haltung“* (Füleßl und Middeke, 2005, S. 10) gefordert.

Obwohl das **Anamnesegespräch** einen wesentlichen Teil des medizinischen Fachwissens und der ärztlichen Tätigkeit darstellt (vgl. Füleßl und Middeke, 2005), wird dem kommunikativen Handeln in der ärztlichen Gesprächsausbildung wenig Bedeutung beigemessen, hat doch das Gespräch mit dem Patienten *„nach wie vor den Status eines Vorgangs, den man*

nicht eigens zu erlernen hat, da er den eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten vorgelagert ist“ (Lalouschek, 2005, S. 95). Laut Lehmeier (2006) haben allerdings Medizinstudenten gerade am Anfang Probleme, einerseits die erhaltenen Informationen zu überschauen, andererseits ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen. So schätzten im Rahmen einer Studie an der Medizinfakultät in Frankfurt Studierende nach Abschluss eines Kurses in Gesprächsführung ihre Kenntnisse über Anamneseerhebung und Gesprächsführung als mangelhaft ein (vgl. Sennekamp et al., 2007).

Als zentrales Element der Arzt-Patient-Beziehung und der Anamneseerhebung gelten in der Literatur die Sprache des Arztes und die **patientenadaptierte Kommunikation**. Der Patient sollte die Möglichkeit erhalten, seine Beschwerden in den ersten Minuten des anamnestischen Gesprächs frei und ohne Unterbrechung vorzutragen (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006). Diese spontane Schilderung gibt den Arzt Aufschluss über den Informationsgrad und die Informationsbedürfnisse des Patienten, dessen Verständnis von seinen Beschwerden und seinen sozioökonomischen Hintergrund (vgl. Fießl und Middeke, 2005). Eine dem Bildungsstand des Patienten angepasste Sprache schafft laut Dahmer (2006) eine wesentliche Voraussetzung für die Mitarbeit des Patienten. Indem sich der Arzt *„im Sprachstil, Sprechtempo und Informationsbedürfnis [...] dem Patienten an[passt]“* (Fetzner und Paquet, 2007, S. 7) werden Informationen im Rahmen des Anamnesegesprächs patientenadaptiert kommuniziert und artikuliert (vgl. Fießl und Middeke 2005). Zwar verwenden Ärzte im Allgemeinen einen elaborierten Sprachcode (vgl. Siegrist, 2005), jedoch sollten medizinische Fachtermini, Ausdrücke des Klinikjargons und Abkürzungen im Gespräch mit dem Patienten zugunsten einfacher Worte, anschaulichen Beispielen und bildlichen Vergleichen vermieden werden (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005).

Abschließend lässt sich die Anamnese dann als Ausdruck einer gelungenen Arzt-Patienten Begegnung interpretieren, *„wenn nicht nur der Patient sich an seine Krankengeschichte erinnert und diese vom Arzt dokumentiert wird, sondern wenn der Arzt sozusagen die ‘Essenz’ des einzelnen Patient erfasst hat und sich in Zukunft an diese besondere Person erinnert“* (Fießl und Middeke, 2005, S. 13).

3.3.3. Methoden und Techniken der Anamnese

In der Literatur lassen sich unterschiedliche Methoden der Anamneseerhebung finden. Nach Dahmer (2006) reicht die Skala möglicher anamnestischer Gesprächsformen vom

Patientenmonolog bis zum bloßen Frage-Antwort-Abfrage Dialog. Nach dem Grad der Strukturiertheit wird demnach die **freie Anamnese**, die **teilstandardisierte Anamnese** und die **vollstandardisierte Anamnese** unterschieden (vgl. Dahmer, 2006). Bei der freien Anamnese ist ein thematischer Rahmen vorgegeben, die Gesprächsführung erfolgt jedoch offen, wodurch dem Patienten als Individuum zwar mehr Raum gegeben wird, als nachteilig erweisen sich jedoch die aufwendige Dokumentation und die eingeschränkte epidemiologische Vergleichbarkeit. Der teilstandardisierten Anamneseform liegt ein Gesprächsleitfaden zugrunde, wodurch ein Spielraum für Patientenformulierungen erhalten bleibt und große Bereiche vergleichbarer Patientendaten erfasst und dokumentiert werden. Bei der vollstandardisierten Anamnese sind Wortlaut und Reihenfolge der Fragen verbindlich vorgegeben. Dies ermöglicht die volle Vergleichbarkeit mit früheren Daten und mit anderen Patienten, und gestattet auch die maschinelle Bearbeitung. Demgegenüber stehen jedoch der Entfall von persönlicher Betreuung, der Mangel an individuellen Variationsmöglichkeiten und individueller Gewichtung vergleichbarer Daten sowie die Nichtberücksichtigung von Patientenformulierungen (vgl. Dahmer, 2006).

Den Aussagen Dahmers (2006) folgend stellt das **zielgerichtete Interview**, das dem Patienten entsprechend seiner Mitteilungsbereitschaft Spielraum lässt, eine zweckentsprechende Form der Anamneseerhebung dar. Lehmeyer (2006) versteht die medizinische Anamnese als ein strukturiertes Herangehen des Arztes an die Beschwerden und Erkrankungen des Patienten. Die Strukturierung des Gesprächs bezeichnen Fetzner und Paquet (2007) als **schematische Anamnese**, welche „für eine gewisse Vollständigkeit und Reproduzierbarkeit bürgt“ (Fetzner und Paquet, 2007, S. 8). Unter „schematischer Anamnese“ bzw. dem standardisierten Ablaufmuster einer Anamnese wird das schematische Vorgehen verstanden (vgl. Lalouschek, 2005). Obwohl in der Schulmedizin „ein Grundgerüst Gültigkeit hat“ (Fetzner und Paquet, 2007, S. 5), muss „ein Schema bei der Erhebung der Vorgeschichte [...] nicht zur Schematisierung führen“ (Lange, 1998, S. 16), da das Augenmerk der Anamnese in der Adaptierung an den individuellen Fall liegt (vgl. Güthoff und Rosenecker, 2008).

Da nicht-schematisierte Anamnesen keine oder nur minimale Strukturierungen des Gespräches beinhalten, wird der Einsatz von **Anamnesebögen und Abfrageschemata** zunehmend diskutiert. Die verbreitete Skepsis gegenüber Anamnesebögen, der Kontakt zum Patienten könne dadurch vermindert werden, weicht der Einsicht, dass dadurch anamnestische Daten ausführlicher erhoben werden können (vgl. Dahmer, 2006). Vermehrt ventiliert werden in diesem Zusammenhang auch der Einsatz von **medizinischen**

Expertensystemen⁸ und diagnostischen Programmen, wie sie Braun und Mader (2005) für eine zielgerichtete Anamnese und ein problemorientiertes Herangehen an den einzelnen Patienten in der Allgemeinmedizin entwickelt haben⁹:

„Der Vorteil solcher Programme gegenüber einer intuitiven, individuellen Routine wird rasch klar, wenn man die standardisierte Fragetechnik, den Zeitbedarf für Anamnese und Diagnostik, die Dokumentation, die Beanspruchung der Konzentration und mögliche Anwendungsgebiete für den EDV-Einsatz betrachtet. [...] Auch die standardisierten Fragen ermöglichen eine freischwebende Intuition, wenngleich auf viel höherem Niveau“ (Braun und Mader, 2005, S. 8).

Neben dem Grad der Strukturierung wird die Anamneseerhebung in der Literatur methodisch auch in Eigen- und Fremdanamnese untergliedert. Die **Eigenanamnese**, auch Autoanamnese genannt, ist die Erhebung durch das Gespräch mit dem Patienten (vgl. Grüne, 2007; Pschyrembel, 2010). Dabei ist zwischen anamnestischen Angaben zu den aktuellen Beschwerden des Patienten und der Eigenanamnese als der darüber hinausgehenden Krankengeschichte des Patienten zu unterscheiden (vgl. Dahmer, 2006; Lange, 1998). Im Gegensatz zur Eigenanamnese, die auf Angaben des Patienten beruht, enthält die **Fremdanamnese** Angaben über den Patienten von anderer Seite (vgl. Pschyrembel, 2010). Eine Fremdanamnese mithilfe von Angehörigen oder Bezugspersonen ist bei Babys, Kindern, älteren Patienten und Patienten mit mangelnden Sprachkenntnissen oder Intelligenzdefiziten, wenn ein direktes Befragen nicht möglich ist, erforderlich (vgl. Dahmer, 2006; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006). Ebenso findet die Fremdanamnese Einsatz bei

„amnestisch und affektiv veränderten Kranken z.B. bei retrograder Amnesie nach Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall, Alkohol- oder Drogenkranken, hohem Fieber oder herabgesetzter Ansprechbarkeit (Somnolenz, Stupor, Koma), und zur Vermeidung tendenziöser Angaben bei Begutachtung oder Furcht vor strafrechtlicher Verfolgung“ (Dahmer, 2006, S. 52)

Den Ausführungen Ford et al. (2005) folgend umfasst die Anamneseerhebung folgende *„effective and commonly used sequence: Introduction, Presenting complaint, History of current illness, Systemic enquiry, Past medical history, Drugs and allergies, Family history,*

⁸ Beim medizinischen Expertensystem CLEOS (Clinical Expert Operating System) beispielsweise beantwortet der Patient selbstständig Fragen, wobei „das Programm [...] die Anamnese an den Anfang der Datenerhebung [stellt] und [...] insgesamt 40.000 Fragen bereit[hält], die bedarfsweise auf einem individualisierten Pfad gestellt werden. Dabei enthält ein durchschnittliches Interview 156 Fragen“ (Alscher, 2008, S. 1898). Nach Erhebung der CLEOS-Anamnese folgt das eigentliche Arzt-Patienten-Gespräch, bei dem der Arzt mehr Zeit für den Patienten und seine Beschwerden hat, da wichtige Daten schon zuvor erhoben wurden (vgl. Alscher, 2008).

⁹ Derzeit gibt es 82 Checklisten, die zur gezielten Befragung des Patienten eingesetzt werden, wie z.B. „Checkliste 1: Fieber“, „Checkliste 13: Schulterschmerzen“ oder „Checkliste 36: Durchfall“ und offen formulierte Stichwörter und Fragen enthalten. Die spezifischen diagnostischen Programme sind nicht nach Krankheiten gruppiert, sondern dienen als Hilfsmittel auf dem diagnostischen Weg von der Beratungsursache zum Beratungsergebnis: *„Der Allgemeinarzt, der den Patienten mittels einer Checkliste programmiert führt (‘Programmierte Diagnostik’), darf beruhigt sein, auf diese Weise nichts Wesentliches ungefragt gelassen und nichts Machbares unterlassen zu haben“* (Braun und Mader, 2005, S. 30).

Social and personal history, Patient's ideas, concerns and expectations“ (Ford et al., 2005, p. 6). Dieses **standardisierte Ablaufmuster** findet sich in vielfältigen Lehrbüchern (vgl. Dahmer, 2006; Epstein et al, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007) und dient dem Arzt als „*innerer Leitfaden*“ (Lalouschek, 2005, S. 97), wobei die Reihenfolge der Themenbereiche im Gespräch variabel gehalten werden kann (vgl. Lalouschek, 2005). Dies widerspricht allerdings dem Vorgehen, welches Adler und Hemmeler (1992) im Rahmen ihres bio-psycho-sozialen Modells vorschlagen. Hierbei ist die Anamneseerhebung in 10 aufeinanderfolgende Interviewschritte aufgeteilt, beginnend bei der Vorstellung und Begrüßung. Der zweite Schritt befasst sich mit dem Gestalten einer günstigen Situation. Um die bio-psycho-soziale Lage des Patienten zu erkennen, werden im dritten Schritt die Beschwerden und im darauffolgenden vierten Schritt das aktuelle Leiden in sieben Dimensionen (Zeitliches Auftreten, Qualität, Intensität, Lokalisation, Begleitzeichen, symptombeeinflussende Faktoren und Umstände) erfasst. Der fünfte bis achte Schritt beinhaltet die persönliche Anamnese, die Familienanamnese, die psychische Entwicklung des Patienten und seine sozialen Lebensumstände. Im neunten Schritt werden Eckdaten wie Sozialversicherungsträger oder bereits vorliegende Befunde in Form einer Systemanamnese erfragt, um im abschließenden zehnten Schritt Fragen des Patienten sowie das weitere therapeutische Vorgehen abzuklären (vgl. Adler und Hemmeler, 1992).

Wie ausführlich Anamnese und Befund erhoben werden, richtet sich laut Dahmer (2006) nach Schwere des Falles und nach Beschwerden und Befunden, die sich bei der Untersuchung ergeben haben und eine Vertiefung erforderlich oder überflüssig machen. Auch Fetzner und Paquet (2007) betonen diese Aspekte, führen jedoch an, dass der **Umfang der Anamnese** und der Untersuchung auch von situativen bzw. personenzentrierten Faktoren determiniert ist:

„Wie umfangreich Anamnese und Untersuchung stattfindet und in welche Richtung Vertiefung stattfindet, ist hochgradig von der Erfahrung, dem theoretischen Wissen des Arztes, von der Situation (Sprechstunde, Erstkontakt, stationäre Aufnahme), von dem Fachgebiet und der individuellen Behandlungssituation (Schwere der Erkrankung, Gesundheitsstatus des Patienten) und v. a. vom Patientenwunsch abhängig.“ (Fetzner und Paquet, 2007, S. 5).

Darüber hinaus lässt sich das kommunikative Handeln in der Anamneseerhebung in Hinblick auf seine verbalen und nonverbalen Dimensionen betrachten. Bei der **verbalen Kommunikation** geht es um unterschiedliche Fragetypen und um das Zuhören. Das Gespräch sollte mit offenen Fragen beginnen und dem Patienten die Gelegenheit geben spontan und möglichst ohne Unterbrechung berichten zu dürfen (vgl. Dahmer, 2006; Epstein et al., 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006). Offene Fragen sind gesprächsfördernd und die Informationen, welcher der Arzt erhält „*sind nicht*

bereits durch direktes Befragen gefiltert“ (Füeßl und Middeke, 2005, S. 15). Begleitet werden die Formulierungen des Patienten durch „*unterstützende Hörersignale*“ (Lalouschek, 2005, S. 110), wie z.B. „hmm“, „ja“ oder ein Nicken. Um zu einer chronologischen Darstellung des Krankheitsgeschehens beizutragen, bieten sich „*lösende oder ermutigende Fragen*, z.B. *‘Wie hat es begonnen?’ oder ‘Was geschah dann?’*“ (Dahmer, 2006, S. 14) an. Wenn der Spontanbericht sich im Unwesentlichen verliert oder Unklarheiten aufwirft, so ist patientengeleitetes Nachfragen hilfreich (vgl. Lange, 1998), indem der Arzt den Erzählinhalt aufgreift, um den Patienten zum Präzisieren anzuregen (vgl. Lalouschek, 2005).

Zum aktiven Zuhören zählt auch das Paraphrasieren, indem der Arzt die Äußerungen des Patienten mit eigenen Worten zusammenfasst, um ihm zu zeigen, dass er ihn richtig verstanden hat (vgl. Füeßl und Middeke, 2005). Zwischenfragen von Seite des Arztes können eingesetzt werden, um genauere Informationen zu erhalten, um Begriffe, die der Patient benutzt zu präzisieren, um umständliche Darstellungen abzukürzen oder auch um unerwünschte Pausen und Unsicherheiten des Patienten zu überbrücken (vgl. Dahmer, 2006). Sondierungsfragen geben dem Patienten ebenfalls Spielraum zum freien Bericht durch die offene Formulierung (vgl. Dahmer, 2006; Lange, 1998). Antworten auf Warum-Fragen sind eigentlich Aufgabe des Arztes und sollten im Anamnesegespräch ebenso vermieden werden, wie unscharfe und vage Frageformulierungen oder Suggestivfragen¹⁰, welche die Antwort bereits vorausnehmend in eine bestimmte Richtung leiten (vgl. Adler und Hemmeler, 1992; Füeßl und Middeke, 2005; Lange, 1998; Lehmeier, 2006). Fraglich ist, ob Suggestivfragen, wie Dahmer (2006) meint, gelegentlich auch den therapeutischen Zweck erfüllen können, die Zustimmung des Patienten zu einer vom Arzt formulierten Auffassung zu erleichtern. Gezielte Fragen werden gestellt, um exakte Details zu erfragen und Beschwerden nach Charakter, Dauer, Stärke, Lokalisation, Ausstrahlung, Tages- bzw. Nachtrhythmen, Provokation und Linderung zu konkretisieren. Diese werden überwiegend in geschlossener Fragetechnik formuliert, wobei dichotome Antwortkategorien in Form von Ja-Nein-Antworten die Extremform darstellen (vgl. Dahmer, 2006; Füeßl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lange, 1998; Lehmeier, 2006). Katalogfragen stellen Mehrfachvorgaben mit oder ohne Rangreihung dar, indem dem Patienten eine Auswahl von Antwortmöglichkeiten angeboten wird¹¹ (vgl. Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006). Um dem Patienten seine eigenen Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen zu vergegenwärtigen, werden beziehend auf die vorangegangene Patienteninformation, Konfrontations- und Reflexionsfragen gestellt (vgl. Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006).

¹⁰ Ein Beispiel für eine Suggestivfrage wäre: „*Sind Sie nicht auch der Meinung, dass Ihr übermäßiger Alkoholgenuss Ihrer Gesundheit schadet?*“ (Dahmer, 2006, S. 16)

¹¹ Ein Beispiel für eine Katalogfrage ist: *Waren die Schmerzen ziehend, drückend oder stechend?*

Interpretationsfragen eignen sich für das Kennenlernen des Krankheitsverständnisses des Patienten und nehmen Bezug auf die Schlussfolgerungen, die der Arzt aus den Angaben und dem Verhalten des Patienten zieht (vgl. Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006). Sensible Themen, wie Alkohol- und Drogenkonsum oder Sexualefunktionen, verlangen eine sensitive, taktvolle Frageformulierung und des Zusicherns der Vertraulichkeit der Beantwortung (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005).

Botschaften werden im Anamnesegespräch aber nicht nur verbal vermittelt, sondern auch **nonverbal** durch Mimik, Gestik oder Körperhaltung kommuniziert (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006). So haben Forschungen wie jene von Mehrabian und Ferris (1967) oder Bensing (1991) ergeben, dass emotionale Kommunikation *„am wenigsten auf verbaler Ebene statt[findet] (7%), sondern über die Stimmlage des Gesprochenen (22%), vor allem aber über visuelle Signale wie Augenkontakt, Gesichtsausdruck und Körpersprache ausgedrückt (55%)“* (Gottschlich, 2007, S. 170) wird. Nonverbale Kommunikation als das *„primäre Medium für affektives Kommunikationsverhalten“* (Gottschlich, 2007, S. 170) kann nicht nur *„gelegentlich aufschlussreicher sein als das gesprochene Wort“* (Dahmer, 2006, S. 11), sondern hat auch *„unmittelbar positiven Einfluss auf die Zufriedenheit des Patienten“* (Gottschlich, 2007, S. 170). Um eine positive Ausstrahlung zu fördern, ist das bewusste Einsetzen und Verstehen der verschiedenen Formen der nonverbalen Kommunikation ein hilfreiches Mittel: *„Obwohl die nonverbale Kommunikation einen sehr hohen Stellenwert hat, funktioniert sie normalerweise unbewusst und unkontrolliert. Der Arzt kann sie aber trainieren und als ein wichtiges Werkzeug gezielt und effektiv einsetzen“* (Fießl und Middeke, 2005, S. 18). So lässt sich beispielsweise am Gesichtsausdruck erkennen, ob verbale und nonverbale Äußerungen übereinstimmen oder nicht (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006). Die Körperhaltung wiederum vermittelt Aspekte wie Gelassenheit, Ruhe, Nervosität, Anspannung, Offenheit und Verslossenheit (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006). Durch das Beibehalten des Augenkontaktes während der Anamnese wird Kommunikationsbereitschaft gefördert (vgl. Lehmeier, 2006). Zudem kann die Mimik mitaufgenommen werden, wodurch auf Gefühle wie z.B. Angst, Verwirrung, Schmerz, Aufgeschlossenheit oder Interesse rückgeschlossen werden kann (vgl. Fießl und Middeke 2005).

3.3.4. Anamnesedokumentation

Die Dokumentation gehört zu den Pflichten des Arztes, die in der ärztlichen Berufsordnung festgelegt sind. Als Gedächtnisstütze dokumentierte Daten und Informationen ermöglichen

Kommunikation, Analyse, Rechtfertigung und Erinnerung (vgl. Erens, 2004). *„Alle Ergebnisse der Befragung und der anschließenden Untersuchungen müssen dokumentiert werden, hierzu liegt in jeder Klinik oder Praxis ein Anamnese- und Untersuchungsbogen vor“* (Grüne, 2007, S. 10). Anamnese und körperliche Untersuchung werden laut Fießl und Middeke (2005) üblicherweise zusammen auf einem Untersuchungsbogen dokumentiert. In der Literatur wird neben dem Untersuchungsbogen (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006), auch vom standardisierten Aufnahmebogen (vgl. Lehmeier, 2006), Anamnesebogen (Grüne, 2007), vom Anamnesefragebogen (vgl. Dahmer, 2006), von der problemorientierten Patientenakte (POMR), welche nach Epstein et al. (2006) einem durch gezielte Fragestellung individuellem Beschwerdeprofil des Patient entspricht, gesprochen.

„Die Dokumentation hat wahrhaft, vollständig und zeitnah zu erfolgen“ (Fetzner und Paquet, 2007, S. 45), wobei bei der Anamnese nur das dokumentiert wird, *„was der Patient sagt und in dessen Sprache“* (Fetzner und Paquet, 2007, S. 45). Im Gegensatz dazu steht die klinischen Untersuchung, bei der dokumentiert wird, *„was man [Arzt] selbst sieht und erhebt, und nicht was man [Arzt] gerne sehen, hören, tasten würde, bzw. was in vorhergehenden Arztbriefen steht oder der Patient suggeriert“* (Fetzner und Paquet, 2007, S. 45). Diagnose und Interpretationen des Arztes sind demnach nicht in den Anamnesebögen festzuhalten, sondern es geht um die

„Dokumentation von Befragung, Untersuchung, Diagnostik, Procedere; Verlaufsdokumentation; Absicherung des Arztes bei späteren Rückfragen; Kenntnis des Patienten, um bei erneuten Konsultation zu wissen, um was es geht; Weitergabe von Information an Kollegen, Kolleginnen; Abrechnung; Qualitätssicherung; wissenschaftliche Auswertung, u.v.m.“ (Fetzner und Paquet, 2007, S. 45).

Die Vorteile der Dokumentation sehen Dahmer (2006) und Fießl und Middeke (2005) als Entscheidungshilfen für die weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte und die Selbstkontrolle des Arztes. Des Weiteren dienen die Aufzeichnungen als Mittel der Kommunikation mit Kollegen und mit Personen der Pflege- und medizinischen Hilfsberufen (vgl. Dahmer, 2006). Die Dokumentation als schriftliche Erfassung aller Ergebnisse der Befragung und der anschließenden Untersuchung hat auch einen juristischen Aspekt (vgl. Lehmeier, 2006), wobei es keine Regelung über Umfang und Genauigkeit der Dokumentation gibt (vgl. Fetzner und Paquet, 2006). Braun und Mader (2005) weisen ebenfalls darauf hin, dass es derzeit noch keine verbindlichen Vorschriften für eine korrekte und zweckmäßige Dokumentation in der Allgemeinpraxis gibt, vertreten aber den Standpunkt, dass es *„in der Allgemeinpraxis [...] nicht darauf an[kommt], über möglichst viele Daten zu verfügen. Es ist vielmehr von Bedeutung, wie man die Daten so weit reduziert, dass der Blick auf das Dokumentierte rasch informiert“* (Braun und Mader, 2005, S. 24). Laut

Ärztegesetz und MTD-Gesetz¹² sind sowohl Ärzte als auch Physiotherapeuten zur Dokumentation verpflichtet. Der Umfang der Dokumentationspflicht bestimmt sich weitgehend nach ihren Zwecken, welche insbesondere Therapiesicherung, Beweissicherung und Rechenschaftslegung, sind. Die Dokumentation unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht sowie gegebenenfalls den Datenschutzgesetze (vgl. Aigner et al, 2004; Pschyrembel, 2010).

Zusammenfassend werden räumliche und zeitliche Aspekte in den zentralen medizinischen Fachbüchern relativ ungleichgewichtig thematisiert, wobei generell keine Zeitangaben bezüglich Dauer der Anamneseerhebung von den Autoren gemacht wurden. Auf die eventuell negativen Auswirkungen auf das Arzt- Patienten- Verhältnis, wenn dem Patienten Zeitdruck vermittelt wird, machen etliche Autoren aufmerksam. Auf die räumliche Gestaltung, auf die Atmosphäre, in der die Erhebung stattfindet und vor allem auf die Wichtigkeit eines ungestörten Umfeldes werden in der Schulmedizin vielfach eingegangen Neben teilweisen sehr detaillierten Ausführungen über die Begegnung zwischen Arzt und Patient, wie Begrüßung mit Händedruck und die Wirkung des äußeren Erscheinungsbildes des Arztes auf den Patienten wird Augenmerk auf die Eigenschaften und die Rolle des Arztes gelegt, da diese den Erfolg der Anamnese mitbestimmen. Zu den ärztlichen Eigenschaften zählen neben Bestimmtheit und Güte, taktvoll-bescheidenes Verhalten und teilnehmende Zuwendung, die echte Hilfsbereitschaft erkennen lässt, auch das Einfühlungsvermögen und die Empathie von Seite des Arztes. Auf die Grundregeln des Gesprächs und auf die patientenadaptierte Kommunikation wird von vielen Autoren der ausgehobenen Literatur eingegangen. Bei der Durchführung der Anamnese kommen verschiedene Standardisierungsverfahren zum Einsatz. Das zielgerichtete Interview, welches dem Patienten entsprechend seiner Mitteilungsbereitschaft Spielraum lässt, stellt eine zweckentsprechende Form der Anamneseerhebung dar. Diagnostische Programme und medizinische Expertensystemprogramme via Computer stellen eine zeitersparende und trotzdem zur Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung beitragende Alternative dar. Standardisierte Ablaufmuster, die eine variable Reihenfolge der Themenbereiche gestatten, stehen dem schrittweisen Vorgehen in der Anamneseerhebung wie in einem bio-psycho-sozialen Modells beschrieben, gegenüber. Im Zusammenhang mit den Methoden und Techniken der Anamnese wird in der schulmedizinischen Literatur vor allem auf die verbale und nonverbale Kommunikation eingegangen. Im Rahmen der verbalen Kommunikation werden unterschiedliche Fragetypen und das Zuhören behandelt. Am Beginn der Anamnese sollte mittels einer offenen Frage dem Patienten die Gelegenheit geboten werden, spontan und möglichst ohne Unterbrechung berichten zu dürfen. Gezielte bzw.

¹² Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch- technischen Dienste

geschlossene Fragen können zur Detailerfassung und weiteren Klärung beitragen. Sowohl Suggestivfragen als auch Warum-Fragen sollten vermieden werden. Das Befolgen von Formulierungsregeln in der Anamnesemethodik tragen zum Gelingen der Anamneseerhebung bei. Die nonverbale Kommunikation spielt ebenso eine bedeutende Rolle in der Interaktion zwischen Arzt und Patient und kann auch bewusst als hilfreiches Mittel in der Anamnese eingesetzt werden. Die Dokumentation ist nicht nur eine Pflicht des Arztes, sondern hat auch die Vorteile der Entscheidungshilfe für die Arbeit und die Selbstkontrolle des Arztes, und dient der Kommunikation mit Kollegen.

3.4. Teile und Inhalte der Anamnese

In der Literatur finden sich vielfältige Bestandteile der Anamnese. Die Auflistung reicht dabei von aktueller Schmerzanamnese, früherer Anamnese, medizinischer Vorgeschichte, Medikamentenanamnese, Berufsanamnese, Sozialanamnese, sozioökonomische Anamnese, Familienanamnese, vegetativer Anamnese, geschlechtsspezifischer Anamnese, Sexualanamnese, psychologischer Anamnese, Suchtmittelanamnese bis hin zu Allergieranamnese und Reiseanamnese (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006; Pschyrembel, 2010). Orientiert an Miesbach und Rutsch (2004), welche zwischen einer Persönlichkeits- und einer medizinischen Anamnese differenzieren, werden im Folgenden zentrale Teile und Inhalte der Anamnese, wie sie in gängigen medizinischen Lehrbüchern thematisiert werden, näher erläutert. Fokussiert wird dabei auf die Anamnese in der Allgemeinmedizin, während von fachspezifischen Anamnesen – wie beispielsweise jenen in der Gynäkologie oder Psychiatrie – in vorliegender Arbeit abstrahiert wird.

Nach Fießl und Middeke (2005) muss die Anamnese nicht immer streng schematisch ablaufen. Eine strukturierte Vorgehensweise und eine chronologische Abfolge der Anamneseteile sind allerdings laut Lehmeier (2006) empfehlenswert und umfassen „nach gängigen Lehrbüchern die Erhebung folgender thematischer Bereiche [...]“:

- *Aktuelle Beschwerden*
- *Kinderkrankheiten*
- *frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Operationen*
- *chronische Erkrankungen (Diabetes, Hochdruck, Rheuma etc.)*
- *Familienanamnese (relevante Erkrankungen von Eltern und Geschwistern)*
- *Allgemeinanamnese, mit folgenden Subbereichen:*

- *Aktueller Gesundheitszustand (Appetit, Verdauung und Schlaf)*
- *Persönliche Daten (Alter, Größe und Gewicht)*
- *Alkohol- und Nikotinkonsum*
- *(Bei Frauen:) gynäkologische Anamnese*
- *Geschlechtskrankheiten*
- *Medikation und Allergien*
- *Sozialanamnese (Familienstand, häusliche Versorgung – v. a. bei älteren bzw. pflegebedürftigen PatientInnen im Hinblick auf die Entlassung)*
- *Adresse des Hausarztes (Arzt-Brief).“ (Lalouschek, 2005, S. 96)*

Die **Personalien** „Name, Alter und Beruf [des Patienten] sind im Allgemeinen schon bekannt, wenn Sie [Arzt] mit der eigentlichen Anamnese beginnen“ (Dahmer, 2006, S. 21) bzw. erhebt der Arzt die Patientendaten zu Beginn der Anamnese (vgl. Fetzner und Paquet, 2007). Diese Daten können laut Dahmer (2006) einerseits v. a. bei ängstlichen Patienten dazu verwendet werden, ein unverbindliches Gespräch einzuleiten, andererseits liefern diese Angaben auch diagnostische Hinweise. Das Alter ist von Bedeutung im Zusammenhang mit Erkrankungen, die in bestimmten Altersgruppen gehäuft vorkommen und der Beruf lässt Rückschlüsse auf etwaige Berufserkrankungen zu (vgl. Dahmer, 2006).

Nach dieser einführenden Datenerhebung beginnt die eigentliche Anamnese, welche sich mit Miesbach und Rutsch (2004) grob in eine Persönlichkeitsanamnese und eine medizinische Anamnese untergliedern lässt. Bei der Persönlichkeitsanamnese geht es darum, die Krankheit vor dem Lebenshintergrund des Patienten zu sehen. Dazu zählen die Biographie und das soziale und berufliche Umfeld des Patienten. Die medizinische Anamnese hingegen beinhaltet den Verlauf der aktuellen Krankheit, die Krankheitsvorgeschichte und die Familienanamnese (vgl. Miesbach und Rutsch, 2004).

In Hinblick auf die **medizinische Anamnese** zeigt sich, dass alle Autoren, deren Literatur für diese Arbeit herangezogen wurde, sich einig sind, dass die **aktuellen Beschwerden** des Patienten im Vordergrund stehen (vgl. Dahmer, 2006; Epstein et al, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lange, 1998; Lehmeier, 2006; Vithoukka, 1986). Nach der Begrüßung und dem ersten „Kennenlernen“, hat es sich nach Fießl und Middeke (2005) bewährt, den Patienten nach seinen aktuellen Symptomen und Problemen zu befragen. Die aktuelle Anamnese wird zumeist mit Fragen wie z.B. „Was führt Sie zu mir?“ (Lange, 1998, S. 21) oder „Warum kommen Sie zu mir?“ (Dahmer, 2006, S. 26) eingeleitet. Das Erfassen bzw. die Festlegung der Hauptbeschwerde des Patienten stellen einen wesentlichen Teil dar, welches wie folgt begründet wird:

„Der Zweck der Festlegung einer Hauptbeschwerde ist das diagnostische Denken mithilfe von Leitsymptomen. [...] Leitsymptome sind nichts Krankheitsspezifisches [...] Leitsymptome sind Symptome, denen sie selbst (!) vorrangige Bedeutung für den Denkweg vom Symptom zur Diagnose zumessen“ (Dahmer, 2006, S. 26f).

Um ein Symptom zu charakterisieren und Beschwerden zu differenzieren, müssen gezielte und spezifische Fragen gestellt werden. Nach Dahmer (2006) und Lange (1998) gibt es fünf Standardanforderungen („Fünf-Finger-Fragen“) bzw. Kriterien zur Abklärung eines Symptoms. Erfragt werden Dauer der Beschwerden, Stärke, Art und Ort der Beschwerden und die Beziehung zwischen Beschwerden und Körperfunktionen (vgl. Dahmer, 2006; Lange, 1998). Laut Füleßl und Middeke (2005) sind gezielte Fragen zu den folgenden Punkten zu stellen: 1. Lokalisation und Ausbreitung, 2. Qualität, 3. Schweregrad, 4. Zeitliches Auftreten, 5. Verstärkung der Symptome, 6. Begleitsymptomatik, 7. Grad der Behinderung. Die Angaben von Adler und Hemmeler (1992) decken sich mit denen von Füleßl und Middeke (2005) mit Ausnahme des Punkt 7, anstelle dessen die Umstände, unter denen das Symptom auftritt, erfragt werden. Die **spezifischen Fragen** dienen dazu, die mögliche Diagnose einzukreisen bzw. eine vorläufige Diagnose zu stellen. Dadurch ergeben sich auch Anknüpfungspunkte, von denen aus die Anamneseerhebung weiter entwickelt werden kann (vgl. Adler und Hemmeler, 1992; Füleßl und Middeke, 2005).

In Bezug auf die auslösenden Faktoren argumentieren Füleßl und Middeke (2005), dass *„die Symptomatik [...] vom Patienten im Zusammenhang mit seiner aktuellen Situation, den Lebensumständen, aber auch mit dem Erleben und letztlich mit der eigenen Biografie betrachtet werden“* (Füleßl und Middeke, 2005, S. 24) soll.

Im Rahmen der medizinischen Anamnese gilt es aber auch, die **früheren Leiden bzw. Erkrankungen** zu erheben (vgl. Dahmer, 2006; Füleßl und Middeke, 2005), um zu verstehen, ob diese

„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 Gebiet bestimmter Organsysteme, mit bestimmten psychischen Reaktionsweisen, wie er mit einer Krankheit umgeht und sich erholt“ (Adler und Hemmeler, 1992, S. 18).

Deshalb sind die **medizinische Vorgeschichte** bzw. frühere Erkrankungen des Patienten, die in mutmaßlichen oder sicheren Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden stehen, von besonderem Interesse, da sie Spätfolgen oder Komplikationen mit sich bringen können. Auch Unfälle, Operationen, Kinderkrankheiten, Innere Erkrankungen, schwerwiegende Erkrankungen, Allergien, Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsmaßnahmen sollten erfragt und dokumentiert werden (vgl. Füleßl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lehmeyer, 2006).

Einen weiteren Teil stellt die **Medikamentenanamnese** dar (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006). Alle vom Patienten eingenommen Medikamente und natürlichen Heilmitteln müssen laut Grüne (2007) aufgelistet werden und durch Angaben über Dosierung, Grund der Einnahme, Dauer der Einnahme und Auftreten von Nebenwirkungen ergänzt werden, da diese „*Aufschlüsse über die wahrscheinlich zugrunde liegenden Krankheiten erhalten*“ (Fießl und Middeke, 2005, S. 23) und somit für die Diagnoseerstellung zentral sind (vgl. Fetzner und Paquet, 2007).

Weiters dient die **Systemübersicht** (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006) dazu, neben dem Leitsymptom und seinen Begleitbeschwerden mit einigen Fragen auf alle Organsysteme einzugehen. Nach Lange (1998) ist dabei ein systematisches Vorgehen zielführend, „*orientierend nach Allgemeinsymptomen und Symptomen der verschiedenen Organe, gewissermaßen querschnittsartig durch den ganzen Organismus*“ (Lange, 1998, S. 33).¹³ Während für Lehmeier (2006) der Systemüberblick einen umfassenden Eindruck über den Gesundheitszustand des Patienten bietet, stellt für Dahmer (2006) die Systemübersicht eine Suchhilfe dar, welche das diagnostische Weiterdenken entscheidend unterstützt- „*Die Systemübersicht macht es Ihnen leichter, ausgehend von der Hauptbeschwerde und Begleitbeschwerden, die Sie in den in der Systemübersicht genannten Organsystemen finden, zu einer Verdachtsdiagnose zu kommen*“ (Dahmer, 2006, S. 54).

Zur medizinischen Anamnese im weiteren Sinn zählt auch die **Familienanamnese**, der von allen für diese Arbeit zugezogenen Autoren ein eigenes Kapitel gewidmet wurde. Erfragt werden Alter, Krankheiten, Todesursache und Todesalter von Vater, Mutter, Geschwistern und wesentliche Erkrankungen der eigenen Kinder (vgl. Dahmer, 2006; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006). Die Erkenntnisse aus diesen Fragen „*lässt wichtige medizinische Rückschlüsse auf die Erkrankung des Patienten selbst und seine Prognose zu*“ (Fießl und Middeke, 2005, S. 29). Insbesondere bei der Diagnostik psychosomatischer Erkrankungen sind die Familiengeschichte und familiäre Strukturen und Beziehungen aufschlussreich (vgl. Lehmeier, 2006). Von besonderem medizinischem Interesse sind maligne Erkrankungen, genetisch bedingte Erbkrankheiten, Infektionen, die sich in der Familie ausbreiten können

¹³ Zu den folgenden Organsystemen werden Fragen nach den jeweiligen charakteristischen Symptomen gestellt, wobei zum besseren Verständnis jeweils ein Beispiel aus Fießl und Middeke (2005, S. 25f) angeführt wird: Allgemeinsymptome - „*Wie ist ihr Appetit?*“, Kopf und Hals - „*Haben Sie Kopfschmerzen?*“, Lymphknoten - „*Haben Sie Lymphknotenschwellungen bemerkt?*“, Thorax und Brust - „*Haben Sie Atemnot?*“, Abdomen - „*Haben Sie Durchfall oder Verstopfung?*“, Harntrakt - „*Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?*“, Geschlechtsorgane - „*Ist die Periode regelmäßig?*“, Skelett - „*Haben Sie irgendwelche Gelenksbeschwerden?*“, Neurologie - „*Haben Sie Gefühlsstörungen oder Lähmungserscheinungen?*“, Haut - „*Haben Sie eine Hauterkrankung?*“.

und Krankheiten, für die es kein festes Erbmuster, aber familiäre Häufungen gibt (vgl. Dahmer, 2006; Epstein et al., 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007). Nach Adler und Hemmeler (1992) ist dabei auf die Art und Weise, wie der Patient über Krankheiten oder Tod von Angehörigen erzählt, zu achten, denn eventuell befürchtet der Patient das gleiche Schicksal zu erleiden wie ein Familienmitglied. Gerade im Falle von Infektionen und Intoxikationen gilt es herauszufinden, ob andere Personen im Umkreis des Patienten ähnliche Symptome aufweisen, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können (vgl. Fetzner und Paquet, 2007; Grüne, 2007). Allerdings wird *„das Ausmaß, in dem der Arzt auf Einzelheiten der Familienanamnese eingehen muss, durch vermutete Zusammenhänge mit der jetzigen Diagnose bestimmt“* (Dahmer, 2006, S. 52).

Im Gegensatz zu der medizinischen Anamnese betrachtet die **Persönlichkeits- oder Sozialanamnese** die Krankheit des Patienten vor dessen Lebenshintergrund (vgl. Lehmeier, 2006; Miesbach und Rutsch, 2004). So stellt Dahmer (2006) im Rahmen der sozioökonomischen Anamnese die Frage nach Faktoren aus der Umwelt, den wirtschaftlichen Verhältnissen und dem Berufsleben, welche die derzeitige Erkrankung beeinflussen. In diesem Zusammenhang sprechen Lange (1998) und Fetzner und Paquet (2007) von der biographischen Anamnese, in der der Arzt *„einen Blick ins Leben des Patienten“* (Fetzner und Paquet, 2007, S. 12) wirft und somit seine Krankheit *„mit Daten der inneren und äußeren Lebensgeschichte“* (Lange, 1998, S. 36) verknüpft. Zur Erfassung des sozialen Umfelds des Patienten werden Fragen zu Familie, Freunde, Wohnsituation, Kultur und Religion gestellt (vgl. Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006). Laut Lehmeier (2006) lassen sich bei genauer Betrachtung des sozialen Umfeldes oft wichtige Einflussfaktoren besonders bei chronischen Erkrankungen finden. Der kulturelle und religiöse Hintergrund sind für das Krankheitsverständnis und die Bewältigungsversuche von Bedeutung bzw. können für die weiteren Therapieentscheidungen maßgebend sein (vgl. Lehmeier, 2006). In Bezug auf den Umfang der Erfragung psychosozialer Aspekte, *„bleibt [es] dem einzelnen Arzt überlassen, wie weit er bei der Befragung gehen will“* (Fießl und Middeke, 2005, S. 28), wobei nicht nur die Krankheit im Mittelpunkt der Befragung steht, *„sondern es kommen auch gesunde Anteile und Stärken des Patienten zur Sprache“* (Fießl und Middeke, 2005, S. 28), die sowohl für das Selbstwertgefühl als auch für die Heilung des Patienten von Bedeutung sind (vgl. Fießl und Middeke, 2005; König, 2005). Entsprechend definiert Lehmeier (2006) die Sozialanamnese wie folgt:

„Die Sozialanamnese ermöglichte es dem Arzt, seinen Patienten näher kennen zu lernen, etwas über dessen privaten und beruflichen Hintergrund zu erfahren bzw. auch potentielle psychosoziale Faktoren als Ursache von Beschwerden zu ergründen. Hierunter fallen neben dem sozialen Umfeld auch die beruflich-wirtschaftliche Situation, Lebensgewohnheiten (Genussmittelkonsum, Reiseanamnese) und das Sexualleben“ (Lehmeier, 2006, S. 8).

So gibt die **Berufsanamnese** beispielsweise Aufschluss über die aktuelle berufliche Tätigkeit des Patienten, über Arbeitszufriedenheit, Belastungen und Stressfaktoren, über die Einkommenssituation und Freizeitausgleich als auch über den beruflichen Werdegang, welcher laut Lehmeier (2006) *„für viele Patienten [...] einen immens hohen Stellenwert [hat], was sich oft durch stressbezogene psychische Beschwerden ausdrückt“* (Lehmeier, 2006, S. 8).

Ebenso sollte der Patient nach seinem Rauch- und Trinkkonsum sowie allfälligen Essgewohnheiten gefragt werden (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Grüne, 2007; Lehmeier, 2006). Nach Dahmer (2006) geben darüber hinaus Leistungssport und Hobbys Hinweise auf körperliche Leistungswilligkeit, ebenso erlauben soziale Bindungen und Freundschaften Rückschlüsse auf die **Lebensgewohnheiten** des Patienten, während die **Reiseanamnese** Fragen zu Fernreisen und Auslandsaufenthalten beinhaltet (vgl. Epstein et al, 2006; Lehmeier, 2006).

Eine differenzierte **gynäkologische bzw. urologische Anamnese** (vgl. Dahmer, 2006; Grüne, 2007) mit einer daran anschließenden **Sexualanamnese** (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Lehmeier, 2006) im Rahmen der Sozialanamnese können weitere wichtige diagnostische Hinweise liefern, verlangen jedoch nicht nur ein großes Maß an Einfühlungsvermögen und Taktgefühl von Seiten des Arztes, sondern *„es sollte [...] immer begründet werden, warum nach solch intimen Lebensbereichen gefragt wird“* (Lehmeier, 2006; S. 9).

Abgerundet wird das anamnestische Gespräch durch das Einholen **patientenbezogener Erwartungen**, da *„unfounded assumptions may be made regarding patients' understanding of their illnesses, leading to either unnecessary anxiety or unrealistic optimism“* (Ford et al., 2005, p. 13). Eine mögliche Abschlussfrage der Anamneseerhebung als Überleitung zur körperlichen Untersuchung an den Patienten lautet daher nach Dahmer (2006): *„Gibt es noch irgendetwas zu besprechen, was im Zusammenhang mit Ihrem jetzigen Gesundheitszustand stehen könnte?“* (Dahmer, 2006, S. 60). Der Patient erhält durch eine solche Formulierung die Gelegenheit, Befürchtungen auszusprechen und gegebenenfalls Ängste mit ärztlicher Hilfe abzubauen.

Zusammenfassend lassen sich die Inhalte der Anamnese grob in eine Persönlichkeitsanamnese und eine medizinische Anamnese unterteilen. Die Autoren stimmen darin überein, dass im Hinblick auf die medizinische Anamnese die aktuellen Beschwerden des Patienten im Vordergrund stehen. Spezifische Fragen zu der Dauer, Stärke, Art und Ort der Beschwerden und die Beziehung zwischen Beschwerden und Körperfunktionen sollen helfen, die Symptome zu charakterisieren und die Diagnose einzukreisen. Die medizinische

Vorgeschichte und frühere Leiden – Unfälle, Operationen, Erkrankungen etc. sind im Zusammenhang mit den aktuellen Leiden von Interesse. Die Medikamentenanamnese stellt in der Schulmedizin einen weiteren wichtigen Inhalt dar. Die Systemübersicht, bei dem auf alle Organsysteme eingegangen wird ermöglicht den Erhalt eines umfassenden Eindrucks über den Gesundheitszustand des Patienten und unterstützt auch die Diagnosefindung. Auf die gynäkologische Anamnese und urologische Anamnese wird in der Literatur vereinzelt eingegangen. Im Gegensatz dazu stellt die Familienanamnese in der ausgehobenen Literatur bei allen Autoren einen inhaltlichen Punkt dar. Im Rahmen der Persönlichkeits- oder Sozialanamnese sind neben dem Erfassen des sozialen Umfelds auch die beruflich-wirtschaftliche Situation, das Sexualleben und Lebensgewohnheiten von Interesse. Letztendlich geht es in der Persönlichkeitsanamnese darum, die Krankheit vor dem Lebenshintergrund des Patienten zu sehen. Abgerundet wird die Anamnese durch das Einholen patientenbezogener Erwartungen.

3.5. Die Anamnese in der Physiotherapie

Da es bislang in Österreich für die Osteopathie kein eigenes Berufsgesetz gibt, üben die in privaten Einrichtungen ausgebildeten Osteopathen ihre Tätigkeit „auf der Grundlage des Berufsgesetzes ihres jeweiligen medizinisch-therapeutischen Basisberufes aus“ (OEGO, 2005, S. 4). Neben dem Beruf des Humanmediziners (für diesen gilt das Ärztegesetz) gilt als Basisberuf jener des Physiotherapeuten (für diesen gilt das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste – MTD-Gesetz) (vgl. OEGO, 2005), weshalb im Folgenden die Anamnese in der Physiotherapie knapp umrissen wird.

„Befunderhebung und -dokumentation bilden ein Thema, mit dem Physiotherapeuten und Masseur während und nach der Ausbildung in Zukunft im Rahmen der Qualitätssicherung vermehrt zu tun haben werden. [...] Vorrangiges Ziel eines detaillierten Befundes soll für den Therapeuten aber sein, durch genaue Informationen und Untersuchungen die eigentlichen Beschwerdeursachen des Patienten herauszufinden und somit langwierige und wenig Erfolg versprechende Behandlungen zu vermeiden.“ (Reimann, 2002, S. V).

In der physiotherapeutischen Fachliteratur zum Thema Befunderhebung decken sich viele Informationen bezüglich Anamnese mit jenen aus der medizinischen Literatur (vgl. Kiesewetter, 1999). Angaben über die Definition der Anamnese, Ziele der Anamnese, Durchführung, Teile und Inhalte der Anamnese stimmen mit denen in der Medizin überein, wie ein Blick auf das Berufsprofil zeigt: „In Form eines Erstgespräches informiert sich die Diplomierte PT über das soziale Umfeld des Patienten, über die Vorgeschichte bzw. den Verlauf seiner Krankheit oder Verletzung und wie der Patient selbst seine Probleme sieht“

(Lugmayr et al., 2003, S. 42). Laut Reimann (2002) liegt die Dauer eines gesamten physiotherapeutischen Erstbefundes in der Regel bei 45-60 Minuten, wobei ein Großteil von dieser Zeit für das Befragen des Patienten verwendet wird. Vor der Anamnese muss sich der Therapeut umfassend über den Patienten informieren. Zu diesen Vorinformationen gehören sämtliche Untersuchungsergebnisse und Berichte von Ärzten, sind doch Physiotherapeuten eigenverantwortlich auf Anordnung des Arztes tätig:

§ 2. (1) Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. (BGBl. Nr. 460/1992)

Im Leitfaden für den physiotherapeutischen Prozess wird in der Problemidentifizierungsphase eine kurze therapierelevante Anamnese erhoben. Diese beinhaltet die Erfassung der allgemeinen Daten des Patienten inklusive ärztlicher Richtlinien und der Erhebung beeinflussender Umweltfaktoren (vgl. Eder, 2010). Nach Reimann (2002) sind Familien-, Eigen- und aktuelle Anamnese in der Physiotherapie durch folgende zentralen Fragen geleitet:

- *„In welchem gesundheitlichen Zustand befindet sich der Patient gegenwärtig?*
- *Wie ist die Krankheit verlaufen?*
- *Welche auslösenden Faktoren haben zur Erkrankung geführt oder dazu beigetragen?*
- *Besteht eine familiäre Neigung zu bestimmten Krankheiten?*
- *Wie geht der Patient mit seinen Beschwerden oder Einschränkungen um?*
- *Ist der Patient bereit, bei der Therapie mitzuarbeiten?*
- *Welchen Erfolg haben bisherige Therapien gezeigt?*
- *Welche Probleme sind bei vorangegangenen Behandlungen aufgetreten?*
- *Welche Behandlungsverfahren sind indiziert bzw. kontraindiziert?“*
(Reimann, 2002, S. 59f).

Zusammenfassend decken sich in der Literatur in der Physiotherapie zum Thema Befunderhebung viele Angaben hinsichtlich Anamnese mit denen, die in der medizinischen Literatur gefunden wurden. Da Physiotherapeuten in Österreich auf Anordnung des Arztes tätig sind, müssen Vorinformationen (Arztberichte, Untersuchungsergebnisse) eingeholt werden, bevor die physiotherapeutische Anamnese erhoben wird.

4. Die Anamnese im Bezugssystem der Osteopathie

Im Unterschied zur medizinischen Anamnese liegen standardisierte Anamnesebögen in der Osteopathie nicht vor. Deshalb wird im vorliegenden Kapitel nach der literaturbasierten Analyse des Stellenwertes der Anamnese in der Osteopathie, die Frage nach Ziele, Durchführung, Inhalte und Voraussetzungen der osteopathischen Anamnese anhand handlungsanleitenden Lektüren zu beantworten versucht.

4.1. Stellenwert und Bedeutung der Anamnese in der Osteopathie

Um den Stellenwert und die Bedeutung der Anamnese in der Osteopathie zu eruieren, wirft sich die Frage auf, nach welchen Kriterien dies erfolgen könnte. Einerseits können Aussagen und Erfahrungsberichte von Osteopathen in der Literatur zu diesem Thema herangezogen werden. Als Beispiel dafür sei die Aussage von Hinkelthein (2006) – *„Basis für eine Behandlung am Patienten ist die Anamnese“* (Hinkelthein, 2006, S. 3) – oder auch jene Mayer-Fally (2007) angeführt, der die Anamnese als „erstes Instrument“ in der klinischen Osteopathie beschreibt. Dieses Vorgehen liefert aufgrund ihrer subjektiven Aussagen zum Stellenwert der Anamnese Informationen, die als aufschlussreich und sinnhaft in der vorliegenden Arbeit mit qualitativem Forschungsansatz erscheinen. Andererseits könnte auch die Erwähnung bzw. Nichterwähnung des Wortes „Anamnese“ in der osteopathischen Literatur und das Ausmaß über die Ausführung darüber als aussagekräftig über den Stellenwert angesehen werden. Als Beispiel sei die kurze und bündige Aussage – *„Nehmen sie eine umfangreiche Anamnese auf. Notieren sie die Beschwerden des Patienten und zeichnen sie diese auf“* (Frymann, 2007a, S. 420) – erwähnt, die von Frymann, der „großen alte Dame“¹⁴ der Osteopathie, getätigt wurde. Frymann, für die Palpation ein großes Thema ist, geht in diesem Artikel nicht näher auf die Durchführung, Inhalte oder Zielsetzung der Anamnese ein, allerdings lässt die befehlsartige Aufforderung eine Anamnese zu erheben, ergänzt durch das Wort „umfangreich“, Rückschlüsse auf den Stellenwert der Anamnese zu. Bevor jedoch auf die qualitativen Zugänge eingegangen wird, soll der **quantitative Stellenwert der Anamnese** in der Osteopathie dargestellt werden, welcher analog zu jenem in der Medizin eruiert wurde (siehe Kap. 3.1).

Die Datenbankauswahl erfolgte dabei erneut über den vom DIMDI bereitgestellten Assistenten zur Datenbankauswahl, wobei diesmal eine Verknüpfung mit dem trunkierten

¹⁴ Beschreibung des Verlags über die Autorin.

Begriff „osteopath*“ vorgenommen wurde. Hierbei zeigte sich, dass neben den 10 Datenbanken, welche bereits zur Suche der schulmedizinischen Anamnese herangezogen wurden (siehe Kapitel 3.1.), auch die Datenbank AMED (Allied and Complementary Medicine Database) sich als relevant erwies. Darüber hinaus wurde noch die beiden Datenbanken Osteopathic Medicine Digital Repository (OSTMED.DR) und Osteopathic Research Web (ORW) als zentral für die Recherche angesehen, sodass ein Kontingent von 13 Datenbanken zur Verfügung stand.

Während die Datenbanken AMED, Biosis Previews, Current Contents Medicine (CCMed), Embase, Medline, SOMED, Hogrefe Verlagsdatenbank und Volltexte, Medikat, Thieme-Verlagsdatenbank, National Library of Medicine (NLM) und die Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (ZBMed) via DIMDI (www.dimdi.de/) bzw. Medpilot (www.medpilot.de/) simultan abgefragt wurden, erfolgte die Suche in den Datenbanken OSTMED.DR sowie ORW singularär über die Seiten www.ostmed-dr.com/ bzw. www.osteopathic-research.com/.

Recherchiert wurde mittels der drei Deskriptoren (Controlled Terms, CT) „Medical History Taking (MeSH)“, Anamnese und Anamnesis sowie im Freitext (FT) und im Titel (TI) mittels der Begriffe „History Taking“ und der Trunkierung Anamnes*, wobei ausgenommen in den osteopathischen Datenbanken immer eine Verknüpfung mit dem trunkierten Begriff „Osteopath*“ vorgenommen wurde.¹⁵

Wie ein Blick auf Tabelle 2 zeigt, scheint dem **Thema „Anamnese“ in der Osteopathie kaum Aufmerksamkeit beigemessen** zu werden. Zwar kommen im Text die Begriffe History Taking, Anamnese oder wortverwandte Begriffe vor – so beträgt die Trefferzahl zu diesen Termini im Freitext in Summe 403 – lediglich 10 Werke enthalten im Titel direkten Bezug zum Thema „Anamnese“. Die damit einhergehende Vermutung, dass in der Osteopathie der Anamnese nur ein geringer quantitativer Stellenwert beigemessen wird, findet ihre Bestätigung auch darin, wenn die Anzahl an Publikationen zum Thema Anamnese in Relation zu der Gesamtanzahl an Publikationen im Bereich der Osteopathie gesetzt wird: Lediglich 0,31% der Publikationen im Bereich der Osteopathie setzen sich mit dem Thema Anamnese auseinander, wie eine Analyse via Pubmed erbrachte¹⁶.

¹⁵ Vom Begriff „Case History“ als Suchbegriff wurde Abstand genommen, da damit in der Literatur im Regelfall ein Studientyp gemeint ist.

¹⁶ Recherchiert wurde mit dem kontrolliertem Schlagwort (Medical Subject Heading) „Medical History Taking“ sowie dem trunkiertem Begriff „osteopath*“. Vom kontrollierten Schlagwort „Osteopathic Medicine“ wurde Abstand genommen, um Publikationen, welche nicht in der Tradition der anglo-amerikanischen Literatur stehenden Werke einzufangen. Dabei zeigte sich, dass von insgesamt 8447 Werken im Bereich der Osteopathie lediglich 26 sich mit der Anamnese beschäftigen. Der damit einhergehende Prozentsatz von 0,31% spiegelt sich auch unter Zugrundelegung des MESH-Begriffes „Osteopathic Medicine“ mit 0,45% wieder.

Tabelle 2: Recherche in medizinischen Datenbanken zum Thema „osteopathische Anamnese“

Datenbank	Schlagwörter / Trefferanzahl							
	Medical history taking + osteopath* (CT)	History taking + osteopath* (FT)	History taking + osteopath* (TI)	Anamnese + osteopath* (CT)	Anamnesis + osteopath* (CT)	Anamnes* + oateopath* (FT)	Anamnes* + osteopath* (TI)	Anamnes* OR History taking + osteopath* (TI)
AMED	11	16	0	0	0	2	0	0
Biosis	0	3	0	0	0	4	0	0
CCMed	0	0	0	0	0	0	0	0
Embase	43	10	3	0	43	51	1	4
Medline	17	19	2	0	0	22	1	3
SOMED	0	0	0	1	0	3	0	0
Hogrefe	0	0	0	0	0	0	0	0
Medikat	0	0	0	0	0	0	0	0
Thieme	0	0	0	0	0	1	0	0
NLM	1	1	0	0	0	0	0	0
ZBMed	0	6	0	0	0	214	0	0
OSTMED	15	19	0	0	0	0	0	0
ORW	0	2	0	0	0	30	3	3
Total	87	76	5	1	43	327	5	10

CT=Controlled Term; FT=Freitext; TI=Titel; Datum der Recherche: 28.01.2012

In **qualitativer Hinsicht** scheint hingegen dem **Thema Anamnese in der osteopathischen Fachliteratur ein größerer Stellenwert beigemessen** zu werden, als in 14 von 16 gängigen Lehrbüchern die osteopathische Anamnese, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß thematisiert wird. Im Gegensatz dazu wird in „Osteopathy-Models for Diagnosis, Treatment and Practice“ von Marcer und Parsons (2005) die Anamnese nicht eigens erwähnt. Ebenso finden sich bei Greenman (2000) im umfangreichen¹⁷ „Lehrbuch der Osteopathischen Medizin“ keine Hinweise zum Thema Anamnese. Beachtung, wenn auch nur marginal, erfährt das Thema Anamnese im „Lehrbuch der Osteopathie“ von Hartman (1997), welches vereinzelt drei Sätze über die Anamnese im Kapitel „Die Diagnose“ beinhaltet, wie beispielsweise: *„Die spezifische lokale Behandlung basiert auf der Anamnese, der Untersuchung und dem Palpationsbefund der erkannten Dysfunktion“* (Hartman, 1997, S. 17). Während Barral und Mercier (2005) in ihrem „Lehrbuch der viszerale Osteopathie“ die Anamnese lose in Fallbeispielen verpacken, widmet Marcer (2002) in seinem „Leitfaden Osteopathie – Parietale Techniken“ der Anamnese einen kurzer Absatz, hebt ihren Stellenwert jedoch mit folgender Aussage hervor:

¹⁷ Dieses Lehrbuch umfasst mehr als 600 Seiten.

„Keiner würde die Bedeutung einer guten Anamnese als Grundvoraussetzung für eine sichere und wirkungsvolle Behandlung vom Tisch weisen. Eine gute Anamnese ist eine schwierige Herausforderung, da es ja nicht nur darum geht, mögliche Erkrankungen auszuschließen, sondern auch ausreichend Informationen zu bekommen, um die Patienten mit ihren Beschwerden individuell behandeln zu können.“ (Marcer, 2002, S. 69).

Bezugnehmend auf die klassische Medizin, wo 80% aller Diagnosen bei der Anamnese geklärt werden, halten auch Helsmoortel et al. (2002) eine ausführliche und richtige Anamnese für entscheidend. Entsprechend weisen die Autoren in ihrem „Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie“ auf einige besonders wichtige Aspekte der Anamnese hin und meinen: *„Die Kunst der Anamnese besteht vor allem darin, richtig zuzuhören.“* (Helsmoortel et al., 2002, S. 166). Hinkelthein und Zalpour (2006) widmen in ihrem Buch „Diagnose- und Therapiekonzepte“ der Anamnese ein eigenes Kapitel, welches sich über sechs Seiten erstreckt. Ebenso wird in „Osteopathic Diagnosis“ von Sammut und Searle-Barnes (1998) der Anamnese durch das Kapitel 5 „Case history analysis“ besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Gemeinsam ist den Autoren, dass sie den Stellenwert der Anamnese hervorheben, wie dies Hayden (2009) auch für die pädiatrische Osteopathie bekräftigt: *„Die Bedeutung einer gründlichen Anamnese kann gar nicht genug betont werden.“* (Hayden, 2009, S. 101).

Das wohl ausführlichste Kapitel über Anamnese ist in „Diagnostik in der Osteopathie“ von Croibier (2006) zu finden. Zu Beginn seiner 25 seitigen Ausführung zu „Patientengespräch und Anamnese“ hält Croibier (2006) fest:

„Die osteopathische Behandlung ist eine schwierige Kunst. Sie erfordert einen exakten Zugang zur Pathologie des Patienten, gleichzeitig muss sie einen zwischenmenschlichen Kontakt ermöglichen, der sowohl taktiler als auch intellektueller Art ist. Das Patientengespräch und die Anamnese bilden den Auftakt für diesen Kontakt.“ (Croibier, 2006, S. 67)

Für Croibier (2006) ist die Anamnese *„keine nette Plauderei“* (Croibier, 2006, S. 67), sondern *„eine wesentliche Etappe der klinischen Untersuchung“* (Croibier, 2006, S. 67). Zwar könnten etwa fünf Prozent der diagnostischen Hypothesen während der Anamnese in Betracht gezogen werden, weitaus größeres Potential besäße jedoch die manuelle Untersuchung, weshalb *„die Anamnese [...] der manuellen Diagnose niemals vorgreifen“* (Croibier, 2006, S. 68) dürfe. Mit der Begründung, dass *„die osteopathische Diagnose [...] eine sehr gewebebezogene Diagnose“* (Croibier, 2006, S. 68) ist, entscheiden daher *„nur die Untersuchung und die manuelle Entschlüsselung der Gewebe [...] über den Ort, und die mechanische Unausgewogenheit“* (Croibier, 2006, S. 68) und nicht die anamnestischen Daten. Zu ähnlichen Ansichten gelangte schon Magoun in seinem Werk „Osteopathy in the Cranial Field“ im Jahr 1951. Die Geschichte des Patienten, falls adäquat erhoben, vermag nach Magoun (1951) oft helfen, die Läsion zu klassifizieren, die Pathologie zu lokalisieren

und die Prognose und Behandlung zu unterstützen. Der Beobachtung und der Palpation mit fühlenden, denkenden, sehenden und wissenden Händen in Bezug auf Befundung und Behandlung misst aber auch er einen wesentlich höheren Stellenwert bei als der Anamnese (vgl. Magoun, 1951). Becker (2007) hört sich die Beschwerden des Patienten an und erhebt „eine kleine Anamnese“ (Becker, 2007, S. 1-230), bevor er die Hände auf den Patienten legt, um sich einen Überblick darüber zu verschaffen, wie die Gesundheit für diesen Menschen als Ganzes sein sollte. Demnach spielen auch bei Becker (2007) die palpatorischen Fähigkeiten eine größere Rolle als die Anamnese, welche eher kurz gehalten wird. Liem (2001) räumt dem Thema Anamnese im Lehrbuch „Kraniosakrale Osteopathie“ ein eigenes Kapitel ein, hält aber auch fest: „Die Berührung aber ist es, die uns am meisten über Funktion und Dysfunktion der einzelnen Gewebe und ihr Zusammenwirken mitteilt“ (Liem, 2001, S. 316). Obwohl auch nach Liem (2001) die osteopathische Diagnose vor allem mit den Händen erstellt wird, bezeichnet er die verbale Fallaufnahme als „hilfreiche und unabdingbare Unterstützung bei der Diagnosefindung“ (Liem, 2001, S. 344).

Auch wenn die Anamnese ein „zentraler Teil des osteopathischen Diagnoseprozesses“ (Biberschick, 2010, S. 51) ist, so schenkt die Mehrheit der osteopathischen Bücher, die für diese Arbeit herangezogen wurden, **der Untersuchung und der Palpation mehr Aufmerksamkeit als der Anamnese**. So beschreibt auch Seider (2009) bezugnehmend auf Becker drei zentrale Systeme, welche dem Osteopathen als Informationsquellen dienen: den Patienten, den behandelnden Osteopathen und die Gewebe des Patienten. Nach Seider (2009) stellt das anamnestische Gespräch zwischen Patient und Osteopath zwar einen wichtigen Baustein der osteopathischen Diagnose dar, die letztendliche Klarheit über das Problem des Patienten erhält der Osteopath aber erst über die Berührung bzw. Kommunikation mit dem Gewebe. Dieses Auf“spüren“ von subtilen Zusammenhängen zwischen Ursache und Wirkung stellt für Kainz und Géry (2007) eine der Stärken der Osteopathie dar. Geführt wird ein Dialog mit dem Gewebe, indem „osteopathisch geschulte Hände hören“ (Kainz und Géry, 2007, S. 1), was das Gewebe zu erzählen hat und was der Körper braucht (vgl. auch Kap. 2.2.). Betont wird von Kainz und Géry (2007) aber auch, dass in der Osteopathie einer „akribischen Anamnese – ähnlich wie in der Homöopathie“ (Kainz und Géry, 2007, S. 2) eine große Bedeutung zukommt, da dadurch auch lang zurückliegende Traumen erfasst werden, die Ursache von Läsionsketten sein können. (vgl. Kainz und Géry, 2007). Dass mittels Anamnese dem Therapeuten ermöglicht wird, an Informationen zu gelangen, die durch andere Untersuchungsmethoden nicht gewonnen werden können, wird auch von Croibier (2006) festgehalten.

Zusammenfassend kann der Stellenwert der Anamnese aufgrund der subjektiven Beschreibungen der Autoren osteopathischer Literatur als durchaus hoch eingestuft werden. Assoziationen zum Thema Anamnese wie die Anamnese als „das erste Instrument“ (vgl. Mayer-Fally, 2007) in Bezug zur klinischen Osteopathie, als „Basis für eine Behandlung“ (vgl. Hinkelthein, 2006), als „wesentliche Etappe der klinischen Untersuchung“, als „Auftakt“, (vgl. Croibier, 2006), als „absoluter Pfeiler“ (vgl. Buekens, 2004) etc. zeugen von der Bedeutung der Anamnese. Ebenso weisen Adjektiva wie „akribisch“, „unabdingbar“, „ausführlich“, „umfangreich“, „hilfreich“, „richtig“, „von Bedeutung“, „dank“, auf die hohe Relevanz der Anamnese im osteopathischen Diagnoseprozess hin. Im Vergleich zur Palpation und Untersuchung innerhalb der Osteopathie wird der Anamnese jedoch deutlich geringerer Stellenwert beigemessen. Dies zeigt sich nicht nur im Ausmaß bzw. Umfang der entsprechenden Abhandlungen, sondern auch in den inhaltlichen Angaben der Autoren. Ebenso erscheint der Anamnese in der Schulmedizin und Homöopathie eine größere Bedeutung zuzukommen als in der Osteopathie. So zeigte eine Befragung unter Osteopathen in Österreich, dass zwar Patientendaten in die Erstuntersuchung miteinfließen, jedoch nur „34% mentioned anamnesis“ (Krönke, 2006, p. 29). Entsprechend divergent beschreibt auch Nagel (2008) die Vorgehensweise in der Osteopathie: *„Einige Osteopathen machen eine ausführliche Anamnese, bevor sie den Patienten inspizieren und palpieren, andere wollen vom Beschwerdebild des Patienten zu Beginn der Behandlung erst einmal gar nichts wissen, damit ihre Untersuchung nicht beeinflusst wird.“* (Nagel, 2008, S. 141) Ungeachtet oder trotz dieser widersprüchlichen Vorgehensweisen sollen daher im Folgenden Ziele, Inhalte und Durchführung der osteopathischen Anamnese näher beleuchtet werden.

4.2. Ziele der osteopathischen Anamnese

Laut Croibier (2006) ist *„die osteopathische Behandlung [...] eine schwierige Kunst. Sie erfordert einen exakten Zugang zur Pathologie des Patienten, gleichzeitig muss sie einen zwischenmenschlichen Kontakt ermöglichen, der sowohl taktiler als auch intellektueller Art ist.“* (Croibier, 2006, S. 67). Daraus ergeben sich für Croibier (2006) zwei Ziele der Anamnese. Ein Ziel stellt die umfangreiche und relevante **Informationssammlung** im Zusammenhang mit den Beschwerden des Patienten dar. Die Aussage von Croibier – *„Das Vertrauen des Patienten ist niemals gegeben, es muss erworben werden“* (Croibier, 2006, S. 68) – beinhaltet ein weiteres Ziel der Anamnese und zwar jenes des **Vertrauensaufbaues**. Dieser Aspekt wird auch von Sammut und Searle-Barnes (1998) hervorgeho-

ben, welche allerdings im Gegensatz zu Croibier (2006) insgesamt fünf Zielsetzungen im Zusammenhang mit der osteopathischen Anamnese identifizieren: „*to develop a therapeutic relationship, to determine if there is a acute or chronic breakdown, to determine any contributory factors, differential diagnosis and management considerations*“ (Sammut and Searle-Barnes, 1998, p. 80).

Hebgen (2008) merkt an, dass die Anamnese dazu dient, den Therapeuten auf die „*richtige Spur*“ (Hebgen, 2008, S. 6) zu bringen. Auch **Kontraindikationen** sollten laut Hebgen (2008) schon im Rahmen der Anamnese identifiziert werden. Diese Angaben decken sich mit den Zielen, die Helsmoortel et al. (2002) so definieren: „*Oberstes Ziel der Anamnese ist, Hinweise auf unbekannte Pathologien zu erhalten und herauszufinden, ob der Patient ein Fall für die Osteopathie ist oder für weitere Untersuchungen der klassischen Medizin übermittelt werden muss.*“ (Helsmoortel et al., 2002, S. 166). Laut Marcer (2002) ist eine gute Anamnese eine schwierige Herausforderung, „*da es ja nicht nur darum geht, mögliche Erkrankungen auszuschließen, sondern auch ausreichend Informationen zu bekommen, um die Patienten mit ihren Beschwerden individuell behandeln zu können.*“ (Marcer, 2002, S. 69).

Ein anderer Aspekt wird hingegen von Hartman (1997) beleuchtet. Nach ihm geht es, ähnlich wie in der Schulmedizin, zwar auch um das **Entdecken und Herausfinden von Krankheiten**; primäres Ziel der auf Anamnese, Untersuchung und Palpation beruhenden osteopathischen Diagnose ist es jedoch, **somatische Dysfunktionen**¹⁸ zu **erkennen**. Beim Abwägen der Behandlungsmöglichkeiten besteht die erste Entscheidung darin, ob der Patient überhaupt behandelt werden soll und ob er sich nach Meinung des Therapeuten für eine osteopathische Therapie eignet (vgl. Hartman, 1997). Auch für Höll (2005) stellt neben dem **Erkennen von abwendbar gefährlichen Verläufen**, das Herausfinden, ob die Therapie des Behandlers für den Patienten geeignet ist, eine wichtige Zielsetzung der osteopathischen Anamnese dar. Der feine Unterschied in den Aussagen von Hartman (1997) und Helsmoortel et al. (2002) zu Höll (2005) liegt darin, dass bei den erstgenannten Autoren abgewogen wird, ob der **Patient für eine osteopathische Therapie geeignet** ist, also ob seine Beschwerden, seine Symptome und auch seine Erwartungen mit den osteopathischen Behandlungsansätzen und den Prinzipien der osteopathischen Medizin vereinbar sind. Bei Höll (2005) hingegen soll herausgefunden werden, ob die **Therapie des Behandlers für den Patienten geeignet** ist. Diese Aussage beinhaltet den individuellen

¹⁸ Somatische Dysfunktion wird definiert als „Impaired or altered function of related components of the somatic (body framework) system: skeletal, arthrodiagonal and myofascial structures, and their related vascular, lymphatic and neural elements. Somatic dysfunction is treatable using osteopathic manipulative treatment.“ (Broyles, 2003, p. 16)

subjektiven Zugang des Therapeuten, abhängig von seinem individuellen Wissens- und Erfahrungsstand und seiner Kompetenz.

Ähnlich wie Marcer (2002) sieht auch Höll (2005) im **Erstellen eines Therapiekonzepts** und im **Abschätzen der Prognose** weitere wichtige anamnestische Ziele, welche um das **Abwartende Offenhalten**¹⁹ ergänzt werden. Im Zuge der Anamneseerhebung können zwar Verdachtsdiagnosen aufgestellt werden, an welchen jedoch aufgrund ihres hypothetischen Charakters nicht festgehalten werden sollte; vielmehr wird ein offenes, induktives Herangehen gefordert, das nicht notwendigerweise von einer Diagnose geleitet sein muss (vgl. Höll, 2005). Auch für Anker et al. (2010) dient die im Rahmen des Faszien-distorsionsmodell erhobene und auf Körpersprache beruhende Anamnese primär der Erhebung von Beschwerden, welche klassifiziert, direkt behandelt werden²⁰. Es gilt „über intuitive, subjektive Beschreibung der Beschwerden die richtige Behandlung direkt zu finden.“ (Anker et al, 2010, S. 28).

Stärker evidenzbasiert ist hingegen das anamnestische Handeln laut der European Federation of Osteopaths (EFO) orientiert, dessen Ziel im **Identifizieren von Alarmzeichen**²¹ liegt, um entsprechende **Ausschluss-, Differential- und Arbeitsdiagnosen formulieren** zu können (vgl. EFO, 2010). Laut Croibier (2006) helfen zwar, die im Rahmen der Anamnese erhobenen Symptome dem Osteopathen „die Beschwerden zu verstehen, das Problem des Patienten einzukreisen und auch eine Differentialdiagnose zu erstellen“ (Croibier, 2006, S. 87). Allerdings weist Croibier (2006) auch darauf hin, dass „die Ursache häufig sehr weit vom Symptom entfernt ist [und] daher muss [der Osteopath] dem Patienten zwar genau zuhören, seine Symptome analysieren, sich aber dadurch nicht in seiner Diagnose beeinflussen lassen“ (Croibier, 2006, S. 87).

Nach Hinkelthein (2006) dient die Anamnese dem **gegenseitigen Kennenlernen** und dem **Ausschluss von Kontraindikationen** für eine osteopathische Behandlung. Darüber

¹⁹ Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass eine Haltung des „abwartenden Offenhaltens“ („watchful waiting“) anstelle einer weiterführenden Diagnose aus medizinischer Sicht dann empfohlen wird, wenn aufgrund der Anamnese, dem klinischen Befund, dem Basislabor und dem Fehlen von Warnsymptomen eine bedrohliche, (sofort) klärungs- und behandlungsbedürftige Krankheit unwahrscheinlich ist (vgl. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2003).

²⁰ Das Faszien-distorsionsmodell (FDM), welches 1991 vom amerikanischen Osteopathen und Notfallmediziner Typaldos begründet wurde, stellt ein neuartiges Diagnose- und Behandlungsmodell dar. Unabhängig von der klinischen Diagnose bemerkte Typaldos bei seinen Patienten stets wiederkehrende Muster in der Beschreibung ihrer Beschwerden, sowohl in Körpersprache als auch in der Wortwahl. Daraus ergaben sich für ihn sechs verschiedene Arten von Problemen (Distorsionen), die mit einer entsprechenden Behandlung korrigiert werden können. (vgl. Anker et al., 2010)

²¹ Dabei handelt es sich um sogenannte „Red Flags“, also alarmierende Zeichen wie z.B. neurologische Ausfälle, und „Yellow Flags“, also Risikofaktoren für Chronifizierung wie z.B. rezidivierende Schmerzepisoden (vgl. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2003).

hinaus liefert sie nicht nur Hinweise auf den aktuellen und allgemeinen Gesundheitszustand sondern ermöglicht auch das **Identifizieren von beschwerdenauslösenden Strukturen** (vgl. Hinkelthein, 2006). Liem (2001) argumentiert ähnlich, es sind jedoch nicht die Strukturen die identifiziert werden, sondern diejenigen großen **Körpersysteme** (neuro-vegetatives System, Muskulofasziales System etc.), welche bei der aus dem Gleichgewicht geratenen Homöostase des Organismus besonders betroffen sind. Das Beschwerdebild des Patienten ermöglicht daher, **Zusammenhänge herauszufinden**; ein Aspekt, den bereits Sutton (1978) betonte: *„Evaluation of the patient's history [...] requires analysis of the patient's symptoms on the basis of his knowledge of the interrelations of the different systems of the body.“* (Sutton, 1989, p. 781) und auch bei Mayer-Fally (2007) zu finden ist: *„Weiters sollte der Osteopath durch die Anamnese fähig sein viszerale, strukturelle und cranio-sacrale Verknüpfungen in der Zeit, Struktur und Funktion zu erkennen“* (Mayer-Fally, 2007, S. 28).

Weiters soll das Sammeln von subjektiven und objektiven Daten im Rahmen der osteopathischen Anamnese dazu dienen, *„ein nahezu vollständiges Bild von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (Prognose) des Patienten“* (Mayer-Fally, 2007, S. 27) zu erhalten bzw. ein möglichst **genaues Bild der Symptomatik des Patienten zu gewinnen** und den **Heilungserfolg einzuschätzen** (vgl. Liem, 2001). Aufgrund der aus der Anamnese gewonnenen Erkenntnisse, lässt sich zum einen **ableiten**, welche **weiteren Untersuchungen** wesentlich und sinnvoll sind (vgl. Liem, 2001), zum anderen welche **Art von Techniken** für den jeweiligen Patienten angemessen erscheinen (vgl. Fossum, 2002). Dabei basiert die Entscheidung darüber nicht nur auf der Erkenntnis, welche Ziele und Erwartungen der Patient hat, welche Pathologien und Vorbehandlungen der Patient aufweist, sondern auch welche Vitalität die osteopathische Behandlung unterstützt (vgl. Fossum, 2002). Im Zusammenhang mit manipulativen Behandlungstechniken wird bei McKay et al. (1996) dabei ein weiteres Anamneseziel, nämlich jenes der **Sicherheit**, erwähnt: *„the key of the safety of OMT²² is the taking of a thorough patient history and performing a thorough physical examination before the application of any manipulative procedure“* (McKay et al., 1996, p. 113).

Im Bereich der **Kinderosteopathie** finden sich viele anamnestische Ziele, die mit den oben genannten übereinstimmen, allerdings ergeben sich auch neue Gesichtspunkte. *„Der Therapeut muss die wichtigen Lebensetappen des Kindes rekonstruieren und dabei nach den für das Verhältnis der Störung wesentlichen Details suchen“* (Sergueef, 1995, S. 73), beschreibt Sergueef (1995) das Ziel der Anamnese. Nach Burjan-Lang et al. (2009) werden

²² OMT ist die Abkürzung für „osteopathic manipulativ treatment“ bzw. „osteopathische manipulierende Behandlungstechnik“

aufgrund von Anamnese und Untersuchung eine osteopathische Diagnose und ein Behandlungsplan erstellt. Ein weiteres Ziel der Anamnese in der pädiatrischen Osteopathie stellt nicht nur das Erfassen von Symptomen dar, sondern auch das Erfassen von physiologischen Abläufen im Organismus, welche das Vorhandensein von reorganisierenden, heilenden Kräften anzeigen (vgl. Burjan-Lang et al. 2009). Nach Hayden (2009) werden bei der Anamnese alle relevanten, die Gesundheit und Entwicklung des Kindes betreffende, Fakten gesammelt, wobei auf impliziter Ebene noch weitere zentrale Informationen aufgenommen werden, wie z.B. die familiäre Umgebung oder die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind. In dem Ausmaß, indem *„für jüngere Kinder [...] die Zeit der Anamnese oft auch eine Gelegenheit [ist] anzukommen und sich zu entspannen“* (Hayden, 2009, S. 101) wird mit dem **Ankommen und Entspannen** eine weitere Zielsetzung der Anamnese formuliert, welche ausschließlich in der Literatur zur pädiatrischen Osteopathie zu finden ist.

Zusammenfassend stellen das Entdecken und Herausfinden von Krankheit bzw. somatischer Dysfunktionen, das Erlangen von Hinweisen auf den aktuellen und allgemeinen Gesundheitszustand, das Identifizieren von Beschwerden, das Herausfinden von Strukturen, die Beschwerden auslösen und das Sammeln von Informationen, um zu einem vollständigen Bild zu gelangen, wichtige Ziele der osteopathischen Anamnese dar. Im Sinne eines holistischen Ansatzes zählen das Herausfinden von Hinweisen, welche großen Körpersysteme besonders betroffen sind bzw. das Erkennen von viszeralen, strukturellen und kraniosakralen Verknüpfungen und Zusammenhängen auch zu den anamnestischen Zielsetzungen. Das abwartende Offenhalten, welches keiner unmittelbaren Diagnose im Rahmen der Anamnese bedarf findet ebenso Erwähnung wie die Formulierung von Differential- und Verdachtsdiagnosen. Als weitere Ziele wird das Identifizieren von Alarmzeichen, das Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe und vorliegender Kontraindikationen beschrieben. Ob ein Patient für eine osteopathische Behandlung geeignet ist, es weiterer Abklärung oder Untersuchungen bedarf und welche Art von Techniken angemessen erscheint, sollen ebenfalls eruiert werden. Den Schlüssel zur Sicherheit bei manipulativen Techniken stellt neben der Untersuchung die sorgfältige Anamnese dar. Das Erstellen eines Therapiekonzepts, das Abschätzen der Prognose und das Einschätzen des Heilungserfolges gehören auch zu den Zielen. Des Weiteren dient die Anamnese dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Aufbau des Vertrauens in der Interaktion zwischen Patient und Osteopath. Das Ermöglichen des Ankommens und des Entspannens findet ausschließlich in Literatur zur pädiatrischen Osteopathie Erwähnung.

4.3. Durchführung der Anamnese in der Osteopathie

Auftakt zu diesem Kapitel bilden Aussagen von Paulus, der sich im Artikel „Taking In a History“ aus dem Jahr 2005 v. a. mit der Vorgangsweise in der Anamneseerhebung von A. T. Still, dem Gründervater der Osteopathie, auseinandersetzt. Laut Paulus (2005) hat Still sehr geduldig zugehört, um den Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen: *„He ‘listened to’ and ‘concentrated on’ [the patient’s] story to obtain history.“* (Paulus, 2005, p. 1) Um Still gerecht zu werden bevorzugt Paulus auch die Formulierung *„take in“ a history*, anstelle von *take a history*, mit der Begründung: *„The taking in of a history is congruent with Dr. Still’s style of listening and concentrating upon the patient’s story, while at the same time appreciating the presence or absence of holism in structure and function“* (Paulus, 2005, p. 2). Zuhören stellt damit einen wesentlichen Eckpfeiler für die Durchführung der osteopathischen Anamnese dar, welche im nun folgenden Kapitel näher betrachtet wird. Dazu gehören neben der Begegnung zwischen Osteopath und Patient, die räumlich-zeitliche Gestaltung der Anamnese, die Anamnesemethodik und Ablauf der Anamnese sowie die Dokumentation.

4.3.1. Äußere Rahmenbedingungen

Zur räumlich-zeitlichen Gestaltung der Anamneseerhebung finden sich in nur wenigen Werken der osteopathischen Literatur Informationen.

Fulford (2005) schildert auf sehr menschliche und patientennahe Weise, worauf Patienten bei der Wahl ihres Therapeuten achten sollten. Neben persönlichen Attributen des Osteopathen werden dabei auch **räumliche Aspekte** thematisiert. Eingegangen wird hierbei auf das Wartezimmer, ob dies gepflegt und einladend sei, ob die Sprechstundenhilfe greifbar sei oder nicht, auf den Behandlungsraum und die Atmosphäre (vgl. Fulford, 2005). Mayer-Fally (2007) greift in diesem Zusammenhang die Sitzposition auf, welche es zu bedenken gilt. So sollte der Osteopath sich dem Patienten räumlich in der Höhe angleichen, damit Augenkontakt hergestellt werden kann (vgl. Liem, 2001). Auch in der Behandlung eines Säuglings oder Kleinkindes²³ ist nach Sergueef (1995) die Atmosphäre sehr wichtig und größte Ruhe erforderlich. Spielzeug und Bücher sorgen während der Anamnese und Behandlung zur Unterhaltung für die Kinder (vgl. Hayden, 2009).

²³ Laut Sergueef (1995) gliedert sich die Behandlung des Säuglings und des Kleinkindes in drei Teile - der Anamnese, der Beobachtung und Palpation, und dem „Listening“ und der Therapie. Die Anamnese und die Beobachtung geschehen parallel zu allen anderen Schritten der Annäherung an das Kind, wie z.B. durch Spiele, damit das Kind Vertrauen zum Osteopathen gewinnen kann.

Im Hinblick auf das **zeitliche Ausmaß der Anamneseerhebung**, ist die osteopathische Literatur auffällig schweigsam. Lediglich bei Paulus (2005) findet sich ein Hinweis, dass ein Patient selten mehr als 15 Minuten für die Schilderung seiner Geschichte benötigt, vorausgesetzt er wird nicht unterbrochen. In Ausnahmefällen können die Erzählungen von Seiten der Patienten bis zu 60 Minuten dauern. Angaben über die tatsächliche Dauer der osteopathischen Anamnese konnten jedoch in der ausgehobenen Literatur keine gefunden werden.

4.3.2. Begegnung zwischen Osteopath und Patient

Die Eröffnungsphase nimmt im (anamnestischen) Erstgespräch zwischen Patient und Osteopath eine zentrale Rolle ein. So fordert Mayer-Fally (2007) angehende Osteopathen im Rahmen der Anamneseerhebung auf, Gastgeber zu sein, und eine angenehme Situation für den Patienten zu schaffen, wozu auch die **Begrüßung** des Patienten zu Beginn des Kontaktes gehört. Auch im Rahmen der pädiatrischen Osteopathie ist es wichtig, „*das Kind bei jeder Begegnung zu begrüßen*“ (Hayden, 2009, S. 101), da selbst Säuglinge schon auf eine Begrüßung und Augenkontakt reagieren, betont Hayden (2009).

In dem Moment, indem der Patient erstmals begrüßt wird, gewinnt nach Paulus (2005) der Osteopath auch einen **ersten Eindruck** über den Patienten. Aber nicht nur der Osteopath, auch der Patient erhält einen ersten Eindruck, weshalb sich der Therapeut über die Wirkung seines Auftretens bewusst sein sollte. Deshalb sollte das **Auftreten des Behandlers** ruhig und sicher sein soll, um auf den Patienten vertrauenserweckend zu wirken (vgl. Hartman, 1997). Unabhängig davon, ob sich Patienten verspäten, das Telefon läutet oder eigene Probleme den Therapeuten belasten, ein ruhiges Erscheinen ist für Hartman (1997) im Rahmen der Anamnese zentral. In Bezug auf Kleidung sollen laut Hartman (1997) „*Therapeuten auch wie Therapeuten gekleidet*“ (Hartman, 1997, S. 80) sein, da dies viele Patienten vorziehen. Wie die Kleidung auszusehen hat wird nicht näher erläutert, allerdings spricht er sich gegen Anzug und Krawatte aus und er macht Andeutungen, dass die Kleidung des Behandlers bequem und praktisch sein sollte (vgl. Hartman, 1997). Dass übermäßiger Schmuck vermieden werden sollte, ist für Hartman (1997) selbstverständlich.

Getragen sein soll die erste Begegnung zwischen Patient und Osteopath von gegenseitigem **Respekt und Wertschätzung** (vgl. Kaschowitz, 2008). So fordert auch Croibier (2006), dass der Patient stets mit Respekt behandelt sei, unabhängig davon, ob der

Therapeut ihn sympathisch findet oder nicht. Insbesondere die Erörterung von heiklen Themen in der Anamnese - wie beispielsweise Alkohol, Drogen, Sexualität, illegale Aktivitäten, Gewalt in der Familie, Geldsorgen oder körperliche Missbildungen - erfordern Rücksicht und Taktgefühl (vgl. Croibier, 2006). Nach Liem (2001) richtet sich die Bereitschaft des Patienten mit dem behandelnden Osteopathen zu kooperieren v. a. danach, wie stark der Patient das Gefühl empfindet bzw. wie sehr der Therapeut beim ersten Zusammentreffen das Gefühl vermitteln kann, respektiert und ernst genommen zu werden. Die Beziehung zwischen Patient und Osteopath und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses sind demnach von grundlegender Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Als zentrales Element für den Aufbau einer vertrauensvollen Patient-Osteopath-Beziehung wird **aktives, aufmerksames Zuhören** erachtet (vgl. Croibier, 2006; Helsmoortel et al., 2002; Mayer-Fally, 2007). Die Bereitschaft, zuzuhören, bildet nach Kaschowitz (2008) die Grundlage jeden Dialogs, denn:

„Nur wenn echtes Zuhören stattfindet, das nicht darauf abzielt, die Informationen sofort ins eigene Denksystem einordnen zu wollen, kann eine Idee von der Welt des anderen entstehen und die eigene Handlung auf diese andere Welt Bezug nehmen.“
(Kaschowitz, 2008, S. 94).

So bildet für Paulus (2005) Zuhören einen wesentlichen Eckpfeiler des anamnestischen Gesprächs in der Osteopathie. Für ihn beginnt der Heilungsprozess des Patienten im Mitteilen seiner Geschichte, weshalb der kommunikative Akt auch nicht unterbrochen oder untergraben werden sollte: *„if a fellow human being is offering his or her story to us and we take it, or grab it, by rapidly introducing our agenda, we disrupt the healing process that begins by the sharing of a story“* (Paulus, 2005, p. 2). Nach Helsmoortel et al. (2002) besteht *„die Kunst der Anamnese [...] vor allem darin, richtig zuzuhören“* (Helsmoortel et al., 2002, S. 166). Der Patient wird dabei als Spezialist gesehen, der seine eigene Geschichte am besten kennt, und dies gilt es auch vom Therapeuten zu akzeptieren (vgl. Helsmoortel et al. 2002). Somit ist der Patient der Maßstab seiner Leiden. Als Experte seiner selbst, wird der **Patient zum „Symptomatologen“** (Still, 2005a, S. II-17), weshalb das, was er im Rahmen der Anamnese erzählt, auch *„das einzige verlässliche Buch oder Wesen der Symptomatik darstellt“* (Still, 2005a, S. II-17).

Deshalb sollte der Osteopath nach Still (2005a) *„ein klar denkender, gewissenhafter, wahrheitsliebender Mensch sein, der erst redet, wenn er weiß, dass er die Wahrheiten gefunden und (praktisch) bewiesen hat, die er zu wissen vorgibt.“* (Still, 2005a, S. II-69). Damit besteht die Rolle des Osteopathen unter anderem darin, dem Patienten wichtige Informationen zu entlocken, ohne diesen in seinen Ausführungen zu unterbrechen oder zu bewerten (vgl. Croibier, 2006; Helsmoortel et al., 2002). Frei von Werturteilen sollte die

Haltung des Osteopathen sein, damit seine Objektivität so weit wie möglich bewahrt bleibt (vgl. Croibier, 2006), um den Patienten nicht zu beeinflussen, etwas zu suggerieren, ihn zu lenken oder zu manipulieren (vgl. Helsmoortel et al., 2002). Gleichwohl gilt es aber nicht nur das Relevante aus den Äußerungen herauszuselektieren, sondern auch Faktoren und Strukturen, die nicht explizit verbalisiert wurden, aber für das Beschwerdebild des Patienten relevant sind, wahrzunehmen. Das besondere (anamnestische) Herangehen in der Osteopathie besteht also darin, mittels emotionaler diagnostischer Bewusstheit und intuitiver Wahrnehmung – über die Brücke des Mitfühlens – die Ursachen hinter den Ursachen der gegenwärtigen Beschwerden zu erschließen (vgl. Frymann, 2007c). In dem Ausmaß, indem die Anamnese *„lends itself to holistic evaluation of the patient“* (Sutton, 1978, p. 780), geht es also um das Aufdecken von *„evolutionäre[n] oder historische[n] Pfade[n] durch die Struktur und Funktion, auf denen sich Wissen und Gefühl vereinen, um ein Ganzes zu bilden“* (Girardin, 2008, S. 38). Damit setzt eine holistische Betrachtungsweise des Krankheitsgeschehens bei der Anamnese nicht nur professionelle Intuition, sondern auch ein vernetztes Denken voraus: *„ein Hinhören, hören und verstehen“* (Liem, 2006a, S. 202)

Zuhören wird dadurch um eine Dimension erweitert, als es sich auch auf den **Gewebe-kontext** bezieht. Kommunikation mit dem Gewebe meint sich ein Bild zu verschaffen, wie sich der Körper an bestimmten Stellen ausdrückt. Somit kann das Zuhören auch als Ausgangspunkt jeder Befunderhebung verstanden werden (vgl. Kaschowitz, 2008). In dem Ausmaß, in dem *„the history taking stresses the interrelations of body structure and function“* (Sutton, 1978, p. 780), verdeutlicht sich auch der ganzheitliche Ansatz der Osteopathie, als *„dank einer ausführlichen osteopathischen Anamnese ein Bereich ganzheitlicher untersucht werden kann, statt sich nur durch Symptome lenken zu lassen“* (Fuhrmann und Schallier, 2003, S. 29).

Nach Croibier (2006) *„sollte die Anamnese jedem Patienten die Möglichkeit bieten, seine eigene Geschichte spontan zu erzählen“* (Croibier, 2006, S. 71). Da jedoch der Patient selten über Wissen in Anatomie, Physiologie oder Osteopathie verfügt, wird er seine Geschichte mit seinen Worten ausdrücken. Aufgabe des Osteopathen ist es, die gewonnenen Informationen in eine osteopathische Logik und medizinische Syntax überzuführen (vgl. Helsmoortel et al., 2002):

„Eine Anamnese zu erheben bedeutet in eigener Sache und für den Patienten zu dolmetschen. Ein Therapeut sollte fähig sein die, vom Leidensdruck getragene Sprache und Ausdrucksform des Patienten in schlüssige Kriterien zur Erstellung einer Hypothese zu übersetzen.“ (Mayer-Fally, 2007, S. 27).

Im Sinne einer **patientenzentrierten Kommunikation** sollte der Osteopath sich daher auch in seiner Stimmtonalität, Lautstärke, seinem Sprechrhythmus, Tempo und Wortwahl

an den Patienten anpassen (vgl. Liem, 2001) und von einem Fachjargon Abstand nehmen (vgl. Fulford, 2005). Fragen und Zusammenfassungen von Teilen der Anamnese am Ende der Erhebung sollten dem soziokulturellen Hintergrund des Patienten angepasst sein, um sicherzustellen, dass der Osteopath das Begehren des Patienten und wesentliche Elemente der Anamnese verstanden hat und sich auch der Patient verstanden fühlt (vgl. Croibier, 2006). Nach Croibier (2006) variiert die Offenheit der Patienten gegenüber heiklen Themen wie Sexualität oder Einkommenssituation je nach Kultur, religiösen Überzeugungen, Alter oder ethnischen Hintergrund, weshalb ein sensibler und behutsamer Umgang seitens des Therapeuten erforderlich ist.

Einen Schlüssel zur erfolgreichen Anamnese stellen jedoch nicht nur verbale, sondern auch **nonverbale Gesprächsinhalte und Signale** dar (vgl. Croibier, 2006), weshalb *„ein Therapeut [...] sich immer fragen [sollte], welchen Stellenwert das nicht Gesagte in der Beziehung zu seinem Patienten hat“*, so Croibier (2006, S. 73). So ermöglichen non-verbal gewonnene, ungefilterte Informationen dem Behandler, eine klarere Perspektive über die Gesamtsituation des Patienten zu gewinnen (vgl. Paulus, 2005): *„I am actively listening for what is said and what is not said“*, sagt Paulus (2005, p. 2). Dabei sind Ton und Haltung laut Paulus (2005) oft aussagekräftiger als Wortdetails. Die Körpersprache, aber auch Mimik, Blickkontakt oder Gestik des Patienten helfen dem Osteopathen, gewissermaßen zwischen den Zeilen zu lesen und stellen deshalb ein zusätzliches Diagnoseelement dar (vgl. Croibier, 2006). Umgekehrt spielen aber auch nonverbale Signale wie Körperhaltung, oder Mimik des Osteopathen eine Rolle und können bewusst eingesetzt werden, um eine Vertrauensbasis zu schaffen (vgl. Liem, 2001).

4.3.3. Anamnesemethodik und Ablauf der Anamnese

Ähnlich wie in der Schulmedizin scheint es auch für die osteopathische Anamnese ein **grobes Ablaufschema** zu geben, obwohl sich auch vereinzelt Gegenstimmen finden. So verwehrt sich Mayer-Fally (2007) gegen vorgegebene Schematas im Rahmen der Anamnese, da *„der Therapeut [...] bereit sein [muss], die Wege des Patienten mit zu gehen, genau so wie er auch fähig sein muss, das Gespräch teilweise zu führen ohne zu verführen“* (Mayer-Fally, 2007, S. 27). Mehrheitlich sprechen sich die Autoren osteopathischer Lehrbücher jedoch für ein strukturiertes Vorgehen im Rahmen der Anamnese aus. So erachtet Hinkelthein (2006) gezieltes Befragen als wichtig, um Informationen vom Patienten hinsichtlich seines aktuellen und allgemeinen Gesundheitszustandes zu erhalten. Einer Eröffnungsphase folgt die Darstellung der aktuellen Beschwerden, welche in eine

vertiefte Erhebung mittels allgemeiner und spezieller Anamnese folgt (vgl. Hinkelthein, 2006). Demgegenüber differenziert Croibier (2006) die Anamnese in zwei Phasen. In der formellen Phase zu Beginn der Konsultation, werden die Informationen meist in einer Patientendatei notiert. Die zweite Phase, auch als informelle Phase bezeichnet, setzt sich während der gesamten Untersuchung fort. Die hierbei gewonnenen Informationen helfen dem Osteopathen, die Symptome gezielt einzuordnen (vgl. Croibier, 2006). Auch Hayden (2009) spricht sich für ein systematisches Vorgehen in der Anamnese aus, wobei sie wie Croibier (2006) eine Patientenkarte mit entsprechenden Vorgaben als wertvolle Hilfestellung erachtet.

Eine **andere Herangehensweise** ist hingegen im Rahmen der **pädiatrischen Osteopathie** zu vermerken, als *„Anamnese und die Beobachtung nie formeller Art [sind], sondern geschehen parallel zu allen anderen Schritten der Annäherung an das Kind (z.B. Spiele), damit das Kind Vertrauen zum Therapeuten gewinnt.“* (Sergueef, 1995, S. 73). Während also im Rahmen einer **Fremdanamnese** der Mutter bei der Darstellung der verschiedenen Anamnesefakten zugehört wird, erfolgt bereits der erste Kontakt mit dem Kind. Hierfür werden dem kleinen Patienten Spielsachen angeboten und der Osteopath nützt diese Entdeckerphase, um das Kind zu beobachten und ersten palpatorischen Kontakt aufzunehmen (vgl. Sergueef, 1995). Eine sehr ähnliche Herangehensweise beschreibt auch Burjan-Lang et al. (2009), welche die Tätigkeit des Kennenlernens, Wahrnehmens, Erspürens, Kommunizierens als *„prozesshaftes Ereignis“* (Burjan-Lang et al., 2009, S. 25) bezeichnen. Einzelne „Bilder“, die aufgrund von Fachwissen, Erfahrungen im osteopathischen Arbeiten, Problemschilderung der Eltern und des Kindes, Anamnese, Beobachtung und sensorischer Wahrnehmung entstehen *„beginnen miteinander zu kommunizieren und entwickeln allmählich eine individuelle und situative Dynamik“* (Burjan-Lang et al. 2009, S. 25).

Zwar finden sich in der osteopathischen Literatur **vereinzelt Vorschläge für Anamnesebögen**, gleichwohl wird von standardisierten Erhebungsverfahren Abstand genommen bzw. bleiben diese auffällig unthematisiert. Lediglich Croibier (2006) argumentiert, dass das automatische Abfragen anhand vorgefertigter Anamnesebögen nur geringen klinischen Wert besäße, wenn es sich nicht auf solide semiologische Kenntnisse stützt. Fragen zu stellen, deren Antworten keinerlei Auswirkung auf diagnostische Entscheidungen des behandelnden Osteopathen haben, erachtet Croibier (2006) deshalb als unnötig: *„Informationen, die wir nicht verwerten können, sind wertlos!“* (Croibier, 2006, S. 68). Liem (2001) hingegen bietet im Anhang seines Lehrbuches zwar ein Beispiel für einen möglichen Anamnesebogen, nimmt jedoch im Text nicht weiter Bezug darauf. Demgegenüber stellt Hinkelthein (2006) in seinem Werk einen Erfassungsbogen für die Allgemeine Anamnese

und einen Fragebogen zur Speziellen Anamnese vor. Im Fragebogen zur Speziellen Anamnese besteht die Möglichkeit, typische Anamnesezeichen durch Ankreuzen in Tabellen einzelnen Strukturen zuzuordnen.²⁴ Auch im „Osteopathischen Standard“ der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) wird implizit auf die Verwendung von Anamnesebögen Bezug genommen, wenn neben Patientenberichten, Patientendokumentationen, Berichten an zuweisende Personen oder Feedback-Bögen auch Erhebungsbögen als Mittel zur Qualitätsdokumentation erwähnt werden.

Kauffman und Roth-Kauffman (2006) zufolge umfasst die osteopathische Anamneseerhebung folgendes logisches, als CODIERSMMASSH bezeichnetes **Ablaufmuster**: „*Chronology, Onset, Description, Intensity, Exacerbating factors, Remitting factors, Symptoms associated, Medications, Medical history, Allergies, Surgical history, Social history, Hospitalization*“ (Kauffman and Roth-Kauffman, 2006, p. 10). Dieses Schema dient als grober Orientierungsraster, wobei die Themenbereiche allerdings nicht in jedem Gespräch gleichgewichtig behandelt werden. Auch Liem (2006a) ist der Ansicht, dass es bei der osteopathischen Anamnese um eine „*systematische Aufnahme aller verfügbaren Informationen*“ (Liem, 2006a, S. 208) geht, welche inhaltlich den Themenbereichen von Kauffman und Roth-Kauffman (2006) zuzuordnen sind und deren Auswahl patientenspezifisch durch den klinischen Kontext bestimmt wird (vgl. Croibier, 2006).

Den Ausführungen Croibier (2006) folgend besteht die Schwierigkeit der Anamnese darin, „*im Gespräch mit dem Patienten klare Vorstellungen von der Problemstellung zu erhalten*“ (Croibier, 2006, S. 67). Aus diesem Grund ist das patientenzentrierte anamnestische Gespräch durch **vielfältige Fragetypen** charakterisiert, welche den Osteopathen unterstützen, relevante Informationen zu sammeln und zu erkennen (vgl. Croibier, 2006). „*Was dann mit bzw. aus diesen Informationen gemacht wird, bestimmt, ob nur eine Behandlung oder eine gute Behandlung erfolgt*“ (Marcer, 2002, S. 69). Die schwierige Herausforderung im Bezug auf eine gute Anamnese besteht demnach im Erhalt ausreichender Informationen, um die Patienten mit ihren Beschwerden individuell behandeln zu können (vgl. Marcer, 2002). Deshalb sollte am Anfang der Anamnese mit einer offenen Frage begonnen werden, um herauszufinden, warum der Patient einen Osteopathen aufsucht. „Was führt Sie zu mir?“, „Was kann ich für Sie tun?“ oder „Wie kann ich Ihnen helfen?“ sind Beispiele für Fragen, die den Patienten zum freien Erzählen – meist ihrer Hauptbeschwerden bzw. ihres Hauptleidens – anregen (vgl. Croibier, 2006; Höll, 2005; Liem, 2001). Primär nimmt in

²⁴ Zum besseren Nachvollziehbarkeit der Verwendung dieses Fragebogens werden folgende Beispiele angeführt. Klagt der Patient über „diffuse wechselnde Schmerzen“ ergeben sich durch das Ankreuzen zwei mögliche Hinweise- „metabolisch/ Toxinbelastung“ und „psychische Erkrankung“. Das Anamnesezeichen „rotblaue Hautfarbe“ wird mit „venösen Stau“ in Verbindung gebracht (vgl. Hinkelthein, 2006).

dieser Eröffnungsphase der Osteopath die Rolle des Zuhörers ein, wobei bestätigende Hörersignale unterstützend wirken (vgl. Lalouschek, 2005). Gegebenenfalls wird der Patient durch ergänzende Fragen zur genaueren Beschreibung seiner Leiden oder Probleme aufgefordert (vgl. Croibier, 2006; Höll, 2005; Liem, 2001). Falls Patienten im Umgang mit der Beschreibung von Gefühlen und Emotionen zurückhaltend sind, im Glauben, diese gehören nicht dazu, ist es wichtig, ihnen mitzuteilen, dass die Äußerung von Gefühlen ebenso interessant ist, wie andere Fakten (vgl. Liem, 2001). Die Reihenfolge und Interpretation der Selbstdarstellung des Patienten ist laut Höll (2005) wichtig und aussagekräftig für den Behandler, während sich Liem (2001) für eine Informationsaufnahme in chronologischer Ordnung der Beschwerden ausspricht. Nach Beendigung des Spontanberichts von Seiten des Patienten, können Unklarheiten durch gezieltes Nachfragen behoben werden. Um ein möglichst genaues Beschwerdebild vom Patienten zu erhalten, werden direkte Fragen gestellt, wobei ein deduktives Vorgehen – vom Allgemeinen zum Spezifischen – hilfreich ist. Die direkten Fragen sollten dem Patienten keine Richtung vorgeben, und nicht mit ja oder nein beantwortet werden, sondern qualitative Antworten ermöglichen (vgl. Croibier, 2006, Liem, 2001).

Patientengeleitetes **Nachfragen, Eingehen, Hinterfragen** helfen dem Osteopathen bei der vertieften Beschwerdeexploration im Zuge der informellen oder speziellen Anamnese (vgl. Croibier, 2006; Hinkelthein, 2006). Das Stellen von W-Fragen, wie „wo?“, „wie?“, „wann?“ wird dabei als zielführend angesehen, lediglich die Frage „warum?“ sollte vermieden werden, da sie beim Patienten ein Gefühl der Rechtfertigung und damit ein defensives Verhalten hervorrufen kann (vgl. Croibier, 2006). **Paraphrasierungen**, also Zusammenfassungen von Äußerungen des Patienten sind hilfreich, um sicherzustellen, dass der Osteopath den Patienten verstanden hat und dieser auch das Gefühl hat verstanden worden zu sein (vgl. Croibier, 2006). Aktives Zuhören bedeutet nach Croibier (2006) aber auch, Deutungsangebote zu unterbreiten, welche als Verbalisierung des osteopathischen Expertenwissens verstanden werden können (vgl. Lalouschek, 2005). Ebenso ist das bewusste Einsetzen und Verstehen **nonverbaler Kommunikationsmittel** hilfreich, um die Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft des Patienten im anamnestischen Gespräch zu fördern (siehe Kap. 4.3.2).

4.3.4. Dokumentation der Anamnese

Die Dokumentation ist einerseits aus rechtlichen Gründen erforderlich, andererseits unterstützen die Aufzeichnungen während der Anamneseerhebung die Arbeit mit und am

Patienten (vgl. OEGO, 2005). Nach Liem (2001) erhält der Osteopath aufgrund der Notizen einen Überblick. Da *„insbesondere der Chronologie der Beschwerden, Unfälle, Traumen usw. von der Kindheit bis zum jetzigen Zeitpunkt besondere Bedeutung zu [kommt]“* (Liem, 2001, S. 319), unterstützten ihn die Aufzeichnungen dabei, in nachfolgenden Behandlungen den Heilungsprozess einzuschätzen. Laut Croibier (2006) empfiehlt es sich bei Patienten mit einer Vielzahl von Beschwerden und Dysfunktionen, den Patienten aufzufordern, seine Beschwerden einzugrenzen und eine gewisse Hierarchie zu erstellen. Diese Informationen sollen gleichfalls wie der Grund der Konsultation in der Patientendatei vermerkt werden (vgl. Croibier, 2006), da dieser den Ausgangspunkt für die Therapie bildet und somit als wichtiger Anhaltspunkt für die nachfolgenden Behandlungen dient. Zusätzlich zu der üblichen Dokumentation in der Anamnese erwähnt Höll (2005) zwei weitere Aspekte, die auf dem Anamneseblatt erfasst werden sollten und die Möglichkeit bieten, auf wichtige Details und Informationen in Bezug auf den Patienten hinblicken zu können. Unter dem Begriff „Achtung“ werden nicht nur Allergien oder Kontraindikationen notiert, sondern auch Meinungen des Patienten, wie z.B. „Patient hält nichts von Kraniosakraler Therapie“, welche für den Behandler wichtig sind. Im zweiten Feld „Besonderes“ vermerkt der Osteopath weiterführende persönliche Anmerkungen, wie z.B. ob auch andere Familienmitglieder von ihm behandelt werden. Die Aufzeichnungen unterstützen den Osteopathen nicht nur in seiner Arbeit mit dem Patienten, sondern sind auch aus rechtlichen Gründen wichtig. Die Dokumentationspflicht von in Österreich tätigen Osteopathen *„ist durch das Ärztegesetz bzw. das MTD-Gesetz geregelt und wird als vertragliche Nebenpflicht gegenüber dem/der PatientIn verstanden“*. (OEGO, 2005, S. 10) Im Zusammenhang mit der Anamnese hat die Dokumentation folgende Daten zu beinhalten:

- *Bedürfnis und Problem des/der PatientIn in dessen Wahrnehmung*
- *Erwartungen des /der PatientIn an die osteopathische Behandlung*
- *Demographische Daten*
- *Medizinische Anamnese*
- *Medizinische Befunde*
- *Vorangegangene Behandlungen und Medikation*
- *Andere aktuelle Erkrankungen*
- *Soziale und familiäre Anamnese*
- *Lebensgewohnheiten* (OEGO, 2005, S. 10)

„Die Dokumentation muss sicher aufbewahrt werden“ (OEGO, 2005, S. 11) und die Aufbewahrungspflicht beträgt in Österreich 10 Jahre. *„PatientInnenbezogene Daten aus dieser Dokumentation dürfen nur mit Einverständnis des/der PatientIn, des gesetzlichen*

Vertreter oder auf richterliche Anweisungen auf der Grundlage der jeweils anzuwendenden Berufsgesetze weitergegeben werden“ (OEGO, 2005, S. 11).

Zusammenfassend sind in Bezug auf die Durchführung der osteopathischen Anamnese folgende Aspekte zentral: In der osteopathischen Literatur finden sich nur wenige, vereinzelte Angaben zur räumlich-zeitlichen Gestaltung der Anamneseerhebung. Im Rahmen der Kinderosteopathie ist das Bereitstellen von Spielzeug schon während der Anamneseerhebung wichtig. Nach der Begrüßung des Patienten bildet das aktive Zuhören eine zentrale Komponente der Begegnung zwischen Osteopath und Patient. Einen Schlüssel zur erfolgreichen Anamnese stellen jedoch nicht nur verbale und nonverbale Gesprächsinhalte und Signale dar, sondern auch die Kommunikation mit dem Gewebe. Wertschätzung, Respekt, Offenheit, Taktgefühl, professionelle Intuition und vernetztes Denken charakterisieren die Haltung des Osteopathen im anamnestischen Gespräch. Mehrheitlich sprechen sich die Autoren osteopathischer Lehrbücher für ein strukturiertes Vorgehen im Rahmen der Anamnese aus, obwohl sich auch Gegenstimmen verorten lassen. Als grobes Ablaufschema lässt sich eine Eröffnungsphase, gefolgt von einer Beschwerdedarstellung, welche in eine vertiefte Erhebung mittels allgemeiner und spezieller Anamnese mündet, identifizieren. Angaben über Anamnesebögen hinsichtlich Einsatz und Verwendung sind hingegen spärlich in der osteopathischen Literatur. In dem Ausmaß, in dem der Patient als Symptomatologe seiner Beschwerden betrachtet wird, kommt dem freien Erzählen und offen gestellter Fragen ein hoher Stellenwert zu. Gezielte, direkte Fragen, aber auch Nachfragen, Eingehen, Hinterfragen, Paraphrasieren und Deutungsangebote seitens des Osteopathen helfen bei der vertiefenden Beschwerdeexploration. Die Dokumentation im Rahmen der Anamnese ist einerseits Pflicht, andererseits kann sie auch als Unterstützung in der Arbeit mit dem Patienten verstanden werden.

4.4. Inhalte und Schwerpunkte der osteopathischen Anamnese

Angaben zu den Inhalten der Anamnese in der Osteopathie werden in der Literatur nicht, stichwortartig, in Fallbeispielen verpackt oder bis zu sehr detaillierten Aufzählungen beschrieben. Verknüpft mit dem Anspruch, eine ausführliche Anamnese zu erheben, zeichnet sich eine große zu erfassende Anzahl an Fakten und Angaben ab, welche im Folgenden anhand ihres speziellen Fokus zu ordnen versucht wird.

Die Anamnese beginnt nach Croibier (2006) immer mit der Erhebung der **Stammdaten** des Patienten. Neben persönlichen Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Familien-

stand (vgl. Croibier, 2006) werden auch, Adresse und Telefonnummer des Patienten notiert. Ebenso können auch Versicherung und behandelnder Arzt vermerkt werden, und Angaben zu Beruf und Freizeitaktivitäten festgehalten werden (vgl. Höll, 2005; Liem, 2001).

Im Anschluss daran erfolgt die Erhebung der aktuellen Beschwerden, welche mit Hinkelthein (2006) unter dem Begriff „**Spezielle Anamnese**“ zusammengefasst werden können. An erster Stelle steht dabei die Frage nach dem Grund für die Konsultation, welche dem Osteopathen einen ersten Eindruck über die Symptome und Beschwerden des Patienten liefert (vgl. Croibier, 2006; Hebgen, 2008; Helsmoortel et al., 2002) und welche in Folge tiefergehend erfasst werden. Etwas einschränkend mutet dabei der Fokus an, den De Coster und Pollaris (2007) legen, als sich ihre Anamnese lediglich auf „*Organbeschwerden oder Organerkrankungen (auch früher durchgemachte) und Beschwerden oder Erkrankungen am Bewegungsapparat*“ (De Coster und Pollaris, 2007, S. 3) konzentriert. Die Frage nach Umständen, welche die Beschwerden des Patienten verbessern bzw. verschlechtern, stellt laut Hinkelthein (2006) dabei einen wesentlichen Teil der speziellen Anamnese dar, da sich daraus Hinweise ergeben könnten, welche auf die Beteiligung von symptomauslösenden Strukturen, rückschließen lassen²⁵. Da einige der Anamnesezeichen mit mehreren Strukturen in Zusammenhang gebracht werden können, ist laut Hinkelthein (2006) die Summe aller Antworten richtungsweisend²⁶. Nach Mayer-Fally (2007) ist eine differenzierte Erfassung der qualitativen und quantitativen Merkmale der Symptome (Wo, Wann, Wie, Wodurch, Auslöser, Besserung/Verschlechterung, etc.) zielführend. Ebenso wird der Beginn der Beschwerden sowie der Symptom- und Schmerzcharakter erfasst, wobei Liem (2006a) die Symptome in allgemeine und systembezogene Symptome unterteilt²⁷. Schmerzlokalisierung und Bewegungseinschränkung werden genauso erhoben wie Druckschmerz-/empfindlichkeit, Bewegungs-, Belastungs-, Lage- und Tageszeitenabhängigkeiten, Anlauf-, Belastungs- und Ruheschmerz usw. (vgl. Fossum, 2002;

²⁵ So ordnet Hinkelthein (2006) z.B. hellen Schmerz den Muskeln zu, dumpfen Schmerz bringt er mit kapsulären bzw. ligamentären Strukturen in Verbindung, Sensibilitätsstörungen gehören zum Peripheren Nervensystem, usw.. In der Literatur zur viszeralen Osteopathie hingegen findet sich bei manchen Autoren eine Auflistung von Symptomen, die Hinweise auf ein jeweiliges Organ geben. So werden z.B. Müdigkeit, intrahepatischer Ikterus, Immunschwäche oder Kopfschmerzen, in Bezug zur Leber gesetzt (vgl. Puylaert, 2005), während ausstrahlende Schmerzen in linke Schulter/Arm; Knöchelödeme, HWS-, BWS-Schmerzen, vorzeitige Erschöpfung oder Schwindel in Zusammenhang mit Herz und Perikard gesehen werden (vgl. Van den Heede, 2005)

²⁶ Wärmegefühl und Schwellneigung können sowohl für eine Entzündung als auch für einen venösen Stau sprechen. Treten aber ebenso Ruheschmerzen und rotblaue Verfärbung auf, besteht eher ein Hinweis auf eine venöse Stauung (vgl. Hinkelthein, 2006).

²⁷ Während nach Liem (2006a) Leistungsminderung, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Gewichtsveränderung allgemeiner Symptome darstellen, fasst Hinkelthein (2006) diese Erscheinungen unter dem Begriff „Endokrin“ zusammen. Weiters differenziert Liem (2006a) sieben systembezogene Symptome, welche dem Erfassungsmodus von Hinkelthein (2006) entsprechen: Herz/ Kreislauf, Atmungsorgane, Verdauungstrakt, Urogenitalbereich, Blut, Nervensystem und Bewegungsapparat.

Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a). Um herauszufinden, inwieweit die Beschwerden des Patienten dessen Leben und Funktionen beeinflussen, ist es von Bedeutung für den Osteopathen zu erfahren, wie der Patient über seine Krankheit oder seine Symptome denkt. Auch die Erhebung bereits stattgefundenener Diagnose- und Therapieverfahren in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden ist wichtig (vgl. Croibier, 2006; Liem, 2001; Mayer-Fally, 2007). Im Zusammenhang mit den aktuellen Symptomen und Beschwerden sollte nach Liem (2006a) jedenfalls die Erhebung des Status praesens bei jeder nachfolgenden Behandlung abgefragt werden, um den Verlauf der Behandlung beurteilen zu können.

Informationen und Daten, die nicht unmittelbar auf die aktuellen Beschwerden abzielen, aber trotzdem in einem relevanten Zusammenhang stehen könnten, werden im Rahmen der „**Allgemeinen Anamnese**“ (vgl. Hinkelthein, 2006) bzw. „**persönlichen Krankengeschichte**“ (vgl. Croibier, 2006) gesammelt. Hierzu zählen frühere Erkrankungen, Traumata, Verletzungen, Unfälle und Operationen. Liem (2006a) differenziert diesen Aspekt insofern aus, als z.B. bei Unfällen, Schleudertraumatas, Gehirnerschütterungen oder Frakturen auch die Art, die Stärke der betroffenen Körperregion und Richtung der Kraftwirkung erfasst werden. Aber auch zahnärztliche Eingriffe und Sonnenstich, Hitzschlag, Unterkühlung oder Erfrierungen können für den Autor von Relevanz sein. Psychoemotionale Traumata und damit einhergehende Symptomatiken und Verhaltensänderungen sind für Liem (2006a) ebenso aufschlussreich, wobei er dem chronologischen Auftreten von Erkrankungen, Unfällen, Taumen etc. besondere Bedeutung beimisst. Aber auch „banale“ oder harmlos erscheinende Ereignisse, wie lange zurückliegende Stürze, Verletzungen und Narben sind für den Osteopathen von Interesse (vgl. Mayer-Fally, 2007; Tempelhof, 2008). Weiters wird erfasst, welche Medikamente vom Patienten eingenommen werden, wofür und von welchem Arzt diese verordnet wurden (vgl. Hinkelthein, 2006). Ebenso werden der allgemeine Gesundheitszustand, die psychosoziale Situation und Belastungszustand, Allergien und Impfungen, Lebens-, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten, Substanzkonsum, frühere und aktuelle berufliche und sportliche Tätigkeiten, sowie sonstige Aktivitäten des Patienten erhoben (vgl. Croibier, 2006; Fossum, 2002; Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007). Größe und Gewicht des Patienten werden ebenso erfasst (vgl. Hinkelthein, 2006). Die Bedeutung der Krankengeschichte sei dabei nicht nur vom Alter des Patienten abhängig, sondern würde auch von Eintreten kritischer Lebensereignisse (Croibier, 2006) und psychischem Status (Liem, 2006a) beeinflusst, die ebenfalls erfasst werden. Liem (2006a) ist der Meinung, dass das soziokulturelle Umfeld des Patienten und die dynamische Wechselbeziehung zwischen Individuum und Umwelt sowohl in die Diagnose als auch Behandlung einfließen, weshalb das soziale Umfeld des Patienten miterfasst werden sollte.

Die darüber hinausgehende **Familienanamnese** (vgl. Croibier, 2006) dient der Risikoabschätzung bezüglich bestimmter Krankheiten. Dabei wird erfragt, ob Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Tumorerkrankungen, Krebsleiden, Rheuma, genetische Anomalitäten in der eigenen Familie (Blutsverwandte) aufgetreten sind (vgl. Croibier, 2006; Fossum, 2002; Hinkelthein, 2006).

Zusätzlich zu der allgemeinen, speziellen und Familienanamnese erwähnt Fossum (2002) auch die **systemische oder organbezogene Anamnese**. Hierbei geht es um das Erfassen von Beschwerden des Herz-Kreislaufsystems, der Lungen, Verdauung, Ausscheidungsorgane, etc. Bei Hebgen (2008) werden ergänzend die **Gynäkologische Anamnese** bei Frauen (Zyklusunregelmäßigkeiten, Regelschmerzen, Angaben zur Verhütung) und die **urologische Anamnese** bei Männern angeführt. Auch Mayer-Fally (2007) erhebt bei Frauen Angaben zu Schwangerschaften und Geburten.

Ein **Systemüberblick**, wo nach Leitsymptomen in den verschiedenen Körperbereichen gesucht wird, wie er in der klassischen Schulmedizin im Rahmen der Anamnese verwendet wird, ist in der Osteopathie **kein fester Bestandteil**. Croibier (2006) ist der Meinung, dass *„der Osteopath [...] sich den Überblick über die Körpersysteme nicht unbedingt während der Anamnese verschaffen [muss], sondern [er] kann ihn auch in die körperliche Untersuchung integrieren“* (Croibier, 2006, S. 88). Außerdem sollen nach Croibier (2006) Fragen zu den Systemen systematisch gestellt werden, d. h. wenn sich ein Organ als suspekt bei der Palpation oder als fixiert bei Mobilitätstests erweist. Wie detailliert die Fragen gestellt werden, ist unter anderem abhängig vom Alter des Patienten, seinen Beschwerden, seinem Allgemeinzustand und vom Grund der Konsultation (vgl. Croibier, 2006). Falls die Angaben des Patienten nicht ausreichend sind, wäre zum detaillierten Nachfragen nach Helsmoortel et al., (2002) eine Struktur hilfreich, anhand welcher die Informationen in das parietale, kraniale oder viszerale System eingeordnet werden können.²⁸

Vorgeburtliche und geburtliche Vorgänge werden hingegen als zentraler Bestandteil der Anamnese betrachtet, vor allem im Bereich der kraniosakralen und pädiatrischen Osteopathie wie sie Liem (2001; 2006a) und Hayden (2009) ausführlich beschrieben. Zu den **pränatalen** relevanten Informationen zählen Angaben über erblich bedingte Einflüsse (wie z.B. Schädigungen der Keimzellen oder Stoffwechselstörungen der Eltern), Einflüsse während und vor der Schwangerschaft (wie z.B. der Gesundheitszustand der Mutter oder

²⁸ Helsmoortel et al. (2002) führen in diesem Zusammenhang folgende beispielhafte Überlegungen an: Treten viszerale Symptome wie Durchfall, Atemprobleme, Reflux, etc. auf? Gibt es Probleme im Bereich des Bewegungsapparates wie Blockierungen, Verspannungen, etc.? Handelt es sich um Symptome, wie Schwindel, Kopfschmerz, etc., die dem kranialen System und dem Kopf zuzuordnen sind? Ist das Immunsystem betroffen, bestehen Allergien oder ständige Infektionen?

Häufigkeit der Ultraschalluntersuchungen), Anzahl und Verlauf der vorherigen Schwangerschaften, das letzte Schwangerschaftsmonat sowie die fetale Entwicklung (vgl. Hayden, 2009; Liem, 2006a) Informationen über den Geburtsprozess, die Dauer der Geburt und Begebenheiten bei der Geburt geben Aufschluss über **geburtsrelevante Ereignisse** (vgl. Hayden, 2009; Liem, 2006a). Ebenso aufschlussreich sind Informationen über die **post-natale Entwicklung und die Kindheit**. Hierzu zählen die äußere Erscheinung und das Verhalten des Neugeborenen (wie z.B. Verformungen des Kopfes) oder Funktionsstörungen im ersten Lebensjahr. Je nach Alter des Patienten werden aber auch schwerpunktmäßig Angaben zur kindlichen Entwicklung eingeholt. Die Erhebung schwerer Krankheiten in der Kindheit stellt einen eigenen inhaltlichen Aspekt dar. Ebenso werden nach emotionalem Status, Familienmuster und psychischen Traumata in der Kindheit gefragt. (vgl. Hayden, 2009; Liem, 2006a).

Zusammenfassend beinhaltet die osteopathische Anamnese zu Beginn neben den Stammdaten des Patienten den Grund für die Konsultation. Inhalt der speziellen Anamnese stellen die aktuellen Beschwerden bzw. Leiden des Patienten und die damit zusammenhängenden qualitativen und quantitativen Merkmale der Symptome dar. Im Bereich der allgemeinen Anamnese werden frühere Erkrankungen, Verletzungen, Unfälle, Traumen, Operationen, der allgemeine Gesundheitszustand, die psychosoziale Situation des Patienten, Medikamente, Ernährung-, Schlaf- und Lebensgewohnheiten, Substanzkonsum sowie frühere und aktuelle berufliche und sportliche Tätigkeiten erhoben. Dazu zählen auch die systemische und organbezogene Anamnese sowie die gynäkologische und urologische Anamnese. Die Familienanamnese grenzt sich davon ab, welche der Risikoabschätzung von Krankheiten dient. Symptome können strukturiert nachgefragt werden, um diese in das parietale, kraniale oder viszerale System einzuordnen. Detaillierte Systemübersichten wie in der Schulmedizin kommen auf diese Weise in der Osteopathie nicht zum Einsatz. Das Alter des Patienten, seine Beschwerden, sein Allgemeinzustand und auch der Grund der Konsultation bestimmen mit, wie detailliert die Fragen an den jeweiligen Patienten gerichtet werden, gleichwohl die momentanen Symptome bei jeder Behandlung erhoben werden sollten, um deren Verlauf beurteilen zu können. Fragen zur Schwangerschaft und Geburt, sowie nach lang zurückliegenden oftmals auch „banalen“ Verletzungen sind eher typische Inhalte der Anamnese in der Osteopathie.

5. Methodische Vorgangsweise

Zur empirischen Ausarbeitung der forschungsleitenden Fragestellungen wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Im Unterschied zur quantitativen Sozialforschung zielt qualitatives Forschen darauf ab, herauszufinden *„wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche individuelle Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang auftreten. Daraus werden Theorien konstruiert und Folgerungen für die Praxis gezogen“* (Seel, 2004, S. 4). Laut Seel (2004) ermöglicht qualitative Forschung unter anderem, dass Erleben und Verhalten durch Verstehen und Interpretation bestimmbar gemacht wird. Um die Handlungsprinzipien von praktisch tätigen Osteopathen zu reflektieren sowie das subjektive Gestalten und das Verständnis der Anamnese in deren Praxisalltag widerzuspiegeln, wurde daher der qualitative Forschungsansatz für vorliegende Arbeit gewählt. Als Erhebungsinstrument diente das leitfadengestützte Experteninterview, welches mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurde. Diesen Ansatz verfolgend arbeitet dieses Kapitel die methodischen Grundlagen der Studie heraus.

5.1. Das Experteninterview

Interviews zählen zu den Erhebungsverfahren, die laut Hölzl (1994) in der qualitativen Forschung eine lange Tradition haben und *„die auf verbales Material abzielen und [...] von einem der Grundtheoreme der Qualitativen Sozialforschung aus[gehen]: die Beforschten selber zur Sprache kommen zu lassen, ihre subjektiven Deutungen zu erfassen.“* (Hölzl, 1994, S. 61). Experteninterviews kommen laut Gläser und Laudel (2004) bei Untersuchungen zum Einsatz, *„in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärungen zu finden.“* (Gläser und Laudel, 2004, S. 11). Nach Gläser und Laudel (2004) sind Experten Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen. Gleichwohl weisen die beiden Autoren darauf hin, dass es in der sozialwissenschaftlichen Literatur keine Einigkeit über die Begriffe „Experteninterview“ und „Experte“ gibt, und machen darauf aufmerksam, dass das Experteninterview als leitfadengestütztes Interview, welches zu den nichtstandardisierten Interviews zählt, geführt wird (vgl. Gläser und Laudel, 2004). Bei Meuser und Nagel (1991) werden Experteninterviews von anderen offenen Interviewformen dadurch abgegrenzt,

„dass hier nicht die Gesamtperson des Befragten von Interesse sei, sondern ein spezifischer organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, so dass nur bestimmte Ausschnitte individueller Erfahrungen in den Mittelpunkt der Befragung gerückt werden.“ (Meuser und Nagel, 1991, S. 22).

Werden laut Bogner und Menz (2002) Experten als „Kristallisationspunkte“ praktischen Insiderwissens betrachtet und stellvertretend für eine Vielzahl zu befragender Akteure interviewt, kann die Durchführung von Experteninterviews zur Abkürzung aufwendiger Beobachtungsprozesse dienen. Für Pfadenhauer (2002) stellt das Experteninterview eine eigene Methode dar, ein „Gespräch“ zwischen „Experten und Quasi-Experten“, und es handelt sich nach Meinung Pfadenhauers nicht um ein unproblematisches und ökonomisches Verfahren zur Datengenerierung (vgl. Bührmann, 2004). Das Experteninterview eignet sich nämlich für Pfadenhauer im Gegensatz zu Bogner und Menz

„weit weniger als Instrument zur `schnellen`, die Zeitaufwendungsmühen der Teilnahme sozusagen kompensierenden Datengenerierung [...] denn als eine Art `Surplus`-Verfahren, dessen kompetente Verwendung hohe Feldkompetenzen – und hohe Feldakzeptanz- bereits mehr oder weniger zwingend voraussetzt.“ (Pfadenhauer, 2002, S. 128).

Als somit „voraussetzungsvolles“ und „ausgesprochen aufwendiges Instrument“ zur Datengenerierung zielen nach Pfadenhauer (2002) Experteninterviews demnach *„auf die Rekonstruktion von besonderen Wissensbeständen bzw. von besonders exklusivem, detailliertem oder umfassendem Wissen über besondere Wissensbestände und Praktiken, kurz: auf die Rekonstruktion von Expertenwissen.“* (Pfadenhauer, 2002, S. 113) ab.

Da es, wie zuvor erwähnt, nach Gläser und Laudel (2004) um die Rekonstruktion von sozialen Sachverhalten geht, ist es zweckmäßig, über eine Frageliste, sprich einen Leitfaden, sicherzustellen, dass *„der Gesprächspartner zu allen wichtigen Aspekten Informationen gibt“* (Gläser und Laudel, 2004, S. 41). In der vorliegenden Arbeit wurden leitfadengestützte Interviews mit sechs Experten durchgeführt.

5.2. Auswahl der Experten

Die Definition und die Beschreibung eines „Experten“ sind in der Fachliteratur in ihrem Umfang sehr unterschiedlich. Nach Gläser und Laudel (2004) kann ein Interviewpartner für Experteninterview jeder Mensch sein, dessen spezifisches Wissen für die Untersuchung relevant ist. In methodischer Absicht wird annäherungsweise folgende Definition von Bogner und Menz (2002) formuliert:

„Der Experte verfügt über technisches-, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen.[...]“ (Bogner und Menz, 2002, S. 46).

Laut Froschauer und Lueger (2002) verfügen Experten über ein explizites Sonderwissen, das sie sich über eine spezifische Ausbildung angeeignet haben und sie in die Lage versetzt, ein thematisches Gebiet zu überblicken, bestimmte Fragestellungen einer Klärung zuzuführen oder Probleme zu lösen. Daher wurden folgende Einschlusskriterien für die Stichprobe dieser Arbeit im Vorfeld definiert:

- Osteopathen mit sechsjähriger Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO)
- Mindestens drei Jahre Berufserfahrung als Osteopath
- Tätigkeit als Vortragender und/oder Supervisor und/oder Assistent an der WSO zum Zeitpunkt des Interviews, wobei dem Thema „Anamnese“ große Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Einer der Interviewpartner fungierte als Vortragender des Unterrichts „Anamnese“. Drei weitere Interviewpartner setzten sich mit dem Thema „Anamnese“ im Rahmen ihres Unterrichts auseinander und bei zwei weiteren Osteopathen wurde der Anamneseerhebung in der Betreuung der Studenten eine entsprechende Rolle zuteil.
- Die Interviewpartner / Experten gliedern sich je zur Hälfte in Physiotherapeuten und Ärzten in ihrem Grundberuf
- Freiwillige Teilnahme am Interview

Die sechs Experten, die für diese Arbeit interviewt wurden, haben alle ihre Ausbildung an der WSO absolviert und verfügen somit über gleiche bzw. ähnliche Ausbildungskriterien. Da die einzelnen Jahrgänge zum Teil von verschiedenen Professoren aus dem In- und Ausland unterrichtet werden, sind die Ausführungen der Inhalte nicht identisch, die Richtlinien bzw. Kriterien sollten aber zum Großteil übereinstimmen. Alle ausgewählten Interviewpartner üben zum Zeitpunkt der Interviews an der WSO eine lehrende, supervidierende und/oder assistierende Funktion aus, wobei eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema Anamnese aufgrund ihrer Tätigkeit bereits stattgefunden hat. Der Abschluss an der WSO liegt bei allen Interviewpartnern mindestens drei Jahre zurück, sodass davon ausgegangen werden kann, dass einerseits schon Erfahrungen im osteopathischen Arbeiten gemacht werden konnten, und andererseits sich eventuell eine persönliche Vorgehensweise in der Anamneseerhebung entwickelt hat. Alle sechs Experten sind in freier Praxis als Osteopath tätig, wovon drei in ihrem Grundberuf Mediziner und drei Physiotherapeuten sind. Durch diese Auswahl wurde versucht, ein ausgewogenes Verhältnis der unterschied-

lichen Wissensvoraussetzungen zu erzielen, welche einen etwaigen Einfluss auf die Antworten zu den verschiedenen anamnestischen Themenbereichen haben könnten. Hinsichtlich der geschlechterspezifischen Verteilung, der in dieser Arbeit keine besondere Bedeutung zukommt, gliedert sich die Auswahl der Experten in fünf männliche Osteopathen und eine weibliche Osteopathin. Zwei Experten haben eine Zusatzausbildung in pädiatrischer Osteopathie, ein Experte arbeitet hauptsächlich nach dem Faziendistorsionsmodell nach Typaldos, und vier Experten haben auch Kurse in biodynamischer Osteopathie absolviert, und lassen diese Kenntnisse in ihre Arbeit einfließen. Diese breite Fächerung der Schwerpunkte in der osteopathischen Arbeit der Experten stellt kein Ausschlusskriterium für die Studie dar, denn nach Witt (2001) verfolgt die qualitative Sozialforschung das Ziel, ein Problemfeld durch die Auswahl der Befragungspersonen darzustellen. Dies ist laut Witt (2001) leichter durch extreme als durch durchschnittliche Repräsentanten zu erreichen.

5.3. Leitfadenerstellung

Das Leitfadeninterview zählt zu den qualitativen Einzelbefragungen. Es handelt sich um eine offene, halbstrukturierte Befragung auf Basis eines Leitfadens, welcher ein Gerüst für die Datenerhebung darstellt, wodurch mehrere Interviews leichter miteinander verglichen werden können (vgl. Seel, 2004). Nach anfänglicher Literaturrecherche wurde ein Leitfaden für die vorliegende Arbeit erstellt, der im Anhang zu finden ist. Die Auswahl der Themenbereiche orientierte sich dabei an Inhalten, die in der Literatur vielfach beschrieben werden und in den vorangegangenen Kapiteln theoretisch aufgearbeitet wurden. Ergänzt wurden diese Bereiche durch Fragen, die im persönlichen Interesse der Interviewerin standen, und zum einen subjektive Veränderungsprozesse im anamnestischen Vorgehen und zum anderen Tipps und Anregungen zur Anamneseerhebung für angehende Osteopathen einfließen, sodass der Interviewleitfaden thematisch sechs Komplexe umfasst:

- Durchführung der Anamnese
- Stellenwert und Bedeutung der Anamnese
- Inhalte der Anamnese
- Ziele der Anamnese
- Entwicklung der Anamneseerhebung
- Tipps und Anregungen zur Anamneseerhebung für Studierende

Mit einer einführenden Erzählanregung wurden die Interviewpartner zunächst aufgefordert, ein Beispiel für ein Anamnesegespräch aus der Praxis zu schildern. Die Inhalte der Inter-

viewpartner aufgreifend, wurden in einem weiteren Schritt entweder auf die Durchführung, die Ziele oder die Inhalte der Anamnese näher eingegangen. Bei den durchführungsspezifischen Aspekten wurde besonderes Gewicht auf den Ablauf gelegt, um herauszufinden, inwieweit ein schematisiertes bzw. auf Anamnesebögen beruhendes Vorgehen vorliegt. Dem Verständnis von Osteopathie als Kunst, Wissenschaft oder ganzheitlichem Behandlungsansatz entsprechend, wurden Zielsetzungen der osteopathischen Anamnese thematisiert, welche mit dem spezifischen Datengewinn auch Aufschluss über Inhalte und Bestandteile des Anamnesegesprächs liefern. Dem quantitativ geringen Stellenwert der Anamnese in der osteopathischen Literatur wurde eine subjektive Sichtweise entgegengesetzt, indem nach Bedeutungsgehalt und Relevanz der Anamnese gefragt wurde. Fragen zu subjektiven Veränderungs- und Entwicklungsprozesse im anamnestischen Vorgehen und das Einholen von Tipps und Anregungen zur Anamneseerhebung für Studierende rundeten thematisch den Interviewleitfaden ab, welcher in einer abschließenden Frage nach ergänzenden oder offenen Aspekten mündete.

5.4. Durchführung der Interviews

Im Zeitraum von 2. 5. 2008 bis 4. 8. 2008 wurden insgesamt sechs Experteninterviews im Raum Wien, Niederösterreich und Burgenland durchgeführt. Alle Experten waren der Interviewerin aufgrund ihrer Tätigkeit an der WSO bekannt und wurden persönlich im Gespräch bzw. in einem Fall per Email gefragt, ob es eine Bereitschaft gäbe, sich für ein Interview im Rahmen einer Masterthese zur Verfügung zu stellen. Der Großteil (vier) der Interviews wurde in den Privatpraxen der Interviewpartner durchgeführt. Ein Interview fand in der Praxis der Interviewerin statt und ein Interview wurde in einem Besprechungszimmer eines Privatkrankenhauses durchgeführt. Alle Interviewpartner nahmen sich ausreichend Zeit für das Gespräch und die durchschnittliche Dauer der Interviews lag bei 40 Minuten. Das kürzeste Interview betrug 30 Minuten und das längste Interview 50 Minuten. Die Stimmung während der Interviews kann als sehr kollegial, offen, motiviert und am Thema interessiert beschrieben werden. Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit einem Diktiergerät. Vor jedem Interview wurde ein kurzes Formblatt angefertigt, in dem Name und Grundberuf des Interviewpartners, Datum, Ort und Dauer des durchgeführten Interviews und die Bereitschaft des Experten zum Interview notiert wurden. Im Anschluss an das Interview wurden in einem Gedächtnisprotokoll erste Eindrücke und Besonderheiten der Interviewsituation schriftlich von der Interviewerin festgehalten.

5.5. Transkription der Interviews

Im Anschluss an die Datenerhebung wurden alle Interviews vollständig und wortwörtlich als Word Dokument transkribiert. Nach Gläser und Laudel (2004) gibt es für die Transkription von Interviews bislang keine allgemein akzeptierten Regeln. In den Transkripten der vorliegenden Arbeit wurden umgangssprachliche Äußerungen und Ausdrücke im jeweiligen Dialekt nach Möglichkeit wortwörtlich niedergeschrieben. Unverständliche Passagen, Pausen, Unterbrechungen, Lachen oder paraverbale Äußerungen wie z.B. „äh“, „hm“, wurden in der Transkription festgehalten. Damit die Anonymität der einzelnen Interviewpartner gewährleistet ist, wurden die Interviewpartner mit dem Kürzel IP gefolgt von der Interviewnummer, z.B. IP3, bezeichnet. Die Interviewerin wird mit I abgekürzt. Alle Transkriptionen haben eine Zeilen- (Abkürzung Z) und Seitennummerierung (Abkürzung S), um bei der Auswertung Zitate leichter wieder zu finden. Ein Datenträger mit allen Transkriptionen der sechs Experteninterviews ist dieser Arbeit beigelegt.

5.6. Die qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Experteninterviews erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2005), worunter „*Verfahrensweisen systematischer Textanalyse*“ (Mayring, 2000, S. 1) verstanden werden, welche

„die Stärken der kommunikationswissenschaftlichen Inhaltsanalyse (Theoriegeleitetheit, Regelgeleitetheit, Kommunikationsmodell, Kategorienorientiertheit, Gütekriterien) nutzen, um qualitative Analyseschritte (induktive Kategorienentwicklung, Zusammenfassung, Kontextanalyse, deduktive Kategorienanwendung) methodisch kontrolliert vollziehen zu können.“ (Mayring, 2000, S. 1)

Zwar wird im Unterschied zur quantitativen Inhaltsanalyse der Inhalt von Informationen analysiert und ein theoretisch abgeleitete Kategoriensystem am Material überprüft und abgeglichen (vgl. Gläser und Laudel, 2004), gleichwohl können aber im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse qualitative und quantitative Analyseschritte miteinander verbunden werden (vgl. Mayring, 2005). So stellen die Bildung und Zuordnung von Kategorien zum Text eindeutig qualitative Schritte dar. In der Regel werden dann aber Kategorienhäufigkeiten erhoben und quantitativ analysiert. Die qualitative Inhaltsanalyse versteht den Zuordnungsprozess von Kategorien und Textstellen als Interpretationsakt, für dessen Kontrolle inhaltsanalytische Regeln verwendet werden und welcher deduktiv und/oder induktiv erfolgt. Bei der deduktiven Analyserichtung werden die Kategorien theoriegeleitet vor der Analyse entwickelt, d.h. von der Theorie zum Material (vgl. Mayring, 2005). Da das

Anliegen qualitativ orientierter Forschung aber gerade darin besteht möglichst konkret, materialnah und deskriptiv die Auswertungsaspekte aus dem Text heraus zu entwickeln, wird auch ein Ablaufmodell für die induktive Kategorienentwicklung vorgeschlagen, welches sich an der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse orientiert. Für Flick (2000) stellt die Verwendung von Kategorien ein wesentliches Kennzeichen der qualitativen Inhaltsanalyse dar, wobei die Kategorien sowohl aus dem Text entwickelt als auch aus der Literatur bezogen werden (vgl. Flick, 2000). Die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die auch für die induktive Kategorienbildung genützt wird, wurde für die vorliegende Arbeit ausgewählt, nachdem anfänglich deduktiv gewonnene Kategorien entwickelt wurden.

In der vorliegenden Arbeit wurde – in Anlehnung an Mayring (2005) – nach folgenden Schritten vorgegangen:

1. Schritt: Die Kategorien wurden aus den Themenbereichen der Literaturrecherche definiert und festgelegt (deduktives Vorgehen). In Anlehnung an diese Kategorien (Themenbereiche) wurde der Leitfaden für die Experteninterviews entwickelt. Die einzelnen Interviews wurden transkribiert. Das Datenmaterial aus den Interviews wurde im ersten Schritt systematisch analysiert und für einen besseren Überblick anhand der Kategorien, die sich aus dem Interviewleitfaden ergaben, geordnet und strukturiert. Textstellen wurden den einzelnen Kategorien zugeordnet. Im Anschluss daran wurden die einzelnen Aussagen handschriftlich auf Post-Its notiert und auf Flip-Chart-Blättern manuell zugeordnet.
2. Schritt: Überarbeitung der Kategorien. Nach einem Drittel des Datenmaterials (2 Interviews) wurde das Kategoriensystem nochmals kritisch reflektiert und betrachtet.
3. Schritt: Induktive Kategorienbildung. Basierend auf der Inhaltsanalyse wurden zu jeder Kategorie induktiv weitere Kategorien gebildet. Textstellen bzw. Aussagen mit gleichen oder ähnlichen Inhalten wurden zusammengefasst.
4. Schritt: Endgültiger Materialdurchgang und Analyse der Inhalte der Experteninterviews. Im letzten Schritt erfolgte die endgültige Aufarbeitung des Materials wodurch sich vier Hauptkategorien und 20 Unterkategorien ergaben. In einigen Kategorien konnten auch quantitative Analysen im Hinblick auf Häufigkeiten herausgearbeitet werden.

Somit wurden alle für die forschungsleitende Fragestellung relevanten Themenbereiche vollständig durch das erarbeitete Kategoriensystem erfasst. Das systematische Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte für alle sechs Interviews.

5.7. Gütekriterien

„Methodologie ist eine eigene Wissenschaft und die Gütekriterien der Sozialwissenschaft ein Teil davon. Erst die Güte einer Messung ermöglicht Aussagen über die Qualität der wissenschaftlichen Arbeit.“ (Viola, 2010, S. 2) Auch für Lamnek (1995) hängt die Güte von wissenschaftlichen empirischen Arbeiten *„zu allererst von den entwickelten methodologischen Kriterien“* (Lamnek, 1995, S. 152) ab und die Gütekriterien liefern *„Anhaltspunkte für den Wahrheitsgehalt und die Haltbarkeit für Aussagen“* (Lamnek, 1995, S. 153). Zu den „klassischen“ Gütekriterien der quantitativen Sozialforschung zählen Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit), Objektivität und auch Generalisierbarkeit und Repräsentativität (vgl. Lamnek, 1995; Mayring, 2008). Diese sind jedoch nicht direkt auf den qualitativen Kontext anwendbar (vgl. Mayring, 2008; Seel, 2004; Steinke, 2000), wobei *„im Grundsatz [...] davon auszugehen [ist], dass auch qualitative Verfahren zuverlässige und gültige Ergebnisse liefern, wobei aber die jeweiligen Maßstäbe etwas anders gefasst werden müssen.“* (Lamnek, 1995, S. 155). Das Konzept von Gültigkeit erfährt demnach in der qualitativen Sozialforschung eine andere Qualität als in der Quantitativen Forschung, ändert sich doch der Charakter vom *„Meßtechnischen zum Interpretativ-Kommunikativen“* (Lamnek, 1995, S. 171). Laut Seel (2004) treten folgende Gütekriterien in der qualitativen Forschung anstelle der klassischen Testgütekriterien: Verfahrensdokumentation, Regelgeleitetheit, Gegenstandsangemessenheit, Triangulation und Konsensherstellung (vgl. Seel, 2004). Steinke (2000) beschreibt u. a. Kriterien wie Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die empirische Verankerung, die Limitation, die Relevanz und die Indikation des Forschungsprozesses, wobei die Kriterien und Prüfverfahren für die Anwendung untersuchungsspezifisch konkretisiert, modifiziert und gegebenenfalls durch weitere Kriterien ergänzt werden sollen (vgl. Steinke, 2000).

Auch in der vorliegenden Arbeit wird das Vorgehen, die Informationsquellen, die Datengewinnung und -verarbeitung, die Auswertungsmethode sehr genau beschrieben und dokumentiert, damit für die Leser der Forschungsprozess nachvollziehbar ist. Ebenso fanden regelmäßig Besprechungen mit der Betreuerin dieser Arbeit statt, welche die Planung, das Vorgehen und die Durchführung der Arbeit immer wieder kritisch hinterfragte und zur Diskussion anregte. Auch der Gedankenaustausch mit anderen Kollegen während des Entstehens dieser These erwies sich als äußerst hilfreich.

6. Ergebnisse der Experteninterviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews präsentiert, um die Anamneseerhebung hinsichtlich Stellenwerts, Durchführung, Zielsetzung und inhaltlicher Dimension aus Sicht praktizierender Osteopathen zu beleuchten. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Kategorienbildung, welche sich aus dem Gesprächsverlauf in Anlehnung an den Interviewleitfaden ergab. Gemäß dem Ziel des qualitativen Forschungsansatzes wird auf die individuelle Meinung der Experten eingegangen, um Übereinstimmungen und gegensätzliche Meinungen in der Vielfalt an subjektiven Aussagen der Befragten herauszuarbeiten. Insgesamt konnten 20 Kategorien gebildet werden, welche zu fünf Themenbereichen zusammengefasst wurden. Wie bereits erwähnt werden Interviewpartner mit IP und der Nummer des durchgeführten Interviews, z.B. IP03 abgekürzt (vgl. Kapitel 5.4.).

6.1. Ablauf und Durchführung der Anamnese

Anhand einer offen gestalteten Einstiegsfrage zu Beginn der Experteninterviews wurden die sechs Interviewpartner aufgefordert, anhand eines Patientenbeispiels aus dem Praxisalltag das Vorgehen beim Anamnesegespräch zu schildern. Anhand dieser Schilderungen wurden vielfältige durchführungsspezifische Aspekte sichtbar, welche zu vier Kategorien verdichtet wurden.

6.1.1. Anamnesebogen als Hilfsmittel

Vorgefertigte oder selbsterstellte **Anamnesebögen** werden von vier (IP02, IP03, IP04, IP06) Experten im Praxisalltag verwendet. Zwei Experten (IP01, IP05) hingegen erheben die Anamnese des Patienten anhand eines **mentalen Gerüsts**, wofür sie keine Vorlage haben und welches sehr variieren kann. Im Interview stellt sich allerdings heraus, dass die Erhebung der Anamnese und die von IP01 gestellten Fragen an den Patienten sich zum Großteil mit zentralen Fragen, die auf den Anamnesebögen der anderen Interviewpartner zu finden sind, decken. Das Interesse zu Beginn der Befragung liegt bei Experten IP05 darin, die Behandlungsmethode mit dem Patienten abzuklären, da von ihm sowohl die Osteopathie wie auch die traditionell chinesische Medizin angeboten werden.

Die von IP02, IP03, IP04 und IP06 verwendeten Anamnesebögen gestalten sich in ihrem **Umfang** sehr ähnlich und umfassen bei drei Experten (IP02, IP03, IP06) stichwortartig neben den Stammdaten des Patienten die wichtigsten Inhalte, auf die in Kapitel 6.2. näher eingegangen wird. Bei IP02 werden die Stammdaten vom Patienten selber ausgefüllt. Experte IP04 bevorzugt in seinem Praxisalltag, dass die **Patienten** den **Fragebogen** schon im Wartezimmer selbst **ausfüllen**. Zusätzlich zu den Stammdaten werden weitere sieben Fragen an den Patienten gestellt. Den Vorteil dieses Vorgehens sieht Experte IP04 darin, dass die Patienten sich sammeln können, während er die Daten in ihrem Beisein auf seinen Computer überträgt. Ein ähnliches Vorgehen bevorzugt Experte IP05, dessen Sekretärin die Patientendaten aufnimmt, mit der Begründung: *„Oft ist es schon so, dass meine Sekretärin, wenn sie da ist, die Daten aufnimmt, und am Datenblatt bitte ich die Leute auch schon ein bissl anzugeben, weswegen sie kommen, da sehe ich es dann schon im Computer und tue mich leichter..“* (IP05, Z 9-11, S. 1).

Unabhängig davon, wer die Stammdaten aufnimmt, wird der Einsatz von **Anamnesebögen** im Praxisalltag **als hilfreich eingeschätzt**. So dient der Anamnesebogen Experte IP03 als Gedächtnisstütze:

„[...]ich jedenfalls bin leicht abgelenkt, wenn der Patient bei der Tür reinkommt, der irgendwie auffällig ist oder irgendwie merke, das er komisch ist, ich verliere meine Routine, irgendwas vergesse ich dann, der lenkt mich ab, der braucht ja nur eine massivere Problematik haben und der erzählt mir, was damals war, und schon bin ich weg.[...] ich mach mir da ein Hakerl, damit ich das nicht einfach übersehe.“ (IP03, Z 19-23, S. 5)

Diese Sichtweise deckt sich auch mit der Aussage von IP06, der dem Anamnesebogen eine ganz große Bedeutung beimisst, weil dieser *„ein Gerüst ist, wo man sich herum hanteln kann, wo man nachschlagen kann, um zu schauen.“* (IP06, Z 36-37, S. 5). Auch wenn nicht alles ausgefüllt und beantwortet wird, so bieten detailliert gestaltete Anamnesebögen für Experte IP06 v. a. zu Beginn der osteopathischen Tätigkeit eine Orientierungshilfe. Zudem würde aufgrund des Anamnesebogens das *„Netzwerk Körper sozusagen auch sehr strukturiert sichtbar“* (IP06, Z 28, S. 5), wodurch Strukturen und betroffene Systeme leichter fassbar werden.

Neben Vorteilen macht sich bezüglich der Verwendung von Anamnesebögen aber auch **Kritik** breit. Insbesondere gegen ein standardisiertes Abfragen verwehrt sich Experte IP01 und übt Kritik an einem unreflektiertem Umgang: *„An der Schule gibt es jetzt einen Anamnesebogen und ich sehe das auch bei Supervisionen immer, der wird von A-Z durchgemacht, egal, ob es für diese Untersuchung, Behandlung relevant ist oder nicht.“* (IP01, Z 44-46, S. 5). Experte IP01 beschreibt dieses Vorgehen als unnötig, wobei er dies auch als einen *„Werdegang, den ein jeder durchlaufen muss“* (IP01, Z 3, S. 6) erfahren hat, um zu

dem Schritt zu kommen, welche Elemente in der Anamnese weggelassen bzw. dazu genommen werden müssen.

Eine interessante Sichtweise im Umgang mit der Handhabung des Anamnesebogens zeigt sich bei IP06 und er erklärt dies wie folgt:

„Ich spreche halt lieber mit dem Gewebe, als dass ich alles sofort aufschreiben möchte, aber ich finde halt der Weg, dass man die Basisstelle leichter sieht, ich bin halt mehr der optische Typ [...] ich muss das sehen, dann habe ich das dokumentiert, warum ist das so.“ (IP06, Z 31-34, S. 5).

Nachgefragt erläutert IP06, dass je genauer der Befundbogen erstellt ist, desto genauer lassen sich die visuellen und palpatorischen diagnostischen Kriterien einordnen und aus den gewonnenen Eindrücken ein osteopathisches Verständnis über die Funktionsweise des menschlichen Körpers ableiten. Als eine *„individuelle Sache“* (IP06, Z 39, S. 5) erlebt IP06 die **Durchführung der Anamnese** und spricht damit **Präferenzlagen der Osteopathen** an. Untermuert wird dies durch folgende Aussage: *„Ich bin sicher, es gibt von meinem Jahrgang viele, die total vertraut sind mit dem Gewebe und trotzdem genaue Anamnesebogen schreiben. Das ist eine individuelle Sache“* (IP06, Z 39-41, S. 5).

Handschriftliche Eintragungen fertigt auch Experte IP06 an, hält jedoch wichtige anamnestische Daten wie Beschwerden, deren Lokalisation oder Intensität schematisch lieber in **Skizzen** als in Anamnesebögen fest: *„[...] ich mache eher Skizzen, als dass ich schreibe und das ist sicher mehr das Biodynamische²⁹“* (IP06, Z 33-34, S. 3). Dieses Vorgehen zeigt unter anderem, dass die Durchführung bei der **Anamneseerhebung** nicht nur **durch** die gewonnenen **Erfahrungen** im Praxisalltag, sondern auch durch die unterschiedlichen **Zusatzausbildungen** im Bereich der Osteopathie **geprägt** ist. So zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Anamneseerhebung bei Experten IP04, der nach dem Faszien-distorsionsmodell³⁰ (FDM) behandelt. Laut Angaben von IP04 habe er ein methodisches Vorgehen, welches er folgendermaßen beschreibt: *„Anamnese der gesprochenen Auskünfte, Anamneseerhebung der gezeigten, mit der Körpersprache gezeigten Beschwerden, sowie eine Erhebung der elementaren Bewegungen des betroffenen, der betroffenen Gliedmaße oder des Rückens.“* (IP04, Z 34-36, S. 4.) Zwei Besonderheiten sind auffallend im Zusammenhang mit der Anamneseerhebung bei IP04. Erstens fokussiert sich IP04 auf jenes Problem, welches der Patient als erstes genannt hat und erhebt hierüber eine gezielte Anamnese. Dabei lässt er sich vom Patienten zeigen, wo und bei welchen

²⁹ Hier ist die biodynamische Osteopathie gemeint. In postgraduierten Kursen für Osteopathen geht es v. a. um die Weiterentwicklung von „Gespür“ (Quelle: www.BiodynamischeOsteopathie.com)

³⁰ Das Faszien-distorsionsmodell ist ein anatomisches Modell, demzufolge Läsionen des Stütz- und Bewegungsapparates als Veränderungen einer oder mehrerer der insgesamt sechs Faszien-distorsionen betrachtet werden. (vgl. Typaldos, 1999; sowie Kap. 4.2.)

Bewegungen es schmerzt. Die Wichtigkeit der Körpersprache entspricht der zweiten Besonderheit. Für IP04 ist „die Körpersprache ehrlich und ungefiltert“ (IP04, Z 41-42, S. 9) und im gleichen Atemzug warnt er vor Schwierigkeiten und Gefahren, die sich bei der Anamneseerhebung ergeben können:

„Die Anamnese ist stark davon abhängig, was der Background dieser Patienten ist, ganz gefährlich sind eben die aus medizinischen Berufen oder die, die sich privat fortgebildet haben. Ein ganz neuer Zweig von Patienten sind die Internet-Rechercheure, ganz schwierige Anamnese, die erzählen einem das, was man hören will, um es in die Richtung zu lenken, die sie glauben, dass sie brauchen. Und die lesen ganz genau nach welche Symptome sie haben müssen, damit sie diese Krankheit haben, und die erzählen sie uns dann.“ (IP04, Z 42-47, S. 9)

Erwähnt wird von Experten IP04 auch, dass aufgrund der Vorgehensweise, die mehr auf Körpersprache beruht, bei Patienten, deren Landessprache er nicht versteht, schnellere und bessere Behandlungserfolge erzielt werden können. Diese durch Erfahrung gewonnene Aussage wirft die Frage nach Sinn- und Zweckhaftigkeit eines Anamnesebogens auf, wenn Beschwerden mittels Körpersprache zügiger erfasst werden können als mittels verbaler Befragung. Auch in der Durchführung der Anamnese von Osteopathen, die über eine Zusatzausbildung in Kinderosteopathie absolviert haben, dürfte es Unterschiede bei der Durchführung der Anamnese geben. Ein standardisierter Bogen, ein Anamnesebogen der von mehreren Osteopathen im osteopathischen Zentrum für Kinder (OZK) in Wien nach einer Vorlage von England erarbeitet wurde, kommt bei einem Experten (IP06) zum Einsatz. IP06 arbeitet vorwiegend mit Kindern, deren Anamnese mit den Müttern aufgenommen wird, welche im Anamnesebogen miterfasst werden (z.B. Gesundheitszustand während Schwangerschaft, usw.). Interessant erscheint, dass Experte IP06 laut eigenen Angaben zwar einen standardisierten Anamnesebogen verwendet, jedoch nur jene Punkte ausfüllt, die er als aktuell wichtig erachtet. In dieser Hinsicht wird der standardisierte Anamnesebogen so verwendet wie die individuell gestalteten Anamnesebögen der anderen Interviewpartner, die Fragen beinhalten, die den meisten Patienten gestellt werden und ebenso auch Themen beinhalten, denen nur in speziellen Fällen nachgegangen wird.

6.1.2. Rahmenbedingungen der Anamneseerhebung

Beim Schildern des Vorgehens der Anamneseerhebung wurden von den Experten über die **persönliche und räumliche Gestaltung** nur wenige Aussagen getätigt. Am ausführlichsten über den Ablauf zu Beginn der Anamneseerhebung äußert sich IP01. Nach dem Begrüßen des Klienten, begleitet er diesen in den Behandlungsraum, wo Sesseln und ein Tisch bereitstehen, an dem Platz genommen wird und mit dem Anamnesegespräch

begonnen wird, beschreibt Experte IP01 die Situation. Für ihn kommuniziert der Raum und seine Gestaltungselemente mit seinem Inhaber und mit den Klienten auf einer nonverbalen Ebene, sei es wie *„die Konstellation im Raum ist oder wie die Stühle angeordnet sind“* (IP01, Z 15-16, S. 6) und diese haben, neben anderen nonverbalen Signalen, auch einen Einfluss auf die Anamneseerhebung. Auch IP02 *„geleitet den Patienten hinein“* (IP02, Z 10, S. 1) und beginnt danach mit dem Erheben der Anamnese. Beim Erstkontakt mit dem Patienten stellt sich IP04 vor und fragt den Patienten nach seinem Namen. Experte IP04 hat für die Patienten zwei Sitzgelegenheiten zur Auswahl, er selbst bevorzugt während der Anamnese zu stehen. Möbel, wie Tische, die zwischen Patient und Osteopath stehen, empfindet IP04 aufgrund der eingeschränkten Sicht auf den Patienten als störend. Ebenso spricht sich Experte IP04 gegen Umkleidekabinen aus, da die Beobachtung des Patienten beim Aus- und Anziehen wegfällt, welche aber Einblicke auf den Behandlungserfolg oder Nichterfolg erlauben könnte, wenn z.B. Anziehen nach der Behandlung besser geht.

Das **zeitliche Ausmaß der Anamneseerhebung** beträgt bei vier Experten (IP01, IP03, IP05, IP06) **durchschnittlich 10-15 Minuten und** bei zwei Experten (IP02, IP04) **5-10 Minuten**, wobei die Dauer der Anamneseerhebung bei IP04 von der Komplexität der Vorgeschichte und dem Leidensweg des Patienten abhängig ist. Grundsätzlich ist jedoch bei ihm ein sehr patientenzentrierter Zugang zu verzeichnen: *„Die Anamnese sollte so lang sein, wie der Patient meint, dass sie notwendig ist“* (IP04, Z 32, S. 7) Bei IP02 ist dies auch immer abhängig vom Patienten und v. a. bei Babys fällt die Anamneseerhebung anders aus und dauert bis zu 30 Minuten. Abhängig vom Ziel, welches der Osteopath verfolgt, kann dies auch mehr Zeit erfordern, wie IP02 formuliert:

„Wenn ich dem Patienten die Möglichkeit geben möchte oder das Gefühl habe, ihm die Möglichkeit geben zu müssen, dass er auch selber Zusammenhänge sieht, also wenn schon klar ist, dass in einer Anamnese auch psychosomatische Elemente wichtiger sind, dann muss man dem einfach mehr Platz geben.“ (IP02, Z 34-37, S. 3)

Experte IP06, der vorwiegend Babys und Kinder behandelt, spricht von ganz unterschiedlicher Dauer. Manches Mal seien es 5 Minuten, aber es gäbe auch Fälle, wo die Anamnese 20 Minuten in Anspruch nimmt. Im Gegensatz dazu findet sich auch ein schmunzelnd getätigter Ausspruch von IP06: *„Also ich habe mir nie lange was erzählen lassen“* (IP06, Z 20, S. 4) In diesem Zusammenhang handelt es sich um eine individuelle Herangehensweise bei IP06 *„[...] das ich das nicht mag, das mir jemand 15 mal seine ganzen Wehwehchen erzählt, sondern das ich mir denke, was gibt es da zu tun, zu schauen, das ist eher mein Ansatz“* (IP06, Z 19, S. 4). IP03 sagt: *„Wenn ich wirklich das Gefühl habe ich brauche eine genaue Anamnese und die Zeit dazu habe, dann mache ich das so durch“* (IP03, Z 13-14, S. 4). Eine genaue Anamnese dauert für IP03 eine halbe Stunde, aber es kann auch

der Fall sein, dass IP03 einen Klienten einschiebt und sich keine Zeit für ein Anamnese-gespräch erübrigt, weshalb Fragen während des Behandelns gestellt werden.

6.1.3. Osteopathenrolle

Obwohl nicht gezielt erfragt, ergaben sich im Laufe der Interviews interessante Aspekte im Zusammenhang mit der Rolle des Osteopathen während der Anamneseerhebung.

So sind für IP05 **Offenheit und Freundlichkeit** wesentliche Attribute des Osteopathen, um eine gesprächsfördernde und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Als Osteopath ist es für ihn wichtig zu erkennen, *„spürt der Patient innerlich schon irgendwie wo das Problem liegt, dann muss ich ihn ermutigen mir das mitzuteilen, indem ich einfach offen bin und freundlich und ich nicht unterbreche“* (IP05, Z 25-28, S. 5). **Respekt und Wertschätzung** gegenüber dem Patienten drückt sich für Experte IP04 auch durch die Fokussierung auf den Patienten aus, indem diesem **ungeteilte Aufmerksamkeit** zugewendet werden lässt: *„Das Erste ist im Rahmen der Anamnese nichts anderes zu machen, keine anderen Verrichtungen. Der Blick auf den Patienten gerichtet [...] also volle Konzentration auf den Patienten. Kein Telefon, keine sonstige Ablenkung, nur der Patient.“* (IP04, Z 23-24, Z31, S. 7) Im Umgang mit dem Patienten ist es sowohl für IP05 als auch für IP04 wichtig, dass der **Patient** beim Schildern seiner Beschwerden **nicht unterbrochen** wird. Bei Unklarheiten *„kann man immer noch nachfragen, aber ich neige dazu die Leute nicht zu unterbrechen.“* (IP04, Z 33-34, S. 7).

Erfahrungsgemäß schildern nach IP05 die Patienten in wenigen Minuten das Wesentliche und wenn der Osteopath gut zuhört, *„dann ist da schon die Lösung, der Wunsch schon drinnen.“* (IP05, Z 45, S. 4). Wichtig erscheint IP05 auch, dass er auf die subjektiven Empfindungen der Patienten hört, was einem laut IP05 als Arzt sonst nicht interessiert. Diese Angaben von Experten IP05 werden durch ein Patientenbeispiel aus seiner Praxis ergänzt, aus dem deutlich hervorgeht, dass durch **(Zu)Hören und Eingehen auf subjektive Empfindungen** abwendbar gefährliche Verläufe erkannt werden können. Empathie und Einfühlungsvermögen zeichnen damit das anamnestische Vorgehen aus, es bedarf aber **Grenzziehungen** um Gegenübertragungen zu vermeiden. So versucht sich Experte IP03 laut eigenen Angaben abzugewöhnen, die Patienten zu sehr zu bemitleiden, denn durch Kommentare wie „mei ist das schlimm“ können Patienten seiner Meinung nach in unangenehme Situationen gebracht werden.

IP02 spricht sich bezüglich Anamneseerhebung für eine **klare Rollenstruktur und -verteilung** aus, *„die für einen selber annehmbar ist, wo man sich wohl fühlt, und den Patienten einmal genügend Raum gibt sich selber auch zu entfalten- aber nicht zu viel Raum, das er die Führung übernimmt“* (IP02, Z 35-37, S. 5). Die Rolle der Führung obliegt dem Osteopathen und nach Meinung von Experten IP02 ist dies ein wichtiger Aspekt bei der Anamnese und Befundung. Im Umgang mit Patienten erachtet IP01 für wichtig, dass Studenten und Osteopathen an ihrer eigenen Sicherheit und an ihrer Rolle als Therapeut und als Mensch arbeiten. Auch zu Eigetherapien rät IP01 und er bringt durch seine Sichtweise einen weiteren Aspekt ein, nämlich den, dass es eines **reflexiven Moments** in Zusammenhang mit der Anamneseerhebung bedarf. Gerade wenn es um diskursive Gesprächsführung im Rahmen der osteopathischen Anamnese geht, regt IP01 an, hierbei auch von einem **Psychotherapeuten angeleitet bzw. unterrichtet** zu werden.

6.1.4. Das anamnestische Gespräch: Kommunikative Aspekte

Für IP02 ist es sehr wichtig, dass die Anamnese nicht ein Abfragen von Daten bildet, sondern ein **Gespräch** ist. Auch wenn Experte IP02 sich selbst eine Struktur vorgibt, indem er sich in der Anamneseerhebung am Anamnesebogen orientiert, ist es Ziel, dass die Anamnese zu einem Gespräch wird, *„ein Gespräch mit zwei gleichwertigen Partnern und der Patient der Experte für seinen Körper ist und ich wahrscheinlich der Experte für Zusammenhänge bin“* (IP02, Z 21-23, S. 3). Für IP01 soll die osteopathische Anamnese nicht in ein „Abratschen“ abgleiten, sondern einen Dialog darstellen, welcher auch in eine Katharsis münden kann, in der der Patient seine (Leidens-)Geschichte erzählen kann. Diese Katharsis gewährt IP02 auch dem Patienten, wenn er selbst dies als wichtig erachtet. Für IP04 stellt die Anamnese hingegen nur einen **Teil des Gesprächs** dar, da *„das Gespräch [...] ja viele Facetten und Abschnitte [hat] und die Anamnese ist ein Teil davon, wo für den Arzt oder Osteopathen die relevante Krankengeschichte erhoben wird“* (IP04, Z 10-12, S. 1). Während für ihn ein Gespräch grundsätzlich weder erfolgsorientiert noch zielorientiert ist und bei Bedarf auch stundenlang dauern kann, ist die Anamnese für Experte IP04 durch ein klares Ziel charakterisiert: *„Die Anamnese ist schon sehr definiert, das heißt man muss sagen: was ist das Ziel der Anamnese?“* (IP04, Z 18, S. 9).

Bei der konkreten Anamneseerhebung zeigt sich, dass bei vier von sechs Experten die **erste Frage offen gestellt** wird: *„Was kann ich für sie tun?“* (IP01, Z 18, S. 1; IP05, Z 8, S. 1) *„Wie kann ich ihnen helfen?“* (IP04, Z 24, S. 1) *„Was führt sie her?“* (IP02, Z 13, S. 1), *„Warum kommen sie?“* (IP01, Z 19, S. 1), *„Was sind die Beschwerden?“* (IP02, Z 13, S. 1)

„Was ist ihr Problem?“ (IP04, Z 24, S. 1; IP05, Z 8, S. 1). Auf den ersten Blick erscheinen die ersten Fragen der Experten an ihre Patienten fast identisch zu sein. Werden mögliche Antworten auf diese Fragen in Betracht gezogen, werden jedoch Differenzen sichtbar. So könnte z.B. die Frage „Warum kommen sie?“ auch beantwortet werden „weil sie mir empfohlen wurden“ oder „weil sie meine letzte Chance sind“ und es muss nicht sein, dass der Patient mit dem Schildern seiner Beschwerden antwortet. Dieser Denkansatz soll nicht wertend sein, eventuell möchte IP01 bewusst dem Patienten auch einen offenen Zugang zum Gespräch ermöglichen. Es sei nur darauf hingewiesen, dass all diese Fragen verschiedene Antwortmöglichkeiten dem Patienten offen lassen, und auch bei der Frage nach seinem Problem nicht gezwungener Weise mit dem Beschreiben der Beschwerden geantwortet wird. IP05 erzählt, dass er ganz entspannt bei der Anamneseerhebung vorgehe und **keine Standardformulierung** habe. Sehr konkrete Vorstellungen hat IP04 - er bemüht sich laut eigenen Angaben immer darum, offene Fragen zu stellen, aber keine geschlossenen Fragen und schon gar **keine Affirmativfragen**, bei denen Patienten nur mehr zustimmend nicken oder in die Defensive gedrängt werden, wodurch sie in Rollen gebracht werden, die sie gar nicht möchten. Gedanken über das *„Wie stelle ich die Frage und kann ich dem Klienten dann auch das Gefühl vermitteln, dass er diese Frage auch wahrheitsgemäß beantworten kann“* (IP01, Z 1-2, S. 7) macht sich auch IP01. Den Vorteil des **freien Erzählens** sieht IP05 im Informationsgewinn. Auch Zusammenhänge von aktuellen Beschwerden zu früheren Ereignissen, die der Patient frei erzählt, deutet Experte IP05 als *„sein Körper hat irgendwie gesprochen“* (IP05, Z 32, S. 5) und diese Bereiche schaut sich IP05 dann genauer an. Es bedarf nach IP05 nur noch ein paar **ergänzenden Fragen** zum Problembereich, um das Bild für ihn abzurunden.

Fünf der Experten (IP01, IP02, IP03, IP04, IP05) beginnen mit der **Frage nach den aktuellen Beschwerden**. Fortgesetzt wird mit **Fragen, die allen Patienten gestellt** werden: *„Die ersten Fragen so bis zu den Medikamenten stelle ich ziemlich sicher jedem.“* (IP02, Z 29, S. 2). Dies deckt sich mit dem Vorgehen von IP05, bei welchem die Anfangsfragen *„was die aktuellen Beschwerden sind, Dauer, vermutete Ursache, weitere Erkrankungen, frühere Erkrankungen, Unfälle usw. und Medikation“* (IP05, Z 40-41, S. 2) allen Patienten gestellt werden. Danach werden **zusätzliche und individuell abhängige Fragen** formuliert, welche sich laut IP02 nach dem aktuellen Beschwerdebild richten:

„[...] wenn jemand mit Supinationstrauma kommt, dann ist mir nicht so wichtig ob der verheiratet ist oder nicht, ob er einen Stress hat oder nicht, Beruf ist dann schon das wichtigere, wenn das ein Sportler ist, dann ist das auch was anderes als wie wenn einer nur sitzt.“ (IP02, Z 43-45, S. 2).

Da im Rahmen der ersten Behandlungssitzung Experte IP05 eine Verbesserung der Beschwerden des Patienten anstrebt, vermeidet er *„bohrendes“* (IP05, Z 28, S. 2) Nach-

fragen, weshalb **sensible Aspekte** mitunter **erst** beim zweiten Termin, **wenn eine Vertrauensbasis aufgebaut ist, gezielter nachgefragt** werden. Auch IP05 betont, dass er im Rahmen des Erstkontaktes „*nur die wichtigsten Sachen abfrage*“ (IP05, Z 48, S. 2), und Fragen v. a. zur Sozialanamnese – wie auch seine Kollegen IP06 und IP01 - erst während der weiteren Untersuchung oder Behandlung stellt. Grund für dieses Vorgehen ist für IP05 die Annahme, dass Fragen zu Beruf zu Beginn des Erstkontakts peinlich sein können. Auch Fragen zum Familienstand lassen sich für IP05 leichter während der Behandlung stellen, wenn schon ein erstes Kennenlernen stattgefunden hat. Unabhängig davon, wird **genaues und gezieltes Nachfragen** von den Experten als wichtig erachtet, wie z.B. bei Unfällen. Nach Meinung von IP03 verneinen 50-80% der Patienten, dass sie Unfälle gehabt haben. Durch das genaue Nachfragen zeigt sich jedoch, dass Verletzungen und Traumen vorhanden waren.

Bei IP06, welcher vorwiegend Kinder behandelt, wird hingegen die Frage über das aktuelle Symptom zum Schluss gestellt. Daten über Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, Entwicklungsphasen etc. werden zuerst erhoben, wobei Anamnese und Befunden bei Experten IP06 parallel ablaufen. Seiner Meinung nach kann Anamnese, Befunden und Therapie oft gar nicht differenziert werden, weshalb das anamnestische Gespräch sehr kurz gehalten wird und **relevante Informationen während der Arbeit** aufgezeichnet werden. Für ihn ist es wichtig, dass der Osteopath den Klienten zuerst „*wirklich landen lässt und dann die Allgemeindaten aufnimmt.*“ (IP06, Z 21-23, S. 7). Dass ein Zuviel an Kommunikation im Sinne von zu vielen Fragen den Patienten überfordern könnten, hat Experte IP05 im Rahmen von Supervisionen erfahren. Dies mag mit ein Grund sein, warum auch IP01 rasch zur Untersuchung übergeht und anamnestische Daten vielfach erst während des Untersuchens oder Behandlens einholt:

„[...] ich sehr sehr schnell von der Anamnese zum Untersuchen gehe, dass ich während der Untersuchung dann noch bestimmte Fragen abarbeite, [...] und wenn ich dann noch spezielle Fragen habe, die eben vom Klienten zu beantworten sind, dann stelle ich die während der Behandlung oder während der Untersuchung.“ (IP01, Z 3-8, S. 8).

Informationen werden dabei nicht nur verbal eingeholt, sondern auch **über paralinguistische Signale und Gesprächsinhalte**. So unterstützt die nonverbale Kommunikation IP01 dabei, die gesamte Situation des Patienten besser einordnen zu können. Sehr wichtig erscheint ihm „*wie sich die Leute präsentieren, wenn sie sitzen, wie sie mit mir sprechen, wie sie mich anschauen können, ihre Körperhaltung, oder auch den Ausdruck vom Körper, von der Körpersprache*“ (IP01, Z 24-27, S. 4), um über die affektiv-emotionale Lage des Patienten Aufschluss zu erhalten. Nonverbale Inhalte werden aber nicht nur vom Patienten transportiert. „*Oft schon alleine die Körperhaltung vom Therapeuten*“ (IP01, Z 15-

16, S. 6) signalisiert Gelassenheit oder Anspannung, Offenheit oder Verslossenheit, weswegen sich der Osteopath über sein Auftreten, seine Körperhaltung und Körpersprache bewusst sein sollte.

Auf nonverbaler Ebene werden auch **Informationen über das Gewebe** eingeholt, welche weitere Fragen aufwerfen können, „*je nachdem, wie ich das Gefühl habe, was da eigentlich dahinter sein könnte.*“ (IP06, Z 9, S. 4). Auch IP01 generiert im Rahmen der osteopathischen Anamnese Informationen nicht nur verbal, sondern über den Körper des Patienten: „*[...] so dass ich schon meine Hände am Klienten habe und hier bestimmte Informationen, die quasi dann schon nonverbal sind, gewinne*“ (IP01, Z 3-8, S. 8). Informationen werden im Rahmen der osteopathischen Anamnese über **vielfältige Wahrnehmungskanäle** – verbal, paraverbal, taktil, optisch – gewonnen: „*manche hören es, manche spüren es, manche schauen*“ (IP06, Z 45-46, S. 5), wobei es kein allgemeingültiges Vorgehen zu geben scheint, wenn IP06 in diesem Zusammenhang von „*Typengeschichte*“ (IP06, Z 39, S. 5) spricht. Neben dem Bestreben den Patienten in seiner Gesamtheit zu erfassen, betont IP06, dass sich durch den zusätzlichen Körperkontakt noch eine Besonderheit des osteopathischen Vorgehens im Vergleich zu anderen Heilverfahren ergäbe.

„Die Komplexität der Anamnese beginnt auch darin, dass es eine verbale als auch zellulärkommunikative Anamnese ist. Und wenn z.B. die Leute testen gehen, dann ist es immer nur auf der Testebene, aber nicht in der Interaktion von Mensch zu Mensch.“
(IP06, Z 16-19, S. 7),

erläutert Experte IP06 und führt mit der **zellulärkommunikativen Anamnese** einen neuen Begriff ein. Das Mitteilen von Informationen findet somit auch über Zellaktivitäten durch Berühren statt, welches der nonverbalen Kommunikation zuzuordnen ist.

6.2. Zu erhebende Daten und Inhalte der Anamnese

Aussagen, die sich bei der Schilderung über inhaltliche Aspekte und zu erhebende Daten und Angaben im Rahmen der Anamnese ergaben, wurden zu vier Kategorien zusammengefasst. Aussagen und Inhalte, die mit den aktuellen Beschwerden und Problemen, generellen Daten und Zielvereinbarungen in Zusammenhang gebracht werden können, beziehen sich dabei auf erwachsene Personen, während Kinder als Zielgruppe gesondert dargestellt werden.

6.2.1. Aktuelle Beschwerden und Probleme

Nach der Begrüßung und dem Aufnehmen der Stammdaten, dient fünf Experten die erste Frage dem Erfassen der aktuellen Beschwerden der Patienten. Diese als Erzähl-aufforderung formulierte Frage umfasst den Konsultationsgrund aber auch Erwartungen des Patienten. So lautet die erste Frage bei IP01 immer: „Was kann ich für sie tun, warum kommen sie?“ (IP01, Z 18-19, S. 1) und IP04 fragt „Was ist ihr Problem? Wie kann ich helfen?“ (IP04, Z 24, S. 1). **Implizit oder explizit** werden die Patienten dadurch **zur Schilderung** ihrer **Beschwerden, Probleme oder Symptome aufgefordert**, gegebenenfalls wird konkret nachgefragt. So erwähnt Experte IP01 in Folge die beiden Fragen „Welche Symptome haben sie?“ und „Welche Symptome führen sie zu mir?“ (IP01, Z 32, S. 2). Die dabei zweite formulierte Fragestellung ermöglicht auch, das Anliegen des Patienten an den Osteopathen zu erkennen bzw. auch zu eruieren, ob der Patient mit seinen Anliegen den richtigen Ansprechpartner gewählt hat. Experte IP04 lässt den Patienten zunächst erzählen und befragt danach den Patienten über seine Beschwerden.

Auf Basis der Schilderungen des Patienten, versucht IP02 sich ein **Bild über die aktuellen Beschwerden** zu machen und den **Symptomkomplex zu umreißen**. So würden ihm die Patienten bei der Frage nach den Beschwerden „*ein aktuelles Geschehen an[bieten], also irgendeine Symptomatik, und ich versuche meine Symptomatik einzuschränken, bzw. klarer zu umreißen*“ (IP02, Z 17-19, S. 1). Auch IP01 stellt die verbalisierten Symptome ins Zentrum seiner Beschwerdeerfassung, indem er durch gezieltes Nachfragen das **Beschwerdebild skizzieren**, das Problem beschreiben kann:

„Dann werden einfach einmal die Symptome aufgezählt, dann wird das Problem einfach einmal umrissen, ich stell dann einfach meine Zwischenfragen, die brauche ich, damit ich das Problem für mich selber genauer beschreiben oder genauer erfassen kann.“
(IP01, Z 43-45, S. 1).

Anschließend erfolgt eine vertiefte Beschwerdeexploration, welche IP05 als „*ganz normale Anamnesefragen*“ (IP05, Z 22, S. 1) bezeichnet und von IP02 auch als „*W-Fragen (wo, wie, wann, warum, weshalb)*“ (IP02, Z 30, S. 1) zusammengefasst werden. Dabei wird die **Lokalisation** der Beschwerden bzw. des Schmerzes von vier Experten (IP02, IP03, IP04, IP05) erhoben, wobei es IP04 – welcher vorwiegend mit Patienten mit „*irgendwelchen Schmerzen am Bewegungsapparat*“ (IP05, Z 21, S. 1) konfrontiert ist – wichtig ist, dass der Schmerz auch gezeigt wird. Ebenso steht die Frage nach der **Dauer** bei fünf Experten (IP01, IP02, IP03, IP04, IP05) im Zentrum der Beschwerdeerhebung; ergänzend interessiert IP02 auch die **zeitliche Struktur** als er nach dem Beginn der Symptomatik (schleichend oder plötzlich), bestimmten tageszeitlichen Auftreten bzw. Schwankungen

oder **Auftretenshäufigkeiten** (erste Episode oder immer wiederkehrend) fragt. Mehrheitlich erkundigen sich die Experten auch nach einem möglichen **Auslöser** (IP02, IP03, IP04) bzw. vermutete Ursachen (IP05) aus Sicht des Patienten für die aktuellen Beschwerden oder Schmerzen. In diesem Zusammenhang weist IP02 darauf hin, dass es wichtig ist den Patienten sehr konkret zu fragen und ihm auch mitzuteilen, *„dass der Auslöser nicht nur ein Unfall sein muss [...], sondern auch ein Streit sein kann, Verkühlung, irgendeine Situation, die anders ist als sonst.“* (IP02, Z 22-23, S. 1). IP05 hingegen ermutigt den Patienten auch banale Anlässe zu äußern, *„mir auch Sachen zu sagen, die ihnen lächerlich vorkommen. [...] Also dass sie sagen, seit dem Urlaub oder seit dieser Stressphase habe ich diese Rückenschmerzen“* (IP05, Z 27-28, Z 30-31, S. 1). Ebenso ist die **Beschwerdemodalität** oder Schmerzqualität (stechend, pochend, kolikartig, etc.) für IP02 und IP04 von Bedeutung. **Begleitumstände**, also wobei bzw. bei welchen Bewegungen, Positionen, Situationen etc., Beschwerden oder Schmerzen auftreten wird von IP02 und IP04 erhoben. Hierzu zählt auch die Frage, was den Schmerz bzw. die Symptome besser bzw. schlechter (IP01 und IP04) macht. Insbesondere wenn IP04 zu wenig Hinweise für einen Behandlungsansatz hat, befragt er den Patienten sehr gezielt, was dieser macht, wenn er abends allein zuhause ist und Schmerzen hat. *„Da erfährt man die interessantesten Dinge, was die dann machen“* (IP04, Z 10, S. 4). Davon lässt sich IP04 in seinem Behandlungsansatz leiten, da er der Meinung ist, das *„das was die Leute selber machen, wenn es ihnen schlecht geht damit es ihnen besser geht wird wohl das Richtige sein, sonst würden sie es nicht machen.“* (IP04, Z 13-15, S. 4). Neben den klassischen W-Fragen, *„Wo tuts weh, wie tuts weh, seit wann tuts weh, wann - da gehört auch dazu welche Belastung“* (IP03, Z 23-24, S. 1) meint IP03 und spricht damit die subjektive **Beeinträchtigung** durch die Beschwerden und Schmerzen an. Wenn es sich um einen Schmerz handelt möchte IP02 auch wissen, ob es **Ausstrahlungen** gibt und wie diese aussehen.

Während sich IP02 bei seinen Patienten nach einer vorangegangenen **Befundung** erkundigt, ist für IP01 eine bereits stattgefundene **Arztkonsultierung** von Interesse. Hierbei möchte IP01 wissen, ob es sich um einen Besuch beim Hausarzt oder bei einem Facharzt gehandelt hat, welche Behandlung vom Arzt vorgeschlagen wurde und inwiefern eine **Diagnose von schulmedizinischer Seite** vorliegt. In diesem Zusammenhang meint IP04 kritisch, dass ihn die Präsentation von vorgefertigten Diagnosen grundsätzlich bei seinen Überlegungen mehr behindert als voranbringt. Ihn interessiere es nicht, ob der Patient *„eine Epicondylitis hat, sondern ob der Ellbogen weh tut, und wenn ja, wo und bei welcher Verrichtung“* (IP04, Z 46-47, S. 7). Die Angaben des Patienten selbst stehen im Interesse von Experten IP04 und nicht die Aussagen und Angaben von Ärzten. *„Ich habe einen*

Bandscheibenvorfall sagt der Radiologe, aber was haben sie?“ (IP04, Z 40-41, S. 7) erkundigt sich IP04 bei Patienten, die ihn aufgrund von Kreuzschmerzen aufsuchen.

Vier Experten (IP01, IP02, IP03, IP04) erkundigen sich, ob und welche **Untersuchungen** durchgeführt wurden, wobei für IP04 wichtig ist nachzufragen, ob die gemachten Untersuchungen weitergeholfen haben. Als Beispiel führt IP04 eine Magnetresonanz-Untersuchung (MR) an, welche seiner Meinung nach zwar häufig durchgeführt würde, in der Regel aber nicht weiter hilft, da kaum ein Patient sagt „*seit dem MR ist alles anders*“ (IP04, Z 50-51, S. 1). Was IP04 mit dieser Aussage mitteilen möchte bleibt unklar, aber möglicherweise ist damit ein Aufruf zum kritischen Umgang mit Untersuchungen verknüpft, denn eine Besserung der Beschwerden aufgrund einer Untersuchung ist im Regelfall nicht zu erwarten. IP03 bittet die Patienten, Bilder und Befunde von Untersuchungen mitzubringen. Diese werden von ihm begutachtet, ebenso werden Auffälligkeiten notiert und ev. Kopien angefertigt. In Bezug auf die aktuellen Beschwerden möchten IP01 und IP02 wissen, ob schon **Therapien** stattgefunden haben und mit welchem Erfolg, wobei IP01 sich gesondert nach einer erfolgten **Behandlung bei einem Osteopathen** erkundigt. Die **Frage nach weiteren Beschwerden**, die IP02 helfen soll Verknüpfungen zu bzw. Zusammenhänge mit der aktuellen Leidenssymptomatik herzustellen, leitet zum nächsten Kapitel über, in dem unter anderem die Vorgeschichte des Patienten erhoben wird.

6.2.2. Generelle Daten und Vorgeschichte

In dieser Kategorie werden Angaben über die Erhebung von Stammdaten und über die detaillierten Inhalte der Vorgeschichte des Patienten zusammengefasst.

Experte IP03 erhebt zu Beginn der Anamnese „*zuerst die allgemeinen Dinge*“ (IP03, Z 13, S. 1) wie **Name, Geburtsdatum, Adresse, Familienstand, Beruf, Freizeit, Sport**, bevor er sich den aktuellen Beschwerden widmet. Als wichtig erachtet Experte IP01 zusätzlich das Erfragen von **Hobbies**. Auch bei IP04 und IP05 werden die Stammdaten zu Beginn erhoben, ferner die **Sozialversicherungsnummer, Telefonnummer** oder Adresse des Patienten. Bei IP02 gibt es am Anamnesebogen einen Punkt „*Soziales*“, unter diesem werden Angaben zu Familienstand und Beruf von IP02 erhoben, wobei es IP02 bei einem Patienten, der z.B. mit einem Supinationstrauma kommt, nicht wichtig ist, ob er verheiratet ist oder nicht. Daraus lässt sich schließen, dass die Wichtigkeit des Erfragens von soziodemographischen Aspekten vom Konsultationsgrund abhängt. Bei der Frage nach dem

Beruf des Patienten interessiert IP02 v. a. wie viel Spaß der Patient dabei hat, wie der allgemeine Stress ist, ob die berufliche Tätigkeit dem Patienten gefällt oder nicht.

Im Rahmen der Vorgeschichte wird erfragt, ob es **Unfälle** (IP01, IP02, IP03, IP04) bzw. **Traumata** (IP02, IP05) gegeben hat. Während zwei der Experten (IP01, IP04) die Frage nach Unfällen nur erwähnen, finden sich bei IP03 sehr genaue und detaillierte Fragen zu diesem Thema. So möchte Experte IP03 wissen, ob es Autounfälle gegeben hat, Auffahrunfälle und ein daraus resultierendes Peitschenschlagsyndrom. Des Weiteren interessiert IP03, ob der Patient Knochenbrüche erlitten hat, ob es Stürze gab, und ob der Patient dabei bewusstlos war. Gezielt fragt IP03, ob der Patient auf den Kopf, den Hinterkopf, eine Kante, das Gesäß, das Steißbein, das Kreuz gefallen ist und ob der Patient sich dabei an irgendwas Besonderes erinnert. In Zusammenhang mit Traumen, v. a. Unfällen, erfragt IP02 ganz genau, ob es „[...] Brüche, Bänderrisse oder Verkehrsunfälle, also heftige Unfälle“ (IP02, Z 9, S. 2) gab.

Die Frage nach **Operationen** wird von vier Experten (IP01, IP02, IP03, IP04) angegeben. In Zusammenhang mit Operationen interessiert IP02, wann diese stattgefunden haben und welche Erinnerungen damit verknüpft sind. *„Eine Blinddarmoperation kann ganz banal gewesen sein, kann aber auch ganz dramatisch in Erinnerung sein, also mit Entzündungen, oder lange nicht entdeckt, usw.“* (IP02, Z 5-7, S. 2) schildert Experte IP02 anhand eines Fallbeispiels. Ob die Operation dem Patienten geholfen hat, wird von Experten IP04 erfragt. Anhand dieser Herangehensweisen wird deutlich, dass es sich bei den Inhalten nicht nur um eine Sammlung von Fakten handelt, sondern auch die Auswirkungen auf den Patient von Interesse sind. Die Frage nach Implantaten (z.B. Knieprothesen, Herzschrittmacher) ergibt sich für IP04 ebenso in diesem Zusammenhang. Für IP03 ist es wichtig, alle Operationen zu erfassen, weshalb er auch nachfragt, da einige Operationen (Mandeloperation, Blinddarmoperation, Hernien), v. a. aus der Kindheit oftmals vergessen werden.

Einen weiteren Punkt stellen **Erkrankungen** (IP01) dar – **frühere Erkrankungen** (IP02), **Vorerkrankungen** (IP05), **schwere Erkrankungen** (IP04), **chronische Krankheiten** (IP03) und **zusätzliche Erkrankungen**, welche bereits vom Arzt diagnostiziert wurden (IP01). Ob die Patienten **sonstige Erkrankungen** haben, erhebt IP04 mittels eines Fragebogens, welcher der Patient selbst im Vorfeld ausfüllt. Des Weiteren stellt IP02 Fragen zu **Systemen, Organen**, welche immer wieder Beschwerden bereiten. Fragen, die nicht jedem Patienten gestellt werden, sondern nur wenn einen Zusammenhang mit den Beschwerden vermutet wird, sind beispielsweise jene nach Verdauung, Schlaf, Müdigkeit, Ernährung, Alkohol oder Nikotin. So formuliert IP02 z.B. in Zusammenhang mit Halswirbelsäulen-Problemen Fragen nach dem Kiefergelenk. Ein anderes Vorgehen bevorzugt IP03, wo

Organ für Organ hinsichtlich Krankheiten, Operationen und Symptomen durchgegangen wird, vorausgesetzt er hat das Gefühl, er braucht eine genaue Anamnese und hat die Zeit dazu. Dies könnte bei Experte IP03 so aussehen: *„Kopfschmerzen, Gehirn, Zähne, Zunge gehört dazu, Mittelohrentzündung, Verdauung insgesamt, Verdauungstrakt, Magenprobleme, Leber, Gallenschmerz, können sie alles Fettessen, Fett, Alkohol, wie schaut die Verdauung aus [...]“* (IP03, Z 49-51, S. 2) usw. Bei **Frauen** werden von IP03 Informationen zum Beckenbereich, Gebärmutter, Eierstöcke, gesammelt, auch Fragen über Menstruation, Curettagen, Myome, Polypen, Harnwegsentzündungen gehören hier dazu. Bei **Männern** erkundigt sich IP03 nach dem Gesundheitszustand der Prostata. Experte IP01 erhebt die Anzahl der Geburten bei Frauen und ob die Möglichkeit einer Schwangerschaft im Moment gegeben ist, und stellt Männern wie Frauen Fragen zu Familie und Kinder, wobei letztgenanntes auch als Teil der **Familienanamnese** bzw. Sozialanamnese gesehen werden kann. Die **Sozialanamnese** ist auch für IP05 wichtig, wobei er Informationen über Beruf oder Beziehungen, erst während der Untersuchung oder Behandlung einholt.

Als Einziger beschreibt Experte IP03, dass er in der Erhebung der Vorgeschichte eine Einteilung hinsichtlich strukturelle Aspekte (Unfälle, Traumen, Operationen), viszerale Aspekte (auch Operationen, alles was mit Organen zu tun hat) und psychische Aspekte hat. Die **Psyche** stellt für IP03 einen ganz wichtigen Bereich dar und er fragt immer nach Todesfällen, Trennungen, schweren Verluste und schweren Misshandlungen.

Alle Experten erfragen die **Medikamente** des Patienten. Eine aufschlussreiche Bemerkung dazu liefert IP05, der meint *„[...] interessanterweise ist es so, dass wenn man die meisten Leute fragt, ob sie sonst noch irgendwelche Erkrankungen haben sagen sie ´nein´, und wenn man fragt, ob sie Medikamente nehmen, sagen sie oft eine ganze Latte, und dann kommt man erst drauf, was sie noch haben.“* (IP05, Z 40-43, S. 1) Experte IP04 erkundigt sich bei seinen Patienten, ob sie derzeit in Behandlung sind und wenn ja, wofür. Ebenso finden auch Fragen nach Allergien (IP03), in sehr vielen Fällen nach Osteoporose (IP01), und in einigen Fällen nach Hämophilie (IP01) Eingang in die Anamneseerhebung.

6.2.3. Zielgruppe Kinder

Bezogen sich bislang die Inhalte der Anamnese auf erwachsene Personen, so werden innerhalb dieser Kategorie Aussagen von zwei Experten, zusammengefasst, welche sich aufgrund ihrer pädiatrischen Schwerpunktsetzung in Zusammenhang mit Kindern ergaben.

Bei Kindern wird der Befundbogen mit den Müttern erhoben, die ebenfalls in der Anamnese miterfasst werden (vgl. IP06). Interessant sind für IP06 Informationen in Bezug auf den Verlauf der **Schwangerschaft**, wobei Fragen zum Beginn der Schwangerschaft, zur embryonalen Phase und zur fötalen Phase des Ungeborenen gestellt werden. Des Weiteren werden der **Gesundheitszustand der Mutter vor der Schwangerschaft** und der **Geburtsverlauf** erhoben. IP06 drückt dies so aus: *„Ich schaue mir immer genau die Schwangerschaft an, die Gesundheit vor der Schwangerschaft und Geburtsverlauf und v. a. die ersten Meilensteine.“* (IP06, Z 13-15, S. 1). Die **ersten Entwicklungsmeilensteine** des Kindes hinsichtlich Motorik, Sprache und im Sozialverhalten werden von IP06 erfragt. Auch wird der **Verlauf von Kinderkrankheiten** erhoben und nach Auffälligkeiten gefragt. Danach wird auf das **aktuelle Symptom** eingegangen (vgl. IP06). Bei Vorliegen eines speziellen **Krankheitsbildes**, wird näher darauf eingegangen und nach dem Beginn, dem Verlauf und sonstigen relevanten Aspekten gefragt. Schwerpunkte in der Anamnese mit Kindern bilden nach IP06 **infektiöse Krankheiten** und **Kinderkrankheiten**. Ob es sich dabei um schwerwiegende Krankheitsbilder handelt, hängt laut IP06 von der Ursprungsdiagnose ab. *„Wobei Kinderkrankheiten würde ich nicht so dezidiert betonen, weil ich mir denke, die sind eh normal“* (IP06, Z 28-29, S. 1) erläutert IP06 und betont, dass die Aufmerksamkeit bei Kindern v. a. zwei Bereichen gilt, nämlich dem **respiratorischen bzw. HNO-Bereich** und dem **Verdauungsbereich**. Die dazu gestellten Fragen folgen keinem Raster, sondern variieren individuumorientiert, wie IP06 argumentiert: *„Das ist dann sehr individuell, wo ich schaue wo die Symptomatik liegt, welchen Eindruck das Kind hinterlässt - da gibt es keine allgemeinen Fragen, das kann ich jetzt nicht so allgemein sagen“* (IP06, Z 40-42, S. 1). Das kann so verstanden werden, dass es hinsichtlich Symptomatik bzw. Ursachenfeststellung keine vorab definierten Fragen gibt, sondern je nachdem wie das Kind sich präsentiert und welchen Eindruck der Osteopath vom Kind gewinnt, sich auch das weitere Vorgehen in der Anamnese richtet. Bei extremen Krankheitsbildern sind genaue Angaben über **Medikamente, ärztliche Kontrollen** und regelmäßige **Untersuchungen** erforderlich. Im Rahmen der allgemeinen Anamnese werden auch **Impfungen** und **Operationen** erfragt (vgl. IP06). Ergänzend wird die **individuelle Familiengeschichte** erhoben - ob es Geschwister gibt, wie das soziale Netz ist, die soziale Versorgung usw.: *„In der Sozialanamnese soll dann auch die Beziehungsgeschichte der Eltern, die Beziehungsgeschichte zu den Kindern, eher als Interaktionsfaden, wie die Familienstruktur aufgebaut ist und funktioniert“* (IP06, Z 23-25, S. 2) erhoben werden, ist IP06 der Meinung. In dieser Auffassung stellt die Familiengeschichte einen Teil der **Sozialanamnese** dar.

Eine andere Auffassung über die Anamnese in Zusammenhang mit Kindern findet sich bei Experten IP03, der meint:

„Bei Babys zum Beispiel kann ich keine Anamnese machen, da frage ich natürlich die Eltern, die sind dann dabei, Kinder, bei denen die Mutter was erzählen kann. Aber Babys, ich meine, da können die Eltern mir Zufälle erzählen, aber was dem Baby wirklich fehlt, das spüren dann meine Hände, normalerweise.“ (IP03, Z 47-50, S. 3).

Näher wird bei IP03 auf die Anamnese bei Kindern nicht eingegangen. Im Vergleich zu IP06 finden allerdings Themen wie Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt keine Erwähnung. Die Aussage lässt eher die Vermutung aufkommen, dass Babys z.B. Schmerz als subjektives Empfinden nicht ausdrücken können und alle anderen Symptome oder Beobachtungen von den Beschreibungen der Eltern abhängen und somit nicht ganz so aussagekräftig sind für den Osteopathen. Daher ist der Weg über das Spüren für IP03 aufschlussreicher als die verbalen Informationen.

6.2.4. Zielvereinbarungen

Obwohl nur eine Nennung zu diesem Thema vorliegt, scheint es sich doch um eine sehr interessante und daher erwähnenswerte Ansicht zu handeln, auf die in dieser Kategorie näher eingegangen wird.

Der **wichtigste Teil der Anamnese** ist laut Experten IP04 die Frage nach der **subjektiven Erfolgsbeurteilung**. Daher richtet IP04 im Rahmen der Anamnese den Patienten die Frage: *„Woran würden sie beurteilen, dass sie wieder gesund sind?“* (IP04, Z 32, S. 2) bevor eine Behandlung beginnt. Obwohl diese Frage laut IP04 *„die Logischste aller Fragen“* (IP04, Z 35, S. 2) in der Anamnese ist, würde sie vielen Leuten Schwierigkeiten bereiten, da sie diese Frage nicht gewohnt seien, weil sie im Regelfall auch nicht bei einer Behandlung eines Arztes oder Osteopathen gestellt werden würde. Für ihn ist jedoch diese Frage essentiell und begründet seine Ansicht mit dem Hinweis, der **Patient sei als Experte seiner selbst ernst zu nehmen:**

„Für mich ist es die einzige interessante Frage, weil das sind ja alles Leute, die aus eigener Entscheidung zu mir kommen, die habe ich ja nicht geholt, oder die kommen nicht zu einer Routineuntersuchung wie beim Arbeitsmediziner in der Firma oder so, oder die kommen auch nicht zu mir, weil ich weiß jetzt nicht, Krankenstand verschrieben bekommen oder so; sondern die kommen zu mir, weil sie ein Problem haben. Und somit sind sie offensichtlich in der Lage zu beurteilen, dass sie ein Problem haben, sonst dürfte ich gar nicht so vorgehen. Wenn ich davon ausgehe, dass die Leute nicht wissen, wann sie gesund sind, dürfte ich mich nicht daran richten, wann sie glauben zu mir kommen zu müssen, ja. Sondern ich muss davon ausgehen, dass die Leute wissen, wann sie krank sind oder wann sie ein Problem haben. Also sind sie meiner Meinung nach auch die Einzigen die wissen, wann sie kein Problem haben, wann sie gesund sind.“ (IP04, Z 37-49, S. 2).

Aufgrund der Ansicht von Experten IP04, dass nur der Patient weiß, wann er ein Problem bzw. keines hat und somit gesund ist, interessiert es IP04, woran bzw. anhand welchem Kriterium der Patient erkennt, dass er wieder gesund ist. Mögliche Antworten auf diese Frage können sein *„Wenn ich mich alleine aus- und anziehen kann, bin ich schon glücklich“* (IP04, Z 50-51, S. 2) oder ein anderer Patient sagt *„Ab dem Kilometer 14 beim Lauftraining zwickt mich der rechte Außenknöchel und wenn ich 20 Kilometer laufen kann und er zwickt mich nicht, dann bin ich wieder gesund“* (IP04, Z 51, S. 2, Z 1-2, S. 3). Daraus ergibt sich für Experten IP04, das es sich um eine **zutiefst subjektive Entscheidung** handelt, wann jemand gesund ist. Er als Behandler *„würde nie drauf kommen, wann der (Patient) gesund ist.“* (IP04, Z 3, S. 3).

Die Frage, woran der Patient erkennt, dass er wieder gesund ist, stellt auch den Schlüssel aller Fragen dar. Allerdings bedarf es eines gewissen Mutes diese Frage zu stellen. Solange diese Frage nicht gestellt wurde, kann der Patient auch nicht von einem Misserfolg sprechen. Wenn aber die Frage einmal geklärt ist, gibt es keinen Ausweg mehr, dann gilt es, dieses **Ziel zu erreichen, oder** sich als Behandler einen **Misserfolg einzugestehen** (vgl. IP04). Laut IP04 gibt es viele Kollegen, die sich scheuen, diese Frage zu stellen, denn *„[...] im Idealfall für den Behandler ist es ja so, dass man ein Ziel wählt, das der Patient nicht beurteilen kann, dann kann nichts schief gehen.“* (IP04, Z 3-4, S. 8). Behandlungsziele, die nur für den behandelnden Osteopathen oder Arzt beurteilbar sind, als Beispiel wird genannt *„die Harmonie aller Organe“* oder *„der gute Fluß des Liquor“* (IP04, Z 5, S. 8), sind für IP04 unbefriedigend. Behandlungsziele, die nur für den Patienten beurteilbar sind, können laut IP04 auch problematisch sein. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Experte IP04 der Meinung ist, dass es wichtig ist, **Ziele zu definieren**, die sowohl für den Patienten als auch für den Behandler beurteilbar sind. **Gemeinsame Zielvereinbarungen auf Basis subjektiver Gesundheitsvorstellungen** werden damit als zentraler Teil der osteopathischen Anamnese ventiliert.

6.3. Anamneseziele

Innerhalb dieses Kapitels werden die Aussagen der Experten zusammengefasst, die im Zusammenhang mit Anamnesezielen getätigt wurden. Auf Grund der vielfältigen Antworten der sechs Interviewpartner wurden acht Kategorien gebildet.

6.3.1. Generieren eines Entfaltungsdialoges

Als zentrale Zielsetzung der osteopathischen Anamnese kristallisierte sich das **Etablieren einer Gesprächsbasis** und der **Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung** heraus. So kommt dem Aufbau von Vertrauen im Rahmen der Anamnese eine wichtige Rolle zu, wie drei Experten (IP01, IP03, IP05) andeuten. Daher lässt IP03 die Patienten zu Beginn „ein bissl reden“ (IP03, Z 26, S. 6), und meint, dass manche der Patienten, die aufgrund einer Empfehlung kommen, gleich eine **Verbindung** zum Osteopathen **bekommen**. „Das ist Vertrauensaufbau“ (IP01, Z 31, S. 11) äußert IP01 über die Anamnese, welche ihm zum „**Abchecken**“ der Beziehung zwischen Klient und Osteopath, nicht nur auf medizinischer sondern auch auf persönlicher und menschlicher Ebene, dient. Die individuelle Patient-Osteopath-Beziehung kann dabei den Therapieerfolg determinieren, wie IP01 zum Ausdruck bringt:

„Abchecken insofern, weil ich eigentlich schon will, dass es dem Klienten besser geht nach der Behandlung, und wenn ich das Gefühl hab, es ist egal was ich tue, ich habe kein gutes Gefühl dabei, dann habe ich auch das Gefühl, dass es dem Menschen nicht besser gehen kann“ (IP01, Z 19-22, S. 10).

Für IP03 stellt die Anamnese die erste Kontaktaufnahme mit dem Patienten dar, in der auch der Patient einen **Eindruck** über seinen Behandler **gewinnen** kann. Daher ist es auch wichtig, dem Patienten gegenüber **Interesse** zu **zeigen**, wie zwei der Experten (IP04, IP05) hervorheben. Im Vorgehen von Experten IP04 zeigt sich, dass er bei Patienten mit komplexeren (Kranken)geschichten „ein bisschen mehr Zeit aufwenden muss, weil die Leute sonst den Eindruck haben, – nicht das es meine Behandlung wesentlich beeinflusst – , [...] man interessiert sich nicht für ihre Situation.“ (IP04, Z 5-7, S. 9). Gleichfalls ist IP05 der Ansicht, dass Anteilnahme und Interesse für die Probleme des Patienten wichtig für den Beziehungsaufbau sind. Weiterer Aspekte wie **Ausdruck von Wertschätzung** und die **Vermittlung des Gefühls des Angenommen-seins** beschreibt Experte IP05 folgendermaßen:

„[...] es drückt eine gewisse Wertschätzung gegenüber dem Patienten aus, wenn man ihn trotzdem fragt. Weil bei manchen Leuten, wenn sie den Gang entlang gehen, kann ich mir schon ungefähr ausrechnen was ist, und theoretisch könnte ich ihn hinlegen und behandeln und es geht ihm besser. Aber praktisch fühlt er sich schon angenommen, wenn man mit ihm redet [...]“ (IP05, Z 19-23, S. 3).

Zwei Nennungen (IP01, IP06) liegen zum Thema Sicherheit im Rahmen der Anamnese vor. Im Zusammenhang mit der Überlegung, ob die Anamnese zu Beginn, zwischendurch oder im Nachhinein einer Erstbehandlung stehen soll, äußert Experte IP06: „[...] ich glaube, dass es dem Menschen Sicherheit gibt, wenn sie am Anfang steht.“ (IP06, Z 2, S. 5). Vor dem Hintergrund, dass das Gefühl von Sicherheit in einer Patienten-Therapeuten-Beziehung

wichtig ist, wodurch auch die zeitliche Platzierung der Anamnese – zu Beginn der Konsultation – mitbestimmt wird, kann die **Vermittlung von Sicherheit** als weiteres Ziel im Generieren eines Entfaltungsdialoges verstanden werden. Erwähnt wird das Wort „Sicherheit“ auch bei IP01, allerdings in einem anderen Zusammenhang. Bezugnehmend auf das Grundgerüst, also bestimmte Aspekte, die in der Anamnese enthalten sind, merkt Experte IP01 an: *„Wobei einige Punkte zur Sicherheit von mir und zur Sicherheit des Patienten beitragen, die werden bei jedem Patienten besprochen oder durchgearbeitet.“* (IP01, Z 12-13, S. 1). Auf diese „Punkte“ geht IP01 nicht weiter ein, aber es zeigt sich im Verlauf des Interviews, dass Sicherheit mit verschiedensten Themen in Zusammenhang gebracht wird – sei es im Bezug zu Indikationen und Kontraindikationen, im Erstellen der Diagnose und des weiteren Vorgehens oder in der Auswahl von Techniken. Dabei geht es mehr um **Ab- bzw. Rückversicherung** von beiden Seiten – der des behandelnden Osteopathen und des Patienten, wie folgende Aussage von IP01 verdeutlicht:

„Wissen sie [die Patienten] nachdem sie mir erzählt haben ah...trau ich mir zu dies zu behandeln, die und die Punkte weisen auf die Diagnose in der Schulmedizin hin, [...] in ihrer Behandlung würde ich gerne [...] mit ihnen heute machen [...] wenn es ihnen nicht gefällt, können sie jederzeit Stopp sagen und wir hören auf.“ (IP01, Z 32-42, S. 11).

Die Nennung des **positiven Aspekts** findet sich bei Experten IP02, wobei hier differenziert werden muss, da dieser Begriff in zwei unterschiedlichen Zusammenhängen von IP02 verwendet wird. Einerseits geht es Experten IP02 um das Vermitteln eines positiven Aspekts des Gut-Aufgehoben-Seins in Bezug zum behandelnden Osteopathen, andererseits geht es auch um den positiven Aspekt der Krankheit bzw. Gesundheit des Patienten:

„Und das Dritte, was in der Anamnese noch wichtig ist, ist es, auch dem Menschen einen positiven Aspekt zu vermitteln, dass er sich gut aufgehoben fühlen darf, dass er in guten Händen sich fühlen darf, dass das Ganze nicht nur negativ ist, sondern dass man da auch Chancen herausfindet in dieser Krankheit, und einfach den positiven Aspekt, dass Heilung durchaus möglich ist. Also ich glaube dass es wichtig ist, dass der Patient nach der Anamnese oder nach der gesamten Therapiestunde mit einer Art Positivismus hinausgeht. Dass er sagt, ok, das darf der Anfang eines Weges sein.“ (IP02, Z 2-8, S. 4).

Dass aufgrund der erhobenen Daten in der Anamnese in gewissen Patientenfällen *„ein paar Ratschläge zur Lebensführung“* (IP05, Z 25, S. 2) gegeben werden, findet bei Experten IP05 Erwähnung. Diese Einzelnennung wird abschließend ebenso dieser Unterkategorie zugeordnet, da sich die von IP05 geschilderten Details im Austausch zwischen Patient und Behandler nur in einem Dialog aufgrund einiger zuvor genannten Aspekte (Vertrauen, Sicherheit, Interesse zeigen, etc.), entfalten können.

6.3.2. Konturieren des therapeutischen Vorgehens

Hierzu werden verschiedenste Aussagen zur Zielsetzung aller Experten zusammengefasst, die mit dem therapeutischen Vorgehen in Verbindung gebracht werden. Sehr präzise äußert Experte IP02 eines seiner Ziele, aufgrund der Anamnese mehr **Klarheit für die weiteren Untersuchungsschritte** zu erhalten: „Das erste Ziel ist, mir die Arbeit zu erleichtern, einfach eine klare Linie zu haben, eine Klarheit zu haben, weil mein Denken logisch aufgebaut sein sollte, schon mit intuitiven Elementen.“ (IP02, Z 39-43, S. 3).

Dazu passt die Aussage von Experten IP03, der dezidiert nach den Zielen der Anamneseerhebung gefragt, das **zielgerichtete Vorgehen** hervorhebt: „Möglichst schnell auf den wichtigsten Punkt zu kommen. Mir dann die klinische Untersuchung richtig gewichten und den Punkt zu finden, wo ich an dem Tag bei meinem Patienten ansetzen kann.“ (IP03, Z 36-38, S. 3). Die erhobenen Daten in der Anamnese, auch gewonnene Informationen zu den Bereichen Beruf, Freizeit und Familie ermöglichen IP01 eine Richtung zu finden, wo er mit der Untersuchung ansetzen soll. Für Experten IP01 ist auch der Gesamteindruck des Patienten, den er während der Anamnese gewinnt, maßgeblich dafür mit welchem osteopathischen Segment (strukturelles, viszerales oder kraniosakrales) die Untersuchung und die Behandlung beginnt. Dazu passt auch die Aussage von IP04, welcher meint: „Das Ziel der Anamnese ist, dass der Behandler eine Reihe von Informationen erhält, die seine Behandlung reformieren und in eine bestimmte Richtung bereits leiten.“ (IP04, Z 19-20, S. 9). Die Aussagen der genannten vier Experten beinhalten dabei ähnliche Zielsetzungen, als es darum geht, einen **Eindruck und Informationen über den Patienten und seine Beschwerden** zu erhalten, gefolgt von einer Idee, wo mit der Untersuchung und Behandlung angesetzt werden kann. Zudem könne die **Anamnese** auch **als** eine Art **Feed-back-System** fungieren, wie Experte IP06 rückblickend vermerkt:

„Es war für mich wie ein Feed-back-System, was ich spüren konnte und was ist aus der Anamnese gekommen. Wenn die Symptomatik beschrieben worden ist, habe ich geschaut, wie hat sich die Körperstruktur angefühlt. Das war wie ein Feed-back. Ich hatte eine Zeit, da habe ich mir – nicht bei jedem, aber bei denen, wo es komplexer war, dieses Feed-back oft nochmals angeschaut. Das war für mich sehr gut, das so zu sehen.“ (IP06, Z 48-50, S.5, Z 1-2, S. 6).

Informationen des Patienten sind jedoch nicht nur die weiteren Untersuchungs- und Behandlungsschritte hilfreich, sondern dienen auch dem **Konturieren des weiteren therapeutischen Vorgehens**. So unterstützen die Schilderungen des Patienten über seine aktuellen Beschwerden und mögliche Auslöser IP05 dabei, in welche Richtung er therapeutisch gehen möchte. Genaue Informationen und erfragen von Details im Rahmen der Anamnese erleichtern auch den Therapieeinstieg bei IP03. Hinweise in Erfahrung zu

bringen, was bei den aktuellen Beschwerden hilfreich ist und was nicht, ist für IP04 wichtig, da dies auch auf einen möglichen Behandlungsansatz Einfluss nehmen kann. Ebenso hat für IP06 die Anamnese eine „*zielführende Funktion sozusagen für die Therapie*“ (IP06, Z 38, S. 2).

Aussagen über **Zusammenhänge** und **Rückschlüsse** im Rahmen der Beschwerden des Patienten finden sich bei vier der Experten (IP01, IP02, IP03, IP05). So unterstützt die Anamnese IP01 dabei, Rückschlüsse zu ziehen, woher die aktuelle Symptomatik kommt und womit diese zusammenhängt. Bei Experten IP02 geht es darum, Zusammenhänge zu anderen Beschwerden, zu früheren Erkrankungen zu finden, auch zeitliche Verknüpfungen und Zusammenhänge zu eruieren im Hinblick auf Operationen, Unfälle und Medikamente zum momentan vorhandenen Leidensdruck. Bei IP03 hingegen geht es bei den Zusammenhängen auch um den roten Faden in der Anamnese. Rückschlüsse aus der Berufs- bzw. Familienanamnese zum aktuellen Problem ziehen zwei Experten (IP01, IP05). Als Beispiel schildert IP05, dass Fragen zur Arbeit und zum Arbeitsplatz auf Stress oder ergonomische Probleme hindeuten können, weshalb Aussagen vom Patienten das therapeutische Vorgehen unterstützen.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist es, **Kontraindikationen** bzw. **potenziell abwendbare Verläufe** zu **erfassen**, sind sich drei der Experten (IP01, IP04, IP05) einig. Dazu äußert sich IP05 folgendermaßen: „*Ich habe das Schema abzuchecken, ob es irgendwelche potentielle gefährliche Sachen gibt*“ (IP05, Z 32-33, S. 2) und erwähnt anhand eines Patientenbeispiels die Osteoporose. In Zusammenhang mit Kontraindikationen geht es IP01 v. a. um die Auswahl der Techniken, „*damit bestimmte Dinge nicht gemacht werden*“ (IP01, Z 47-48, S. 2) und auch um bestimmte Behandlungen.

Zum Schluss der Anamnese macht Experte IP01 eine Zusammenfassung – „*und die Quintessenz dieser Zusammenfassung [...] aus dem heraus folgt dann was weiter passieren wird*“ (IP01, Z 41-43, S. 9). Im Anschluss daran erläutert IP01 dem Patienten das weitere Vorgehen, erstellt den Behandlungsplan und gibt dem Patienten die Gelegenheit nachzufragen, um **Unklarheiten** und somit auch etwaige **Übergriffe zu vermeiden**. Auch der Begriff „**Gefahren**“ in der Anamnese sei erwähnt, mit dem Ziel, sich derer bewusst zu sein und diese **zu vermeiden**. Folgende Aussage von IP02 fällt unter diesen Aspekt:

„Wobei ich auch die Angst habe, dass mir die Anamnese auch ein bisschen im Weg steht, Dinge zu sehen, die in der Anamnese nicht sichtbar schon sind. Also da muss man immer schon ein bisschen aufpassen, und sich auch die Möglichkeit geben, bei der Untersuchung nicht der Sklave der Anamnese zu werden.“ (IP02, Z 43-47, S. 3).

Die Gefahr sieht Experte IP02 darin, dass „*wenn man eine Idee hat und diese Idee nicht mehr loslassen kann nach der Anamnese.*“ (IP02, Z 7-8, S. 5). Auch IP03 äußert seine

Bedenken, dass aufgrund der Informationen aus der Anamnese möglicherweise falsche Schlussfolgerungen gezogen werden könnten, dass der Osteopath „dann irgendetwas behandelt, was nicht direkt Problem ist“ (IP03, Z 29, S. 2).

6.3.3. Erfassen der Leiden / des Leidensdruck

Innerhalb dieser Kategorie werden Nennungen von vier Experten (IP01, IP02, IP04, IP05) zusammengefasst. Für Experten IP01 ist es in der Anamnese wichtig, herauszufinden, warum der Patient kommt, welche Leiden ihn plagen. Bei Experten IP02 geht es in der Anamnese auch darum den **Leidensdruck** des Patienten **zu erfassen**, der ihn zum Osteopathen geführt hat und dieses subjektive Erleben des Leidens wird von IP02 „abgecheckt“ (IP02, Z 38, S. 1), um Anregungen für einen Ansatzpunkt zu erhalten. Um ein „Abchecken“ geht es auch bei Experten IP05, und zwar „ganz nüchtern abzuchecken was der Patient für Probleme hat“ (IP05, Z 31-32, S. 3). Hierzu führt IP05 eine interessante Bemerkung über ganzheitliches Erfassen an: „Es bedeutet für mich jetzt nicht wie für einen Homöopathen den Menschen möglichst ganzheitlich zu erfassen, weil da haben wir in der Osteopathie andere Möglichkeiten.“ (IP05, Z 29-31, S. 3). Daher müsse im Zuge der Anamnese auch nicht der Mensch in seiner gesamten biopsychosozialen Gesamtheit oder Vernetztheit erfasst werden. Als Osteopath bestünde laut Experten IP05 die Möglichkeit, den Menschen noch während der Untersuchung und Behandlung ganzheitlich zu erfassen.

Beim Erfragen der Beschwerden, und dem damit verbundenen Leidensdruck, zeigt sich eine interessante Sichtweise von IP04, als „Aus meiner Erfahrung ist das, was er [der Patient] als erstes nennt, das was ihm am meisten stört. Das was er [der Patient] als letztes nennt, das was ihn als letztes stört und das werde ich in meiner Behandlung dann berücksichtigen.“ (IP04, Z 30-32, S. 1). Diese, aus Erfahrung gewonnene, Auffassung von IP04 beinhaltet einerseits die **Priorität** der mit Leiden verbundenen **Beschwerden** und andererseits ergibt sich daraus auch eine **Priorität** in der **Behandlungsabfolge**.

Experte IP02 versucht auch die **individuelle Bedeutung des aktuellen Geschehens** für den Patienten zu eruieren. Auch in welcher Stresssituation sich dieser Patient befindet und inwiefern die Krankheit bzw. das Beschwerdebild für das Generieren eines Benefits verwendet wird bzw. welche Konsequenzen ein Wegfall der Beschwerden bedeuten könnte, interessiert IP02.

6.3.4. Klärung der Zuständigkeit – Rechtliche Absicherung

Zwei Experten (IP01, IP04) befassen sich mit der **Klärung der Zuständigkeit**. Gleich zu Beginn der Anamnese versucht IP01 mittels der Frage nach dem Konsultationsgrund herauszufinden, ob das Anliegen des Klienten eine osteopathische Indikation darstellt oder nicht. Des Weiteren muss sich für IP01 im Rahmen der Anamneseerhebung herausstellen, ob *„die Patienten bei mir mit diesem Anliegen richtig [sind] – ja oder nein“* (IP01, Z 30, S. 3). Folgende Überlegungen stellt IP01 in diesem Zusammenhang an: *„[...] traue ich mir zu diese Symptomatik zu behandeln – ja oder nein; brauche ich irgendwelche zusätzlichen Befunde oder ist es gescheiter, ich verweise die Klienten mit diesem Anliegen an jemanden anders.“* (IP01, Z 31-33, S. 3) und *„kann ich das auch noch handeln oder ist hier wirklich einmal eine ärztliche Intervention notwendig“* (IP01, Z 8-9, S. 2). Werden die Aussagen von Experten IP01 analysiert zeigen sich zwei Aspekte im Bereich der Zuständigkeit. Zum einen geht es um das Herausfiltern, ob eine **osteopathische Herangehensweise** bzw. eine osteopathische Behandlung **indiziert** ist, zum anderen um **Kompetenzabklärung**. Dazu passen auch die Aussagen zum Thema Zielvorstellung des Patienten von IP04, welcher seine Tätigkeit als Dienstleistung versteht: *„Deswegen muss ich aber wissen, was der, der zu mir kommt und mich konsultiert, als Ziel mitbringt, was für ein Ziel, was will der von mir?“* (IP04, Z 19-20, S. 3).

Hinweise auf die ethische Haltung des praktizierenden Osteopathen verbergen sich in den Aussagen von Experten IP01. Für ihn ist es zentral, dass durch die Behandlung zusätzliche Schädigungen des Patienten ausgeschlossen sind und dass daraus keine gesundheitsgefährdeten Risiken resultieren, denn das wäre für ihn unverzeihlich.

Obwohl nicht direkt im Kontext mit der Zielsetzung erwähnt, äußern sich drei Experten (IP01, IP02, IP04) zur **rechtlichen Absicherung**. Mittels Anamnesebogen bzw. Fragebogen erhebt IP04 Daten über Medikamenteneinnahmen oder schwerwiegende Erkrankungen aus dem Grund: *„Nicht dass das meine Handlungen gravierend ändern würde, aber rechtlich ist es besser, das zu wissen.“* (IP04, Z 7-8, S. 2). Ob mit diesem rechtlichen Aspekt eventuell die Haftung von Gesundheitsberufen angesprochen ist, wird jedoch nicht näher expliziert. Skeptisch begegnet Experte IP02 der Vorstellung, ohne Anamnese die Arbeit zu beginnen, da für ihn die Anamnese einen gewissen Eigenschutz darstellt und daher, *„also jetzt im juristischen Sinne auch das wichtigste Instrument [...]“* (IP02, Z 46, S. 5) ist.

In einem anderen Zusammenhang hingegen erwähnt Experte IP01 rechtliche Aspekte. Im Rahmen der Anamnese und der Untersuchung findet bei IP01 immer wieder ein

„Abchecken“ auf unterschiedlichen Ebenen statt, ob es zwischen ihm und dem Klienten passt oder nicht. Grundsätzlich ist es für IP01 wichtig, dass es nach der Behandlung des Patienten eine Verbesserung gibt. Falls das Erlangen einer Verbesserung fraglich erscheint, muss dies laut IP01 auch angesprochen werden, denn *„[...] dann kommen auch die Dinge vom Rechtsstaatlichen dazu, dies sind auch Überlegungen, die dabei sind“* (IP01, Z 22-23, S. 10). Welche rechtsstaatlichen Dinge damit gemeint sind, bleibt allerdings offen.

6.3.5. Formulieren einer osteopathischen Diagnose

Drei Nennungen (IP01, IP02, IP05) mit unterschiedlicher Auffassung finden Eingang in diese Kategorie. Sehr präzise äußert Experte IP02 eines seiner Ziele, aufgrund der Anamnese eine **Arbeitshypothese zu generieren**, um zielgerichteter untersuchen zu können:

„Aber generell möchte ich mir das Leben leichter machen, und einfach nach der Anamnese eine Hypothese haben, die es mir ermöglicht, den Körper dann schon zielgerichteter zu untersuchen, klarer schon zu sein, wo ich hingehen möchte oder nicht.“ (IP02, Z 39-43, S. 3).

Auch für Experte IP01 muss aus der Anamneseerhebung eine Diagnose im osteopathischen Sinn resultieren. Auf die Merkmale einer Diagnose im osteopathischen Sinn bzw. auf den Unterschied zwischen einer osteopathischen Diagnose und der Diagnose in der Schulmedizin wird im Interview nicht eingegangen. Experte IP01 äußert seine Überlegungen, die er beim Anhören der Symptome des Patienten tätigt: *„[...] was sind in diesem Fall die meisten Beschwerdebilder, was ist der schlechteste Fall, was ist der worst case in diesem Fall, was kann passieren wenn ich was falsch mache in der Behandlung, oder wenn ich die Einschätzung falsch mache“* (IP01, Z 16-20, S. 2). Auch fragt sich Experte IP01, welche Erfahrungswerte und Evidenzen ihm zur Verfügung stehen, also was er über diese Symptome schon einmal gehört hat, welche anderen ev. selten vorkommenden Krankheitsbilder es gibt, und es sich bei den Symptomen um „Ausreißer“ handeln könnte. Hierbei könnte auch von **Differentialdiagnose** gesprochen werden.

In Zusammenhang mit der Diagnose überrascht Experte IP05 mit zwei unterschiedlichen Aspekten. Zum einen verweist IP05 darauf, dass es im Rahmen der Anamnese **nicht** notwendig sei, eine **Diagnose zu stellen**. Zu viele Fragen und zu viel „Tüftelei“ wären dazu notwendig und im Endeffekt bestünde immer noch eine Unsicherheit darüber, was die Diagnose sei. *„[...] dafür gibt es dann die klinische Untersuchung und selbst dann muss ich nicht unbedingt eine Diagnose stellen [...]“* (IP05, Z 23-24, S. 4) erläutert IP05. Zum

anderen empfindet Experte IP05 die Anamnese auch nicht hilfreich bei der Diagnoseerhebung, sondern sie diene zum Ausschluß potentiell gefährlicher Verläufe.

6.3.6. Überblick respektive Verständnis erhalten

Dezidiert nach dem Ziel der Anamneseerhebung gefragt, führt lediglich IP04 das **Gewinnen eines Überblickes** an: „Das Ziel für mich in der Anamneseerhebung ist sozusagen einen groben Überblick zu bekommen über den Verlauf und die Art und Weise der Beschwerden und eine klare Formulierung über das Ziel der Behandlung.“ (IP04, Z 7-9, S. 3). Experte IP04 behandelt als Osteopath nach dem Faszienmodell (FDM) (siehe Kapitel 4.2.) und verfügt laut eigenen Angaben über ein spezielles methodisches Vorgehen, welches er allerdings nicht als originär osteopathisch bezeichnen würde: „Nicht dass ich sage, die osteopathische Methode ist anders, sondern es gibt keine osteopathische Methode“ (IP04, Z 39-40, S. 4). Da Experte IP04 viele Osteopathen kennt, deren Vorgehen 100% anders ist, gäbe es für ihn keine eindeutige osteopathische Methode.

Auch wenn nur ein Experte (IP06) das **Verständnis erlangen** erwähnt, so erscheint es interessant, diesen Aspekt auszugreifen, da es dabei um eine zentrale anamnestische Zielsetzung in der **Kinderosteopathie** geht: „Das Hauptziel ist ein Verständnis für das Kind zu bekommen, wie es dem Kind geht, wie es hineingekommen ist [...] und mehr glaube ich kann die Anamnese auch nicht.“ (IP06, Z 33-35, S. 2). Gefragt, wie die erhobenen Daten in der Anamnese das weitere Vorgehen des Osteopathen beeinflussen, vergleicht IP06 es mit einem „Puzzle, das sich fügt“ (IP06, Z 29, S. 2). Hierbei geht es darum, wie es dem Kind geht, wie das Kind in seiner Familie aufgehoben ist, wie es eingebettet ist, um es in seiner Gesamtheit besser verstehen zu können, erläutert Experte IP06. Obwohl auch andere Interviewpartner Babys und Kinder behandeln, gab es keine expliziten Aussagen über die Zielsetzungen in der pädiatrischen Osteopathie.

6.3.7. Erfolgseinschätzung

Als explizites Anamneseziel findet das **Abschätzen des Therapieerfolges** nur bei einem Experten Erwähnung. Anhand eines Fallbeispiels schildert Experte IP01 die Symptomatik eines Patienten, die seiner Meinung nach berufs- oder arbeitsbedingt auftritt. IP01 befürchtet in diesem Fall eine Rückkehr der Beschwerden trotz Behandlung, falls keine Veränderungen am Arbeitsplatz stattfinden. Wissen um Geburtsdatum, Stressbelastungen

und Informationen über Beruf, Freizeit, Familien- und Sozialanamnese unterstützen den behandelnden Osteopathen laut Experten IP01 im Einschätzen des Behandlungserfolgs.

Ein ähnliches Beispiel aus dem Praxisalltag schildert Experte IP05. Obwohl er den Begriff oder das Ziel „Erfolgseinschätzung“ mit keinem Wort erwähnt, sondern nur erläutert, dass die gewonnenen Informationen Rückschlüsse in Form von *„deswegen wird wahrscheinlich die Behandlung ein bissl länger dauern“* (IP05, Z 24, S. 2) oder Anregungen wie *„ich werde ihm vielleicht ein paar Ratschläge zur Lebensführung geben“* (IP05, Z 25, S. 2) zulassen, kann indirekt ein Zusammenhang mit dem erwarteten Therapieerfolg hergestellt werden.

6.3.8. Therapie und Reflexionsprozess anregen

Ein Experte (IP02) verknüpft mit der osteopathischen Anamnese insofern eine interessante Zielsetzung, als er die Anamneseerhebung als Therapieteil und Reflexionsprozess betrachtet, aufgrund dessen Patienten mit ihren Leiden besser umgehen könnten. So versteht Experte IP02 die Anamnese deshalb als **Bestandteil der Therapie**, weil es für viele Menschen wichtig ist, Anliegen zu erzählen, die sie vielleicht sonst niemanden erzählen können. Als *„kleine Beichte“* (IP02, Z49, S. 3), die schon Erleichterung bringen kann, bezeichnet IP02 die Anamnese. Auch betont IP02 den Vorteil eines **Reflexionsprozesses** mit dessen Hilfe ein besserer Umgang mit den Leiden bzw. den Problemen der Patienten angeregt werden kann: *„Wenn ihnen [Patienten] durchs Erzählen Dinge klarer werden oder wenn man sie dort auch ein bisschen hinführt und Zusammenhänge klarer werden, können sie auch mit den Dingen viel besser umgehen“* (IP02, Z 50-51, S. 3, Z 1-2, S. 4).

6.4. Stellenwert und Bedeutung der Anamnese

Die Frage nach dem Stellenwert und der Bedeutung der Anamnese stellte im Leitfaden zum Interview einen eigenen Punkt dar. Überraschenderweise äußerten sich die Experten im Laufe des Interviews immer wieder zu diesem Thema. Die gewonnen Aussagen der sechs Experten zu diesem Thema wurden in vier Kategorien zusammengefasst.

6.4.1. Wichtigkeit der Anamnese im therapeutischen Alltag

Über die Wichtigkeit der Anamnese äußern sich drei Experten (IP02, IP03, IP06) direkt und teilen die Ansicht, dass die **Anamnese wichtig sein kann**, aber **manches Mal unwichtig** ist. Experte IP02 drückt dies so aus:

„Sie [die Informationen] sind manches Mal ganz wichtig [...] zu beziehen, manchmal sind sie gar nicht wichtig. Also ich glaube, es ist es wert, eine gute Anamnese zu machen, eine ausführliche Anamnese zu machen, und es ist aber auch manchmal wert, diese Anamnese wieder ein bisschen nach hinten zu räumen und andere Dinge im Vordergrund zu haben. Und wie gesagt, für mich kann manches Mal die Anamnese der wichtigste therapeutische Teil auch sein, und manchmal ist es ganz was Unwichtiges.“
(IP02, Z 26-31, S. 5)

Diese Aussage von IP02 erlaubt Rückschlüsse, dass für ihn die Anamnese wichtig ist zu erheben, dies aber nicht bedeutet, dass sie auch für die Therapie wichtig sein muss. Zwar empfindet IP06 die Anamnese als Unterstützung um einen Überblick bzw. Verständnis für die Problemlage eines Patienten zu erhalten, wobei *„je detaillierter man sich da durch hantelt, umso komplexer kann das Bild dann sichtbar werden“* (IP06, Z 20-21, S. 6); ihre Wichtigkeit für die Behandlung schätzt der Experte jedoch als marginal ein: *„Ich finde sie wichtig, damit die Menschen kommen können und landen können im Raum sozusagen, aber für die Effizienz oder die Therapie ist es nicht immer ganz so wichtig* (IP06, Z 35-37, S. 4). Da die in der Anamnese erhobenen Daten teilweise sehr zielführend sind, teilweise jedoch nicht, möchte Experte IP06 *„eine gute Therapie nicht nur von der Anamnese abhängig machen“* (IP06, Z 49-50, S. 2). Auch für IP03 kann die Anamnese hilfreich sein, und einen roten Faden vorgeben, aber das muss nicht sein, da es vorkommen kann, dass *„der Anamnesebogen die wichtigsten Dinge auch sagen wir einmal verschweigt“* (IP03, Z 31-32, S. 5). „Verschweigt“ insofern, als bestimmte Daten des Patienten (z.B. Hepatitis A oder Nierenbeckenentzündung in der Vorgeschichte) nicht erhoben werden können, weil diese vom Patienten anzugeben vergessen worden sind, weshalb der Untersuchungs- und Behandlungsansatz in eine andere, möglicherweise konträre Richtung gehen könnte. Aus diesem Grund, gilt es als Behandler zu überlegen und zu unterscheiden - *„ist es auch wirklich das, was ich glaube, den roten Faden in meiner Anamnese gefunden zu haben“* (IP03, Z 37-38, S. 5) und wenn nicht, die Anamnese zu verwerfen.

Dies mag mit ein Grund sein, warum **routinierte und erfahrene Osteopathen** mitunter **der Anamnese weniger Gewicht und Bedeutung beimessen**. So ist IP03 der Meinung, dass je kürzer man als Osteopath tätig ist, umso wichtiger ist die Anamnese, weshalb am Beginn der osteopathischen Tätigkeit die Anamnese nicht übergangen werden darf. Im Rahmen der Supervisionen von angehenden Osteopathen erwartet sich IP03, dass gut strukturierte Anamnesebögen vorhanden sind, da es eine Zeit braucht, bis sich eine Routine einstellt.

Auch für IP06 sollte der Anamneseerhebung zu Tätigkeitsbeginn genügend Zeit eingeräumt werden, da es sich v. a. für angehende Osteopathen um eine gewisse Lernphase handelt, die auch das Verständnis für Menschen wachsen lässt. *„Und es ist nicht wertend zwischen Erfahrener und Nichterfahrener, es ist eine Leiter, wie es weitergeht, wo man wachsen kann“* (IP06, Z 11-13, S. 6), argumentiert Experte IP06. Weiterwachsen, *„einfach andere Eckpfeiler wissen“* (IP02, Z 23-24, S. 4) wollte auch IP02, weshalb sich im Laufe der Zeit für ihn *„die Schwerpunkte der Anamnese [...] sicher verändert [haben] in der Osteopathie“* (IP02, Z 21, S. 4). So rücke für IP03 mit zunehmender Routine das Spüren in den Vordergrund, weshalb erfahrene Osteopathen sich auch nicht mehr so auf die Anamnese stützen müssten: *„Je mehr Routine man hat, desto eher kann die Anamnese in den Hintergrund rücken, dass ich sage, ich schau einmal, was ich bei dem Patienten spüre.“* (IP03, Z 44-45, S. 3). Auch IP02 findet es *„manchmal ganz interessant, oder habe es interessant gefunden, ganz bewusst wenig zu fragen in der Anamnese“* (IP02, Z 13-14, S. 5). Auch kam es vor, wenn er Patienten längere Zeit nicht gesehen hatte und *„den Anamnesebogen verschludert [verlegt] habe“* (IP02, Z 15-16, S. 5), dass er *„ganz bewusst gar nicht mehr viel gefragt habe, sondern einfach den Körper hab sprechen lassen.“* (IP02, Z 16-17, S. 5). Anstelle einer Anamnese wählt auch IP03 in Absprache mit dem Patienten mitunter gleich einen kraniosakralen Therapieeinstieg und achtet darauf, wo ihn die Gewebe hinführen, sei es aus Interesse oder weil ein Klient akut eingeschoben werden muss:

„Ich mache das manchmal, einfach weil es mich interessiert, und wenn ich das Gefühl habe, das passt auch für den Patienten / die Patientin, mache ich es so, dass ich sage, dass sie sich gleich hinlegen, sie brauchen nichts zu erzählen, ich schaue mir das jetzt einmal an und dann erzähle ich ihnen was ich gefunden habe und sie sagen mir was es bei ihnen gibt, ihnen fehlt.“ (IP03, Z 23-26, S. 3)

Dass mit zunehmender Erfahrung die Wichtigkeit der Anamnese eine Veränderung erfährt, betont auch IP05. Für ihn entfällt auf die *„verbal durchgeführten Anamnese 30 Prozent, vielleicht wenn man das Hören auf die Gewebe und die Untersuchung auch noch dazu zählt, dann vielleicht noch weitere 10 Prozent oder so. Das verschiebt sich ein bisschen auch mit der Erfahrung.“* (IP05, Z 43-46, S. 2). Als grobe Orientierung räumt er jedoch der **Anamnese im Rahmen des diagnostischen Prozesses 30 Prozent** ein, während die verbleibenden 70 Prozent *„der klinischen Untersuchung und dem Angreifen“* (IP05, Z 41, S. 6) zufallen.

Die **Standpunkte** der Experten, eine osteopathische Behandlung ohne Anamnese durchzuführen sind jedoch **divergent**. Während für die Experten IP02 und IP03 dieser Ansatz durchaus interessant ist und manches Mal auch praktiziert wird, spricht sich IP01 aufgrund persönlicher Erfahrungen gegen eine osteopathische Behandlung ohne vorangegangene Anamnese aus. Als Patient erlebte er es als sehr beängstigend und beunruhigend, dass bei

ihm keine Anamnese gemacht wurde. Mit dem Gefühl missbraucht worden zu sein, brach IP01 die Behandlung ab, da der Vertrauensaufbau und die Information über das Vorgehen während der Therapie fehlten. Geprägt von seinen Vorerfahrungen, kann es für Experten IP01 ohne Anamnese „keine gescheite Untersuchung“ (IP01, Z 35, S. 8) und keine Behandlung geben. Die Anamnese ermögliche eine Ausrichtung der Behandlung, indem die Aufmerksamkeit auf das zu behandelnde Symptom, aber auch auf den Gesamtkörper gelenkt würde, wodurch es zu Veränderungen der Symptomzone und/oder des gesamten Körpers komme: „Und deswegen glaube ich, ist es wichtig, dass wir die Anamnese machen, damit es zu dieser Ausrichtung kommen kann, damit wir wissen, in welche Richtung geht die Untersuchung und in welche Richtung kann auch die Behandlung erfolgen.“ (IP01, Z 13-16, S. 9).

Eine **Anamnese** ist für IP01 eine **notwendige Voraussetzung für eine osteopathische Behandlung**, allerdings befürchtet er, dass „die Biodynamik³¹, die ja so im Kommen ist, dass die wahrscheinlich diesen Weg unterstützen wird, dass die Anamnese mehr und mehr zurückgeht, [...] dass hier sehr viel nonverbal passieren wird“ (IP01, Z 1-5, S. 11). Obwohl IP01 selbst viele Patienten biodynamisch behandelt, da er glaubt, einen Anteil des Potentials der Behandlung schon erkannt zu haben, warnt er vor einer unreflektierten Übernahme. Seiner Meinung nach wird mit dem biodynamischen Behandlungsansatz ein Werkzeug bereitgestellt, für das Osteopathen gleich nach ihrer Ausbildung noch nicht bereit sind. Experte IP06, der auch die Biodynamik in seine Arbeit einfließen lässt, hat sich „unabhängig von der Biodynamik [...] nie lange was erzählen“ (IP06, Z 19-20, S. 4) und drückt so seinen individuellen Zugang zur Anamnese aus. Zu dem Ansatz auf die Anamnese zu verzichten oder diese im Anschluss zu erheben, meint Experte IP06 „nur ins Blinde hinein therapieren, das würde ich nicht“ (IP06, Z 11-12, S. 5) und betont, dass der Zeitpunkt der Erhebung zwar fraglich sei, aber darauf verzichten würde IP06 nicht.

Klar kommt damit zum Ausdruck, dass die **Wichtigkeit der osteopathischen Anamnese** nicht nur von der Routine und dem Erfahrungshintergrund der praktizierenden Osteopathen abzuhängen scheint, sondern auch **mit Zusatzausbildungen zusammenhängen** könnte. So räumt auch IP04 der Anamnese seit er mit dem Faziendistorsionsmodell (siehe Kap. 4.2) arbeitet, einen hohen Stellenwert ein, übt jedoch harsche Kritik an der im Rahmen der Osteopathieausbildung vermittelten Anamnese, welche er aufgrund des dahinterliegenden Denkansatzes für nutzlos und daher sinnentleerte Handlungsroutine bezeichnet. Rückblickend erläutert IP04 folgendes:

³¹ „Die Grundlagen des Programms liegen in der therapeutischen Kraft der Dynamischen Stille, des ‘Breath of Life’, der Potenz der so genannten ‘Tide’ und in Bezug zu den Flüssigkeiten sowie weiteren geltenden und lebenserhaltenden Naturgesetzen“ sagt James Jealous, Gründer der Ausbildung „Biodynamics of Osteopathy“ (Quelle: www.biodynamische-osteopathie.com).

„Bis dahin war die Anamnese eine Erfüllung eines Rituals und reine Zeitverschwendung was die Behandlung betrifft, in vielen Fällen der Medizin und in den meisten Fällen der Osteopathie. Die Osteopathie wie sie mir vermittelt wurde, geht davon aus, dass die Beschwerden einen ganz verborgenen Ursprung haben per Definition. Und das, was den Leuten weh tut, nur sozusagen [...] der fernste Widerhall der ursprünglichen sagemwobenen Läsion ist, die irgendwo im Körper versteckt ist, und das, was den Leuten weh tut, ist praktisch nur ihre Kompensationsschwäche dann dort an dieser Stelle. Womit es sich von der Definition her eigentlich schon erübrigt, sich über die Beschwerden zu unterhalten, weil sie ja letztendlich bedeutungslos sind, wenn man davon ausgeht, dass die Ursache ganz woanders steckt.“ (IP04, Z 50-51, S. 4, Z 1-8, S. 5).

Die Instrumente, die zur Ursachenfindung in der herkömmlichen Osteopathie eingesetzt werden, sind nach IP04 die Palpation, eine Behandler-subjektive Maßnahme, und Bewegungstests. Kritisch äußert Experte IP04 in diesem Kontext: *„Wenn die Behandlung von der Anamnese losgelöst ist, weil sie auf Palpation und Gelenkstests beruht, ist es meiner Meinung nach nicht statthaft, den Leuten Geld abzunehmen dafür, dass sie einem das alles erzählen, weil es schade um die Zeit ist.“* (IP04, Z 36-39, S. 9). Aus diesem Grund ist für IP04 diese Form der osteopathischen Anamneseerhebung wenig aufschlussreich und daher zu vernachlässigen: *„Und da muss man kritisch umgehen mit dem, was man gelernt hat, meiner Meinung nach, ob die Anamnese auf diese Art der Methodik einen Einfluss hat. Und wenn es das nicht hat, kann man, glaube ich, getrost auf die Anamnese verzichten.“* (IP04, Z 28-31, S. 9). In seinem Praxisalltag misst er jedoch der Anamnese eine subjektiv hohe Bedeutsamkeit bei, denn seit er mit dem Faszienmodell arbeitet, kann er die Aussagen der Patienten anhand einer Matrix klassifizieren und beurteilen sowie untersuchungs- und therapierelevante anamnestische Informationen herausfiltern.

Insgesamt zeigt sich, dass die Anamneseerhebung durch die osteopathische Tätigkeit einen Wandel erfahren hat. Die Veränderungen liegen bei vier Experten (IP01, IP02, IP05, IP06) in einem geringeren Umfang und dadurch auch einem geringeren zeitlichen Aufwand. Sowohl der Gewinn an Erfahrungen und Sicherheiten (IP02), als auch die Gewebekommunikation und körperliche Interaktion (IP05) werden als Ursache für diese Veränderung erwähnt. Bei IP06 sind auch *„die Aufzeichnungen kryptischer geworden“* (IP06, Z 23-24, S. 3), und es werden eher Eindrücke, Zusammenhänge festgehalten als aufwendige Anamnesebögen ausgefüllt.

6.4.2. Das Besondere an der osteopathischen Anamnese

Wie in Kapitel 5.2. beschrieben, sind drei Experten Physiotherapeuten und drei Experten Ärzte in ihrem Grundberuf. Für alle Experten gibt es einen Unterschied in der Anamnese-

erhebung zwischen Osteopath und Grundberuf, der in Folge auch Rückschlüsse auf die Besonderheiten der osteopathischen Anamnese erlaubt. Was ist also das „typisch osteopathische“ an der osteopathischen Anamnese?

Für vier Experten (IP01, IP02, IP03, IP06) liegt das Spezielle in der osteopathischen Anamneseerhebung in der **Ganzheitlichkeit** begründet. Bei IP01 spiegelt sich der Unterschied darin, dass er die Physiotherapie und deren Anamnese sehr symptombezogen erlebte. Gestützt wird diese Ansicht durch die Ansicht von IP03: Während er im Rahmen der physiotherapeutischen Anamnese *„viel weniger Wert [...] auf Operationen, chronische Krankheiten, Allergien, Schwangerschaften, auf die Psyche überhaupt nicht“* (IP03, Z 47-48, S. 4) gelegt hat, wird für ihn in der osteopathischen Anamnese die Gesamtheit des Patienten abgebildet, in deren Rahmen auch unbehandelte Traumen wie beispielsweise ein Peitschenschlagsyndrom und Stürze auf den Kopf oder Gesäß, thematisiert werden. Generell lag in der physiotherapeutischen Befundaufnahme für IP06 der Schwerpunkt im Erfassen des Muskelskelettsystems, und nicht im Erfassen der Gesamtperson, weil *„die Instrumentaria [...] nicht gegeben“* (IP06, Z 28, S. 4) waren. Im Rahmen der osteopathischen Anamnese bestünde hingegen die Möglichkeit, die Patienten in ihrer Gesamtheit zu erfassen ebenso wie sich die Patienten in ihrer Gesamtheit präsentieren würden können (vgl. IP06).

Auffällig ist dabei, dass die mit der osteopathischen Anamnese verbundene Ganzheitlichkeit primär von Osteopathen mit physiotherapeutischen Ausbildungshintergrund betont wird, während Osteopathen mit ärztlicher Grundprofession die ganzheitliche Sichtweise als besondere Eigenart der osteopathischen Anamnese zurückhaltener beurteilen. Obwohl die Ganzheitlichkeit in der Anamneseerhebung auch für IP02 einen Unterschied zu seiner Arztstätigkeit darstellt, hält er diesen *„eher [für] minimal“* (IP02, Z 38, S. 4). Fraglich ist für IP04, ob die Osteopathie ihren Anspruch auf Ganzheitlichkeit gerecht werden kann und sich dahinter nicht möglicherweise ein *„Marketing-Gag“* (IP04, Z 49, S. 5) verberge. Für ihn stellt Ganzheitlichkeit ihrem Wesen nach etwas Unerreichbares dar und ganzheitlich im Zusammenhang mit der osteopathischen Anamnese bedeutet deshalb für ihn, *„dass ich zumindest für meine kleine Kapazität versuche, herauszufinden: was ist das Problem dieses Menschen und wie wirkt sich das auf sein Gesamtleben aus“* (IP04, Z 24-26, S. 6). Auch IP05 stellt das ganzheitliche Prinzip bei der osteopathischen Anamneseerhebung in Frage. Er bezweifelt, dass man *„einen Menschen so ganzheitlich erfassen kann. Also ich denke, dass ein Homöopath oder anthroposophischer Arzt ziemlich nahe noch dran ist, aber das ist, glaube ich, kein Ideal, das man verfolgen kann oder erreichen wird, das auch nicht unbedingt nötig ist.“* (IP05, Z 40-44, S. 5) Daher gehe es für IP05 in der Anamnese nicht darum, den Menschen ganzheitlich zu erfassen, denn dafür gibt es seiner Meinung

nach in der Osteopathie andere Möglichkeiten. Die ganzheitliche Erfassung ergibt sich laut IP05 bei der Untersuchung und Behandlung, wobei diese dann auch im Lauf der Arbeit zusammenfließen:

„Bei der Anamnese geht es immer darum, dass man die spezifisch macht für die Therapiemethode, die man anwenden will. Also wenn ich osteopathisch arbeiten will, dann brauche ich nicht den Ehrgeiz haben, so das komplette Menschenbild in meinen Computer zu schreiben. Wenn ich als Homöopath arbeite schon, als Osteopath nicht, weil ich eben weiß, dass ich bei der Untersuchung, bei der Behandlung den Menschen dann eh noch ganzheitlich erfassen kann.“ (IP05, Z 17-21, S. 5)

Darüber hinaus scheint die **Vielschichtigkeit der Wahrnehmungsmöglichkeiten das Spezielle an der osteopathischen Anamnese** zu bilden. So führt IP06 an *„und dann ist die Anamnese auch so ein Heranwachsen an die Osteopathie, wie man zur Anamnese zugeht. Und das Spezielle an der osteopathischen Anamnese ist die Vielschichtigkeit der Wahrnehmungsmöglichkeiten.“* (IP06, Z 24-26, S. 7). Neben verbalen und paraverbalen Wahrnehmungskanälen, werden von allen Experten insbesondere die taktilen Komponenten, das Einholen von Informationen über das Gewebe durch Spüren und damit Zuhören des Körpers hervorgehoben. So stellt der Körperkontakt für IP06 etwas sehr speziell Osteopathisches dar, eine Besonderheit, welche die osteopathische Vorgehensweise von anderen Heilverfahren abgrenzt: *„Es ist sicher auch so, wie wenn ein Homöopath oder TCM-Mediziner Anamnese macht, aber ich denke mir durch den zusätzlichen Körperkontakt hat es noch was Spezielles, also dieses zusätzliche körperliche“* (IP06, Z 11-13, S. 7), erläutert IP06 seine Sichtweise. Bei IP03 handelt es sich hingegen mehr um eine Frage des eigenen Könnens, wenn ein Osteopath sich nur auf seine Palpation und sonstige Sinne verlässt. Auch wenn IP01 dem Spüren große Bedeutung beimisst, so steht er dem Zugang *„der Körper erzählt sowieso alles, man muss ja nur zuhören“* (IP01, Z 32-33, S. 10), kritisch gegenüber, als er den Eindruck hat, dass es sich teilweise dabei um ein Verdecken der eigenen Unfähigkeit, eine gute klinische Untersuchung zu machen, handelt.

Möglicherweise ist die besondere Form des Clinical Reasonings³², das ständige Verifizieren, Verwerfen und Weiterentwickeln im Zuge der osteopathischen Anamnese ein Grund, weshalb IP03 von der **Kunst** spricht, *„die ganze Anamnese wieder über den Haufen zu werfen, und zu sagen, das mache ich, wenn ich das mache, bin ich ein Osteopath“*. (IP03, Z 43-44, S. 5). Die damit verknüpfte Offenheit gegenüber neuen patientenzentrierten Hinweisen mag auch in der Aussage von IP06 zum Ausdruck kommen, dass sich die Anamnese *„von mal zu mal [verändert], es ist immer eine Erstbegegnung im osteopathischen Sinne“* (IP06, Z 31-32, S. 7).

³² In Anlehnung an Van den Berg (2005)

Als Experte für Zusammenhänge (IP02, IP03) sind es aber auch die **professionelle Intuition, das vernetzte Denken und der Aspekt der innewohnenden Heilung**, was laut IP02 das Besondere auch an der osteopathischen Anamnese ausmacht:

„Das Wichtige ist, dass gerade die Osteopathie nur funktioniert, wenn die Heilung von einem selber kommt und es ist schon ein Faktum, dass einfach der Kopf, unser Wissen, unsere Vernunft, unser logisches Denken, aber auch diese Vernetzung zu unserem Intuitiven auch ein wichtiger Wegbereiter für den Patienten ist. Und wenn er dadurch eine andere Sichtweise aus seiner Erkrankung bekommt, dann kann das durchaus schon auch ein wichtiger Aspekt der Heilung sein, und das ist ein Teil, der in der Anamnese schon stattfindet.“ (IP02, Z 13-18, S. 4).

6.4.3. Relevanz für Patient und das Kollektiv

Die **Anamnese** stellt für IP02 für **den Patienten** etwas ganz was Zentrales dar. Begründet wird diese Auffassung von IP02 durch folgende Aussage: *„Weil wenn sich der Patient nicht verstanden [fühlt] oder das Gefühl hat, verstanden zu werden, dann wird sicher auch sein Körper nicht so bereitwillig zur Verfügung stehen für die Untersuchung, für die Therapie.“ (IP02, Z 21-23, S. 5).* Somit ist laut IP02 die Bereitschaft des Patienten zur Behandlung vom **Gefühl des Verstandenwerdens** abhängig.

In Zusammenhang mit dem Patienten hat die Anamnese für IP06 einen sehr hohen Stellenwert und schätzt diesen auf 80 bis 90 Prozent. Für Experten IP06 stellt die Anamnese einen **Orientierungsrahmen** und ein **Annähern an die Person**, die neu kommt, dar. Es geht laut IP06 darum, *„den Patienten einen Rahmen zu schaffen, damit er sich orientieren kann, wo er da gelandet ist und was da als wichtig empfunden wird. Und der Eindruck, das er in seiner Gesamtheit empfunden wird hat in der Anamnese schon einen großen Stellenwert.“ (IP06, Z 5-7, S. 3).* Das Ziel, dem Patienten Vertrauen und Sicherheit zu vermitteln, unterstützt noch zusätzlich den hohen Stellenwert in Bezug auf den Patienten (vgl. IP06).

Auch wird dem Patienten laut IP05 eine gewisse **Wertschätzung ausgedrückt** und **Respekt entgegen gebracht**, wenn dieser im Rahmen der Anamnese befragt wird. Experte IP05 erzählt aus dem Praxisalltag, dass es zwar möglich sei, bei manchen Patienten nur aufgrund des ersten Eindrucks bzw. Sichtbefundes eine sofortige Behandlung durchzuführen. Gleichzeitig macht IP05 allerdings darauf aufmerksam, dass der Patient sich aufgrund eines Gesprächs schon mehr angenommen fühlt.

Für Experten IP02 ist es wichtig, dass die Anamnese auch ein Gespräch unter zwei gleichwertigen Partnern bildet, wobei laut IP02 der **Patient der Experte für seinen Körper** ist.

Aber nicht nur das Ernstgenommenwerden als Experte seiner selbst, auch die **Möglichkeit des Aussprechens im Sinne einer Katharsis**, macht die Anamnese für den Patienten zu einem wichtigen Ereignis: *„das kann auch einmal in einer Katharsis enden, also dass der Patient einfach einmal seine Geschichte erzählt und ich hab das Gefühl, das ist jetzt wichtig für ihn, werde ich ihn auch dabei belassen, dann wird halt woanders mehr gespart.“* (IP02, Z 25-27, S. 3).

Aber nicht nur für den Patienten, auch **für das Kollektiv** kann die **Anamnese** von Bedeutung sein. Obwohl nur eine Nennung (IP04) zu diesem Begriff vorliegt, handelt es sich hierbei um einen sehr interessanten Ansatzpunkt. Experte IP04 fragt, falls Operationen stattgefunden haben, ob diese dem Patienten geholfen haben. *„[...] wenn ich von allen höre, es hat nicht geholfen, ist das etwas, was ich nicht empfehlen kann. Wenn alle sagen, ja es hat mir geholfen, dann wird es wohl nicht so schlecht sein.“* (IP04, Z 42-44, S. 1), meint IP04. Die Aussagen von den Patienten in diesem Zusammenhang sind laut IP04 nicht für die Handlungsweise des Osteopathen von großem Interesse, sondern für die **Beratung von Patienten**. Ebenso wird von IP04 erfragt, ob Untersuchungen weitergeholfen haben. *„Und daher ist die Anamnese auch was das Kollektiv anbelangt interessant, das man Sachen erfragt, was man lernen kann vom Patienten“* (IP04, Z 46-47, S. 1), fasst Experte IP04 zusammen.

6.4.4. Professionelle Identität

Hierunter werden Aussagen von zwei Experten (IP01, IP06) zusammengefasst, welche sich der professionellen Identität widmen. Experte IP01 versteht unter der Frage nach dem Stellenwert der Anamnese eine philosophische Fragestellung. Seinen Aussagen nach, hat IP01 viele Osteopathen und Kollegen kennengelernt, die behaupten, dass sie gar keine Anamnese bräuchten, weil es ein Sensorium gäbe, über das sie alles erfahren könnten. IP01 zweifelt an diesem Vorgehen, bei welchem die Anamnese übergangen wird, und meint, *„dass so was im Bestand der Schulmedizin aber nicht bestehen kann“* (IP01, Z 21-22, S. 8). Für ihn stellt die Anamnese eine notwendige Bedingung dar, wenn sich die Osteopathie im Gesundheitssystem behaupten möchte:

„Ich glaube es ist wichtig, eine Anamnese zu machen, damit wir auch im ärztlichen und anderen medizinischen Zusammenhängen, das wir hier nicht als Spinner oder als Wunderheiler abgetan werden, sondern dass wir quasi da als ebenbürtig anerkannt werden.“ (IP01, Z 25-28, S. 8).

Demnach unterstützt laut IP01 die Erhebung einer Anamnese den Wunsch der Osteopathen nach ebenbürtiger Anerkennung. Außerdem würde die Anamneseerhebung in der Osteopathie dazu beitragen, negativen Assoziationen vorzubeugen. Eine **gute Anamneseerhebung** und ein **Integrieren der Anamnese als fixen Bestandteil in die osteopathische Arbeit** sind laut IP01 der Weg zur **Anerkennung der Osteopathie**.

Für Experten IP06 ist es wichtig, dass ein Klient der erstmalig bzw. neu zum Osteopathen kommt, **mittels Anamnesebogen über die Osteopathie erfahren** kann. Der Klient soll laut IP06 merken, dass es in der Osteopathie um etwas ganz anderes geht, als in der Schulmedizin oder anderen therapeutischen Ansätzen. Die Sicht über die Osteopathie und was diese ausmacht, sollte nach IP06 schon in der Gestaltung der Anamnese und im Anamnesebogen beinhaltet sein. Experte IP06 äußert dazu: *„Also ich glaube, das sollte die Anamnese vermitteln – die Komplexität der Möglichkeiten der Betrachtungsweise.“* (IP06, Z 40-41, S. 6). Die Komplexität ergibt sich für IP06, in dem Fragen zu verschiedensten Systemen (Blutbefunde, Verdauungssymptomatik, Körpersymptomatik, etc.) und Bereichen (Arbeitsverhältnis, Sozialstruktur, Schlafverhalten, etc.) gestellt werden. Experte IP06 geht davon aus, dass Klienten hellhörig werden, wenn ihnen Fragen gestellt werden, die zuvor noch nie an sie gerichtet wurden.

7. Diskussion der Ergebnisse

Um das individuelle Erfahrungswissen und das konkrete Handeln zum Thema Anamnese praktisch tätiger Osteopathen einzufangen sowie die Bedeutung und den Stellenwert der osteopathischen Anamnese aufzuzeigen, wurde eine qualitative Studie durchgeführt, deren Ergebnisse im nun folgenden Kapitel in methodologischer Hinsicht und rückbeziehend auf bereits vorliegende Erkenntnisse kritisch durchleuchtet werden.

7.1. Kritische Methodenreflexion

Entsprechend der Zielsetzung der Arbeit wurde ein qualitativ methodisches Vorgehen gewählt. Auf Basis eines selbstentwickelten Leitfadens wurden Experteninterviews mit sechs erfahrenen und praktisch tätigen Osteopathen durchgeführt. Obwohl ein Probeinterview durchgeführt wurde, um den Leitfaden abzutesten und Sicherheit im Umgang mit dem Instrument zu erlangen, ist ein gewisser Mangel an Erfahrung mit Interviewführung nicht ganz auszuschließen.

„Die Fähigkeit, im Interview spontan zu fragen, dass man eine adäquate Antwort erhält, erwirbt man nur durch Versuch und Irrtum im Laufe der Jahre. Deshalb gilt das Führen von Interviews zu Recht als eine Kunst, die durch Methodenlehrbücher nur unzureichend vermittelt werden kann.“ (Gläser und Laudel, 2004, S. 116)

Diese Erfahrungen wurden auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit insofern gemacht, dass begriffliche Unklarheiten nicht immer sofort während des Interviews nachgefragt wurden, sondern erst bei der Transkription auffielen und im Anschluss zum Großteil, allerdings nicht in allen Belangen geklärt werden konnten, wie beispielsweise die von einer Interviewperson im Zusammenhang mit den anamnestischen Zielsetzungen geäußerten „rechtstaatlichen Dinge“. Andererseits ergaben sich spontan Zusatzinformationen wie z.B. der Aspekt der nonverbalen Kommunikation in der Anamnese, welche sich als interessant bei den Ergebnissen darstellte. Es wurde aber verabsäumt den Leitfaden um diesen Blickwinkel zu ergänzen und die Meinung der anderen Experten zu diesem Thema einzuholen. Obwohl alle Experten in ihrem Praxisalltag auch Kinder behandeln, wurde nur bei IP06 ausführlich und fast ausschließlich auf die Anamnese bei Kindern eingegangen und von IP03 vereinzelte Angaben zur Anamneseerhebung mit Kindern getätigt. Es wäre auch interessant und aufschlussreich gewesen, die zuvor interviewten Experten gesondert zu diesem Thema zu befragen und dadurch weitere Daten zu erheben. Die Ursache, dass die

Anamnese bei Kindern nicht gesondert erfragt wurde, dürfte in einer unzureichenden Literaturrecherche vor Erstellen des Leitfadens zu suchen sein.

Die sechs Experten, die in dieser Arbeit befragt wurden, haben alle ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolviert und waren der Interviewerin aufgrund ihrer Lehr- bzw. Supervisionstätigkeit bekannt. Die Bereitschaft, ein Interview zu geben, war ohne zu zögern von allen Experten sofort gegeben und der Ablauf aller Interviews wurde von Seite der Interviewerin als sehr kollegial und offen erlebt.

„Ein leitfadengestütztes Experteninterview zu führen heißt also, einen Kommunikationsprozess zu planen und zu gestalten, der an den kulturellen Kontext des Befragten angepasst ist und alle Informationen erbringt, die für die Untersuchung benötigt werden. [...] Je besser das Gesprächsklima ist, desto eher wird der Interviewpartner ausführlich erzählen, sein Gedächtnis anstrengen, wohlüberlegte Bewertungen abgeben, usw.“ (Gläser und Laudel, 2004, S. 110).

Die Motivation und die vertrauensaufbauenden Maßnahmen zum Interview, beides Aspekte, die auch laut Gläser und Laudel (2004) für ein gutes Gesprächsklima von Bedeutung sind, wurden durch die Tatsache, dass ein persönlicher Kontakt zwischen Experten und Interviewerin sich über die Wiener Schule für Osteopathie (WSO) schon vor dem Interview stattgefunden hatte, gegeben. Die Befragungen von Experten aus anderen europäischen Ländern bzw. anderen Schulen zum Thema Anamnese hätte ev. noch weitere Daten und Ergebnisse diesbezüglich hervorgebracht, fanden aber aus berufspolitischen (Unterschiedliche Ausbildungsvoraussetzungen, Berufsrechte, etc.) und organisatorischen (Verfügbarkeit, Bereitschaft, etc.) Gründen nicht statt. Obwohl alle sechs Experten Absolventen der Wiener Schule für Osteopathie sind, zeigte sich das vermittelte Wissen über die Anamnese und auch dessen Umfang nicht ident, da sie zu unterschiedlichen Zeiten ihre Ausbildung durchlaufen haben und teilweise von verschiedenen Vortragenden unterrichtet wurden. Ein ausgewogenes Verhältnis in Bezug zu den Grundberufen – drei der Experten sind Ärzte und drei der Experten sind Physiotherapeuten – ergab sich zufällig. Allerdings lässt die Größe des Samples keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu. Somit können die Ergebnisse der Experteninterviews nur auf Basis der kleinen Stichprobe veranschaulicht und diskutiert werden. Eine größere Stichprobe hätte ev. ein differenzierteres Bild einfangen können. Trotzdem stellen die Ergebnisse eine subjektive und aufschlussreiche Sichtweise einer Expertenrunde zum Thema der Anamnese praktisch tätiger Osteopathen dar und können als solche verwertet werden.

Im Anschluss an die Experteninterviews wurden diese transkribiert, die Daten aufbereitet und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. *„Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, an das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden“*

(Mayring, 2008, S. 46). Um den Aufgaben, den Regeln und Gütekriterien die der qualitativen Inhaltsanalyse zugrunde liegen gerecht zu werden, wurde in der Phase der Aufbereitung der Interviews, der Kodierung und der Kategorienentwicklung der Kontakt zur Betreuerin intensiviert und laufend Rücksprache gehalten. *„Die eigentliche Zuordnung von Textmaterial zu inhaltsanalytischen Kategorien bleibt aber ein (wenn auch durch inhaltsanalytischen Regeln kontrollierter) Interpretationsvorgang“.* (Mayring, 2008, S. 6)

7.2. Theorie und Praxis der osteopathischen Anamnese

Bezugnehmend auf die erste forschungsleitende Fragestellung werden im folgenden Kapitel die zentralen Ergebnisse zum anamnestischen Handeln zusammenfassend einer kritischen Diskussion unterworfen. Die Darstellung orientiert sich dabei an der Reihenfolge der induktiv gewonnenen Kategorien der Inhaltsanalyse aus den Experteninterviews, beginnend bei der Durchführung der Anamnese, reichend über die anamnestischen Zielsetzungen, bis hin zu den inhaltlichen Dimensionen der Anamneseerhebung. Der Grund dafür ist das Anliegen eine Struktur in der Diskussion zu wahren, da in der Literatur wesentliche Punkte zum Thema Anamnese in unterschiedlichen Ausführungen und Zusammenhängen behandelt werden.

7.2.1. Durchführungsebene

Im Zusammenhang mit der Durchführung der osteopathischen Anamnese lassen sich folgende zentrale Besonderheiten destillieren.

So zeigte sich, dass die Anamnese im osteopathischen Praxisalltag entweder anhand selbsterstellter Leitfäden (drei Experten) oder auf Basis eines mentalen Gerüsts ohne Vorlage (zwei Experten) erhoben wird. **Standardisierte Anamnesebögen**, wie sie im Rahmen der Schulmedizin häufig zur Anwendung kommen, **sind** hingegen **rar**. Lediglich ein Experte stützt sich bei der Behandlung von Kindern auf einen, im osteopathischen Zentrum für Kinder (OZK) in Wien erstellten, standardisierten Bogen. Zwar wird *„the lack of a reliable, easy-to-use, validated system for recording, collecting, and evaluating clinical findings“* (Sleszynski und Glonek 2005, p. 181) im osteopathischen Handlungsfeld beklagt, entsprechende valide und standardisierte Anamnesebögen wie sie beispielsweise vom Forschungskomitee der American Academy of Osteopathy (2002) entwickelt wurden, scheinen im deutschsprachigen Raum kaum vorzuliegen. Zwar finden sich Vorschläge für

Anamnesebögen – ohne näher darauf einzugehen – in der osteopathischen Literatur bei Liem (2001) und Hinkelthein (2006); potentielle Standardisierungsverfahren in Bezug auf die Anamneseerhebung, diagnostische Programme oder medizinische Expertensystemprogramme wie in der medizinischen Literatur beschrieben (vgl. Alscher, 2008; Braun und Mader, 2005; Dahmer, 2006), findet jedoch weder bei den interviewten Experten noch in der osteopathischen Literatur Erwähnung.

Gleichwohl zeigte sich, dass der Einsatz von Anamnesebögen nicht unabhängig von individuellen **Einstellungen und Haltungen** zu sein scheint. So betonen jene Experten, die in ihrer Praxis einen Anamnesebogen verwenden, die Vorteile eines solchen Instrumentes für das Einholen relevanter Informationen, das strukturierte Sichtbarmachen des Körpernetzwerkes und das Einordnen visueller und palpatorischer diagnostischer Kriterien, während Experten, welche Anamnesebögen kritisch gegenüber stehen, die Nützlichkeit, die diagnostische Valenz und die inhaltliche Relevanz von standardisierten Fragebatterien für den Einzelfall in Frage stellen. Eine Ansicht die auch in der osteopathischen Literatur bei Croibier (2006) zu finden ist, welcher sich gegen das automatische Abfragen anhand vorgefertigter Anamnesebögen äußert. Fragestellungen, deren Antworten keinerlei Auswirkung auf diagnostische Entscheidungen des behandelnden Osteopathen haben, werden von Croibier (2006) als sinnlos erachtet.

Auch wenn Anamnesebögen in der osteopathischen Praxis Anwendung finden, so zeigte sich deutlich, dass das Vorgehen eher durch **informelle, subjektive und patienten- bzw. klientenzentrierte Zugänge** determiniert wird anstelle eines stark strukturierten, standardisierten Ablaufes. So werden mitunter nur jene Patientendaten erhoben, die im jeweiligen Fall als wichtig und relevant erachtet werden, ist das Vorgehen durch Erfahrungen im Praxisalltag und durch Zusatzausbildungen geprägt oder ist das Durchführen der Anamnese vom soziodemographischen Hintergrund der Patienten abhängig. Flexibler und variabler Anamneseerhebung scheint ein Postulat des Eingehens auf die individuelle Problematik bzw. persönlicher Präferenzen („Typengeschichte“) zugrunde zu liegen. Auch laut Mayer-Fally (2007) sollte es im Rahmen der osteopathischen Anamnese keine vorgegebenen Schemata geben, obwohl die Mehrheit der Autoren osteopathischer Grundlagenwerke sich für ein systematisches Vorgehen bzw. eine grobe Ablaufstruktur aussprechen (vgl. Croibier, 2006; Hayden, 2009; Hinkelthein, 2006; Kauffman und Roth-Kauffman, 2006). Dass ein schematisches Vorgehen in der Anamneseerhebung nicht zur Schematisierung führen muss und dass es bei der Anamneseerhebung um die Anpassung an den individuellen Patienten geht, wird in der medizinischen Literatur von Lange (1998) erwähnt. Zu betonen bleibt, dass die Experten überwiegend ein deduktives Vorgehen bevorzugen, indem zunächst allgemeine, an jeden Patienten gerichtete Fragen gestellt

werden, um anschließend spezifische, individuell abhängige Fragen zu formulieren; ein Vorgehen, das auch in der osteopathischen Literatur vorgeschlagen wird (vgl. Croibier, 2006; Hinkelthein, 2006; Liem, 2001), unabhängig davon ob die Experten die anamnестischen Daten vor, während oder nach der Untersuchung einholen.

Variabilität zeigt sich aber auch **in der Erfassung von Patientendaten**, als Anamnesebögen entweder zur Gänze von den behandelnden Osteopathen oder zum Teil vom Patienten selber oder teilweise von der Sekretärin, wie beispielsweise Stammdaten und der Konsultationsgrund, ausgefüllt werden. Es sind dabei weniger ökonomische als vielmehr patientenorientierte Begründungen die für eine Vorabfassung angeführt werden, als sich dadurch der Patient sammeln könne während die Daten in den Computer übertragen werden bzw. der Erstzugang zum Patienten erleichtert würde. Vorteile, die sich für den Behandler ergeben, wenn bestimmte Daten schon vor der ärztlichen Anamnese ausgefüllt werden, finden sich in der Literatur bei Fießl und Middeke (2005) indem *„der Erfahrene [...] allein aufgrund dieser Daten die wahrscheinlichen Diagnosen anhand epidemiologischer Grundkenntnisse einengen [kann].“* (Fießl und Middeke, 2005, S. 5)

Übereinstimmend mit der medizinischen als auch osteopathischen Literatur wird von den Experten das **aktive Zuhören als zentrale Komponente des anamnестischen Gesprächs** hervorgehoben (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al., 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Höll, 2005; Lehmeier, 2006; Liem, 2001). Offene Fragen werden im Praxisalltag der interviewten Osteopathen als Anregung zum Schildern von Beschwerden eingesetzt, wobei darauf geachtet wird, das freie Erzählen des Patienten nicht zu unterbrechen. Patientengeleitetes Nachfragen wird als wichtig erachtet, wobei sensible Aspekte mitunter erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn eine Vertrauensbasis aufgebaut ist, angesprochen werden. Gleichwohl die medizinische Literatur (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006) und in deutlich geringerem Ausmaß auch die osteopathische Literatur (vgl. Croibier, 2006) dem **Methodenarsenal des aktiven Zuhörens** vertiefte Aufmerksamkeit schenkt, werden das Paraphrasieren, die unterstützenden Hörersignale oder die Interpretationsfragen **kaum** von den Experten **erwähnt**. Ein Experte sieht seine Aufgabe auch im Herauszufiltern von subjektiven Angaben des Patienten von Angaben (Meinungen, Diagnosestellung) anderer Personen und Mediziner. Dazu passt auch die Sichtweise von Mayer-Fally (2007), nach der der Patient als Experte für seinen Körper und der Osteopath als Experte für Zusammenhänge beschrieben wird.

Croibier (2006) sieht die Rolle des Osteopathen auch darin zwischen den Zeilen zu lesen, da der individuelle Ausdruck des Patienten während der Anamnese ein zusätzliches

Diagnoseelement darstellt. Weniger als Diagnoseelement, denn als Mittel um über die affektiv-emotionale Lage des Patienten Aufschluss zu erhalten, wird von den Experten auch auf **nonverbale Signale und Gesprächsinhalte geachtet**. Besondere Bedeutung wird dabei der **Kommunikation mit dem Körper und mit dem Gewebe** zugeschrieben. Dieses Ergebnis deckt sich insofern mit der Literatur, als bei McKone (2008) die Begriffe Hören, Sehen und Fühlen in Zusammenhang mit der Anamnese erwähnt werden und Selim und Riepl (2009) betonen, dass bei vielen Osteopathen ein innerer Dialog abläuft, in dem sie sich selber Fragen stellen und versuchen, diese mit Hilfe der Anamnese am Patienten zu beantworten. Es scheint, dass nicht nur die verbalen Äußerungen des Patienten, sondern auch dessen Körper, den Patienten zum „*Symptomatologen*“ (Still, 2005a, S. II-17) macht, sodass sich ein „*take in a history*“ (Paulus, 2005, p. 1) auch auf ein geduldiges Zuhören des Gewebes beziehen kann. Allerdings finden sich in der Praxis auch sehr individuelle Zugänge der Informationserschließung. So vermeint jener Experte, welcher mit dem Faszienmodelldistorsionsmodell arbeitet, Beschwerden mittels Körpersprache zügiger zu erfassen als mittels verbaler Befragung. Überlegungen in diese Richtung sind in der Literatur jedoch keine bekannt. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass das Faszienmodelldistorsionsmodell zwar von einem Osteopathen entwickelt wurde und auch an der Wiener Schule für Osteopathie gelehrt wird, es sich allerdings um „*ein eigenständiges Diagnose- und Behandlungssystem, das auf einem völlig neuen Modell medizinischen Denkens basiert*“ (Knight, 1999, S. 9) handelt. Ein anderer Experte hingegen bevorzugt unter Verweis auf seine biodynamische Zusatzausbildung Skizzen anstelle von schriftlichen Aufzeichnungen. Literatur zur biodynamischen Osteopathie liegt derzeit allerdings keine vor und auch durch die ausgehobene Literatur lässt sich dieser interessante Zugang nicht abstützen.

In der schulmedizinischen (vgl. z.B. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lange, 1998; Lehmeier, 2006; Lown, 2004) und osteopathischen (vgl. z.B. Croibier, 2006; Hartman, 1997; Hayden, 2009; Kaschowitz, 2008; Mayer-Fally, 2007) Literatur wird den persönlichen Eigenschaften des Behandlers, seinem Verhalten gegenüber dem Patienten und der patientenadaptierten Kommunikation besondere Beachtung beigemessen, da diese die Anamnese mit beeinflussen können. Aus diesem Grund ist auch die **Wertschätzung und die offene, freundliche, respektvolle Haltung des Osteopathen** gegenüber dem Patienten den Experten ein wichtiges Anliegen. Die volle Konzentration auf den Patienten und dafür zu sorgen, dass es keine Störungen während der Anamneseerhebung gibt, zählen zu den Aufgaben des Osteopathen.

Die Wichtigkeit einer **klaren Rollenstruktur und -verteilung**, welche dem Osteopathen die Expertise und Führung bei Anamnese und Befund zuschreiben, wird sowohl von den Experten als auch in der Literatur von Mayer-Fally (2007) betont. Ebenso werden die

Persönlichkeitsentwicklung – die Arbeit an der eigenen Rolle als Mensch und Osteopath und an der eigenen Sicherheit, und der bewusste Einsatz nonverbaler Kommunikation nicht nur von Experten angesprochen, sondern finden sich auch in der osteopathischen Literatur bei Kaschowitz (2008) wieder.

In Übereinstimmung mit Paulus (2005) wird die **Dauer der Anamneseerhebung** von den befragten Experten mit durchschnittlichen 5 bis 15 Minuten angegeben. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die Anamneseerhebung durch die osteopathische Tätigkeit einen **Wandel** erfahren hat. Die Veränderungen liegen bei vier Experten in einem geringeren Umfang und dadurch auch geringerem zeitlichen Aufwand. Sowohl der Gewinn an Erfahrungen und Sicherheiten, als auch die Gewebekommunikation und körperliche Interaktion werden als Ursache für diese Veränderung erwähnt.

7.2.2. Inhaltsebene

Im Zusammenhang mit den Inhalten der osteopathischen Anamnese kommen folgende Auffälligkeiten zur Darstellung.

Bezogen auf erwachsene Patienten werden deren **Stammdaten** von allen Experten erhoben, allerdings lagen **unterschiedliche Auffassungen über Umfang und Wichtigkeit** der zu erhebenden persönlichen Daten vor. Von Interesse sind für den einen Experten Geburtsdatum, Beruf und Hobbies des Patienten. Ob es dabei um den Erhalt diagnostischer Hinweise aus den Angaben in den Stammdaten geht, wie in der Schulmedizin beschrieben (vgl. Dahmer, 2006), lässt sich nur vermuten. Aus Sichtweise der Medizin lässt der Beruf Rückschlüsse auf Berufserkrankungen zu (vgl. Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006) und das Alter ist im Zusammenhang mit Erkrankungen, die in bestimmten Altersgruppen gehäuft vorkommen (vgl. Dahmer, 2006), von Bedeutung. Im osteopathischen Praxisalltag wird die Erfragung des Familienstandes z.B. bei Sportverletzungen als unwichtig angesehen. So gesehen **hängt** die Wichtigkeit, soziodemographischer Daten zu erfragen, und deren Auswahl zum Teil **vom Konsultationsgrund ab**. Ebenso wird mitunter der konkreten beruflichen Tätigkeit weniger Bedeutung beigemessen. Der Fokus liegt vielmehr in der Ermittlung von Spaß-, Stress- und Zufriedenheitsfaktor in Zusammenhang mit dem Beruf, welche im osteopathischen Praxisalltag mit der Betrachtung des Menschen in seiner biopsychosozialen Verwobenheit in Verbindung gebracht werden könnte.

Das Erfassen der aktuellen Beschwerden stellt einen wesentlichen inhaltlichen Teil der osteopathischen Anamnese für alle Experten dar, welcher sich auch in der medizinischen und osteopathischen Literatur reflektiert (vgl. z.B. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al., 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Füeßl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hebgen, 2008; Helsmoortel et al., 2002; Hinkelthein, 2006; Lange, 1998; Lehmeier, 2006; Vithoulkas, 1986). Implizit oder explizit werden die Patienten zur Schilderung ihrer Beschwerden, Probleme oder Symptome aufgefordert, indem der Konsultationsgrund eruiert wird, welcher fallweise darüber hinaus auch die Erwartungshaltung an den Osteopathen beinhalten kann. Die vertiefte Beschwerdeexploration folgt dem in der Literatur beschriebenen **W-Schema** (vgl. Dahmer, 2006; Lange, 1998; Mayer-Fally, 2007), wobei auf die **qualitativen und quantitativen Merkmale des Symptome** (vgl. Adler und Hemmeler, 1992; Fossum, 2002; Füeßl und Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007) von Seite der Experten **mehr oder weniger ausführlich eingegangen** wird. Während Dauer, Lokalisation, Auslöser der Beschwerden mehrheitlich von den Experten erhoben wird, werden die Beschwerdemodalität/Schmerzqualität und Begleitumstände nur von zwei Experten explizit angesprochen.

Für jenen Experten, der nach dem Faziendistorsionsmodell arbeitet, ist auch das Zeigen des Schmerzes wichtig, wohl auch deshalb, weil in diesem Modell „*die subjektiven Beschwerden (unter Verwendung der Körpersprache und der Schmerzbeschreibung des Patienten)*“ (Typaldos, 1999, S. 15) erfasst werden. Zwei Experten erscheint der Hinweis zentral, dass nicht nur Traumen sondern auch **emotionale sowie banale Situationen als Auslöser** von Beschwerden oder Schmerzen in Frage kommen können; ein Aspekt, der auch in der osteopathischen Literatur (vgl. Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007; Tempelhof, 2008), kaum jedoch in der medizinischen Literatur (vgl. Füeßl und Middeke, 2005) aufgegriffen wird. Der Frage nach Verbesserung und Verschlechterung des Schmerzes dient für zwei Experten nicht nur wie in der Literatur beschrieben (vgl. Adler und Hemmeler, 1992; Füeßl und Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006), dem Einkreisen der Diagnosefindung, sondern auch als **Ausgangspunkt für Behandlungsansätze**.

Das **Erheben von vorangegangenen Diagnosen, Untersuchungen und Therapien** findet sich bei den Experten und zum Teil in der osteopathischen Literatur (vgl. Croibier, 2006; Liem, 2001; Mayer-Fally, 2007). **Divergenzen** zeigen sich unter den Experten in diesem Zusammenhang, indem drei Experten Wert darauf legen, bereits stattgefundenene Diagnosestellungen, medizinische Befunde, Therapien und Behandlungen bei anderen Osteopathen zu erfragen, während ein Experte an den Meinungen und Diagnosen anderer Ärzte dediziert nicht interessiert ist, da er vom Patienten selber wissen möchte, was, wo und bei welcher Verrichtung schmerzt. Der Hinweis sich vor diagnostischen „Etiketten“ und

vorgefassten Meinungen, die Patienten dem Osteopathen während der Anamnese unterbreiten, zu hüten findet sich bei Croibier (2006), ist jedoch nicht mit einem Ignorieren medizinischer Befunde oder ärztlicher Diagnosen gleichzusetzen.

Im Rahmen der Vorgeschichte wird dem **Erfassen von Unfällen, Traumata und Operationen** von allen Experten – kongruent zur medizinischen und osteopathischen Literatur (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006; Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007; Tempelhof, 2008) **großes Gewicht beigemessen**, wobei mitunter ein sehr detailliertes Nachfragen zu verzeichnen ist. Gezielt erkundigen sich zwei Experten nach Verkehrsunfällen, Auffahrunfällen mit resultierendem Peitschenschlagsyndrom, Bewusstlosigkeit des Patienten, nach Knochenbrüchen und Stürzen auf den Kopf, das Gesäß, das Steißbein oder das Kreuz. Operationen in der Kindheit, Mandeloperation, Blinddarmoperation oder Implantaten – all diese Fragen dienen dazu, schon in der osteopathischen Anamnese nach Ursachen von Symptomen zu suchen und deren viszerale, strukturelle und kraniosakrale Verknüpftheit zu erkennen, wie dies von Liem (2006a) und Mayer-Fally (2007) hervorgehoben wird.

Übereinstimmend mit der medizinischen wie osteopathischen Literatur (vgl. z.B. Adler und Hemmeler, 1992; Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006; Mayer-Fally, 2007) werden inhaltlich von allen Experten **Erkrankungen**, seien es frühere, chronische oder schwere Erkrankungen, **erhoben**. Zwei Experten formulieren auch Fragen zu Systemen und Organen, **von einem Systemüberblick** – wie er im Rahmen der medizinischen Anamnese als notwendige inhaltliche Komponente aufgefasst wird (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Lange, 1998; Lehmeier, 2006) – wird jedoch **Abstand genommen**. Dieses Ergebnis ist zwar konkordant mit der Ansicht von Croibier (2006), dass sich Osteopathen den Systemüberblick nicht während der Anamnese verschaffen müssten, widerspricht jedoch den Angaben von Fossum (2002) und Hinkelthein (2006), nach welchen die systemische oder organbezogene Anamnese einen festen Bestandteil der osteopathischen Anamnese bildet.

Variabilität zeigt sich nicht nur im Zusammenhang mit der gynäkologischen Anamnese und Fragen zum Urogenitalbereich, sondern auch mit der **Sozialanamnese** als diese von vier Experten **kaum erwähnt** wird, während ein Experte sehr detailliert darauf eingeht. Während in der Literatur dem sozioökonomische Hintergrund, dem sozialen Umfeld und kritischen Lebensereignissen als wichtigen Einflußfaktoren in der medizinischen und osteopathischen Anamnese Bedeutung beigemessen wird (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fossum, 2002; Fießl und Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006; Lalouschek, 2005; Lange, 1998; Lehmeier, 2006; Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007; Miesbach und

Rutsch, 2004), bilden beispielsweise Fragen nach Todesfällen, Trennungen, schweren Verlusten und Misshandlungen lediglich bei einem Experten Fixpunkte in der Anamneseerhebung. Die dabei vorgenommene Einteilung der Vorgeschichte in strukturelle, viszerale und psychische Inhalte stellt dabei eine interessante Besonderheit des Experten dar, welche sich nicht in der Literatur findet.

Im Unterschied dazu wird eine **Medikamentenanamnese** von allen Experten **erhoben**, deren Notwendigkeit auch in der medizinischen und osteopathischen Literatur betont wird (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006). Aufgrund von Angaben zu Medikamenten können Experten oftmals Rückschlüsse auf Erkrankungen ziehen, die vom Patienten nicht angegeben wurden. Dies verlangt eine Gesprächstechnik, um Verborgenes ans Tageslicht zu bringen.

Hochinteressant und für einen Experten der wichtigste Teil der Anamnese, bildet die Frage nach der **subjektiven Erfolgsbeurteilung**. Der Patient sei als Experte seiner selbst ernst zu nehmen. Patienten wissen, wann sie wieder gesund wären und wann nicht, und anhand dieser subjektiven Kriterien ließe sich auch ablesen, ob die Behandlungsziele erreicht wurden oder nicht. Deshalb wäre es von Bedeutung, dass Behandlungsziele definiert werden, die sowohl für den Osteopathen als auch für den Patienten nachvollziehbar sind. In einer Expertenrunde von Osteopathen über die Gesundheit zeigte sich, dass deren Definition gar keine einfache sei, die der WHO aber nicht auf die Zustimmung der Experten stößt (vgl. Nagel, 2008). Aus diesem Blickwinkel betrachtet, würden **gemeinsame Zielvereinbarungen auf Basis subjektiver Gesundheitsvorstellungen** einen interessanten Ansatzpunkt im Rahmen der osteopathischen Anamnese darstellen.

Die Inhalte der **pädiatrischen Anamnese** hingegen sind nicht ident mit jenen der Anamnese bei Erwachsenen, wie sich bei den Experten zeigt. Im Rahmen einer Fremdanamnese werden Fragen zum Verlauf der Schwangerschaft und Geburt, zum Gesundheitszustand der Mutter während und vor der Schwangerschaft, zu den Entwicklungsmeilensteinen des Kindes, und zu Kinderkrankheiten, Impfungen und Operationen sowie zur Familien- und Sozialanamnese gestellt. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Experten, die vorwiegend Kinder behandeln, decken sich mit den Angaben in der Literatur (vgl. Liem, 2001; Hayden, 2009). Vermehrte Aufmerksamkeit wird im osteopathischen Praxisalltag den infektiösen Krankheiten geschenkt, wobei eine Konzentration auf den respiratorischen bzw. HNO-Bereich und den Verdauungsbereich festzustellen ist. Konträre Auffassungen ließen sich insofern feststellen, als Fremdanamnesen bei Babys nur bedingt Informationen liefern würden, weshalb das Problem des Kindes nur über den Gewebekontakt mit den Händen

des Osteopathen zu erfassen sei. Gleichwohl die Gewebekommunikation und die Palpation zu den zentralen Themen in der Osteopathie zählen, konnten in der Literatur keine übereinstimmenden Vorgehensweisen in der Anamnese bei Kindern erhoben werden.

7.2.3. Zielebene

Folgende Aspekte im Zusammenhang mit den Zielen der osteopathischen Anamnese lassen sich extrahieren.

Relativ übereinstimmend wird das **Anbahnen eines Entfaltungsdialog** zwischen dem Osteopathen und dem Patienten als eine **wesentliche Zielsetzung** der Anamnese genannt. Dabei spielt für die Experten der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses eine zentrale Rolle; ein vielfach angeführter Aspekt sowohl in der schulmedizinischen Literatur (vgl. Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008; Lalouschek, 2005; Lange, 1998) als auch in der osteopathischen Literatur (vgl. Croibier, 2006). Der Ausdruck von Wertschätzung und Interesse gegenüber dem Patienten und die Vermittlung des Gefühls des Angenommen-seins zählen für die Experten in diesem Zusammenhang ebenso dazu wie das Transportieren eines positiven Aspekts im Rahmen der Anamnese, indem anstelle von Beschwerden gesundheitsfördernde Ressourcen und Stärken in das Blickfeld rücken; ein Aspekt, der auch im Zentrum der homöopathischen Anamnese steht (vgl. König, 2005). Die Vermittlung des Gefühls der kompetenten Beratung oder auch Trost, Hoffnung und Empathie wird von schulmedizinischer Seite aufgegriffen (vgl. Fießl und Middeke, 2005). Auch Croibier (2006) beschreibt Trost und Mitgefühl, auf denen die moralische Unterstützung basiert, im Zusammenhang mit den Methoden der verbalen Kommunikation. Der Aufbau einer positiven Osteopath-Patienten-Beziehung findet aber auch seinen Niederschlag im **Erlangen von Verständnis** für das zu behandelnde Kind. Obgleich in der Literatur zur pädiatrischen Osteopathie nicht erwähnt, stellt diese Form der Empathie für einen Experten das **Hauptziel der Anamnese in der Arbeit mit Kindern** dar. Für einen Experten dient die Anamnese dem „Abchecken“ zwischen Patient und Osteopath auf medizinischer, persönlicher und menschlicher Ebene. Eindruck erhält jedoch nicht nur der Osteopath, sondern auch sein Gegenüber, wie ein Experte kritisch anmerkt. Explizite Erwähnung in der Literatur findet jedoch nur der **Einblick in die Persönlichkeit des Patienten** (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008), nicht aber der **Einblick in die Persönlichkeit des Osteopathen**, den dieser beispielsweise durch Kleidung oder Sprache den Patienten gewährt und bei Lehmeier (2006) implizit angeführt wird. Das angespro-

chene „Abchecken“ könnte in Zusammenhang gebracht werden mit dem integralen Behandlungsansatz, welcher laut Liem (2006b) die Osteopathie verfolgen möchte und bei dem es darum geht, dass die Verantwortung des Behandlungserfolg sowohl beim Osteopathen als auch beim Patienten liegt. Obwohl in der Literatur mehrfach erwähnt, wird das damit verknüpfte Einschätzen des Behandlungserfolgs (vgl. Liem, 2001) und das Abschätzen der Prognose (vgl. Höll, 2005; Mayer-Fally, 2007) lediglich von einem Experten mit den Anamnesezielen in Verbindung gebracht.

Auch ermöglicht die osteopathische Anamnese das weitere (therapeutische) Vorgehen klarer zu konturieren. Dabei geht es den Experten darum, aufgrund der Anamnese eine Richtung zu finden, auf den zentralen Ansatzpunkt zu kommen, und eine Hypothese aufzustellen. Diese Ausführungen der Experten fasst Dahmer (2006) unter dem Begriff „Verdachtsdiagnose als Arbeitshypothese“ zusammen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die von der EFO (2010) ventilierte Triade – Ausschluss-, Differential- und Arbeitsdiagnose – in der Praxis scheinbar noch nicht ihren Niederschlag gefunden hat, als **lediglich zwei Experten im Formulieren einer osteopathischen Diagnose ein notwendiges Anamneseziel** sehen. Während in der Schulmedizin kein Zweifel darüber besteht, dass die Anamnese einen der Grundpfeiler in der Diagnosestellung darstellt und 70-90% der Diagnosen aufgrund der erhobenen Daten in der Anamnese gestellt werden können (vgl. Fetzner und Paquet, 2007; Grüne und Schölmerich, 2007; Pschyrembl, 2010; Von Uexküll, 1992) dürften praktisch tätige Osteopathen eher vom Gegenteil überzeugt sein, zumindest bleibt die osteopathische Diagnose als anamnestisches Ziel mehrheitlich unerwähnt. Fraglich ist daher, ob die individuell-patientenzentrierte Haltung in der Osteopathie ihren Niederschlag in einer höheren Gewichtung des diagnostischen Gesprächs findet, wie dies beispielsweise für das anamnestische Vorgehen im Rahmen der psychosomatischen Medizin postuliert wurde (vgl. Lalouschek, 2005). Nach Meinung eines Experten unterstütze die Anamnese zwar beim Ausschluss potentiell gefährlicher Verläufe, nicht aber bei der Stellung einer Diagnose. Daraus resultiert ein abwartendes Offenhalten der Diagnose („watchful waiting“), wie es auch Höll (2005) befürwortet und aus medizinischer Sicht empfohlen wird, wenn aufgrund der Anamnese, dem klinischen Befund, dem Basislabor und dem Fehlen von Warnsignalen (red und yellow flags) eine ernsthafte, (sofort) klärungs- oder behandlungsbedürftige Krankheit unwahrscheinlich ist (vgl. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2003).

Aus diesem Grund wird auch das **Erfassen von abwendbar gefährlichen Verläufen und Kontraindikationen** von den Experten als **wichtiges Anamneseziel** erachtet. Helsmoortel et al. (2002) bezeichnen die Hinweise auf unbekannte Pathologien sogar als das „*oberste Ziel der Anamnese*“ (Helsmoortel, 2002, S. 166) bzw. findet sich das Identifizieren von

Warnsignalen und Kontraindikationen im Rahmen der Anamneseerhebung sowohl in der schulmedizinischen Literatur (vgl. z.B. Ford et al. 2005) als auch in der osteopathischen Literatur (vgl. z.B. EFO, 2010; Hebgen, 2008; Hinkelthein 2006) wieder. Aktuelle Beschwerden werden rückgebunden zu anderen Beschwerden, zu früheren Erkrankungen, und zu Operationen, Unfällen und Medikamenten, weshalb die **Anamnese** aus Experten-sicht auch vielfach **dem Eruiieren von Zusammenhängen** – sei es **auf struktureller oder systemischer Ebene** – **dient** und auch **als Feedback-System fungiere**. Dass auch zeitliche Verknüpfungen von Relevanz in der osteopathischen Anamnese sind wird nicht nur von den Interviewpartnern, sondern auch von Ligner (2007) betont.

Durch das Sammeln von Daten im Rahmen der Anamnese gewinnen die Experten einen **Ein- oder Überblick über die Beschwerden und Leiden der Patienten**, wobei es einem Experten auch darum geht, den **Leidensdruck** zu erfassen **und dessen individuelle Bedeutung** für das aktuelle Geschehen **herauszufinden**; ein in der schulmedizinischen und osteopathischen Literatur eher selten thematisierter Aspekt (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006). Erfahrungsgemäß hängt für diesen Experten die Reihenfolge der vom Patienten vorgetragenen Beschwerden mit dem damit verbundenen Leidensdruck zusammen und diese Erkenntnis hat Einfluss auf seine Priorität in der Behandlung. Diese Vorgangsweise wird in der Literatur nicht beschrieben. Das Erfassen von Fakten, die die Gesundheit des Systems widerspiegeln und die das Vorhandensein reorganisierender Kräfte anzeigen, findet in der osteopathischen Literatur – nicht aber bei den Experten – Erwähnung (vgl. Burjan-Lang, 2009; Hayden, 2009; Mayer-Fally, 2007).

Einigkeit unter den Experten herrscht dahingehend, dass **im Anschluss an die Anamneseerhebung zielgerichteter untersucht bzw. behandelt** werden kann. Dieses Ergebnis ist kongruent zu Marcer (2002), welcher den ausreichenden Erhalt von Informationen betont, bevor die individuelle Behandlung des Patienten eingeleitet wird. Mit welchem Segment – strukturelles, viszerales oder kraniosakrales – in der Osteopathie ein Experte allerdings seine Untersuchung beginnt, ist abhängig vom gewonnenen Gesamteindruck des Patienten während der Anamnese. Angaben in der Literatur, die sich mit diesem Vorgehen decken, konnten jedoch keine gefunden werden, was wenig verwundert in einem ganzheitlichen Behandlungskonzept, obliegt es doch dem individuellen Entscheidungsspielraum des Osteopathen, welche Techniken, aus welchem Bereich der Osteopathie zur Anwendung kommen (vgl. Ligner und Van Assche, 1993).

Das **Abklären der Zuständigkeit**, insbesondere ob eine osteopathische Behandlung indiziert ist, stellt hingegen nur für einen Experten ein weiteres Ziel der Anamnese dar. Diese Singularansicht wird durch Angaben in der Osteopathie von Helsmoortel et al. (2002)

und Hartman (1997) gestützt. Selbstkritisch begegnen allerdings zwei weitere Experten den von Höll (2005) angedeuteten Aspekt, indem für sie im Rahmen der Anamnese geklärt werden muss, ob der jeweilige praktizierende Osteopath für die Anliegen des jeweiligen Patienten genügend kompetent ist. Fragen der **rechtlichen Absicherung** warfen die Hälfte der Interviewpartner auf, wovon einer die **Anamneseerhebung** per se für den **Eigenschutz des Osteopathen** als wichtiges Instrument erachtet. Auf die Dokumentation und Dokumentationspflicht wie in der Literatur vielfach thematisiert (vgl. Aigner et al., 2004; Braun und Mader, 2005; Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al, 2006; Erens, 2004; Fetzner und Paquet, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Höll, 2005; Lehmeier, 2006; Liem, 2001; OEGO, 2005; Reimann, 2002) wurde von Expertenseite nicht eingegangen, aber auch nicht speziell nachgefragt.

Als **Teil der Therapie** begreift ein Experte die Anamnese, da die Möglichkeit über körperliche oder seelische Beschwerden sprechen zu dürfen, ohne dass gewertet wird, für den Patienten einen positiven Effekt haben kann bzw. einen **Reflexionsprozess anregen** würde. Paulus (2005) und Lown (2004) stützen diese Expertenaussage, indem für sie der Heilungsprozess im Mitteilen der Geschichte beginnt, gleichwohl bleibt zu betonen, dass eine Anamnese die osteopathische Behandlung nicht ersetzen kann.

7.3. Zur Relevanz der osteopathischen Anamnese im theoretisch-praktischen Diskurs

Bezugnehmend auf die zweite forschungsleitende Fragestellung, welche auf den Stellenwert der Anamnese in der Osteopathie abzielt, werden in diesem Kapitel die zentralen Ergebnisse der Experten im Vergleich mit der Literatur diskutiert.

Obwohl die Experten übereinstimmend das zielgerichtete Untersuchen und Behandeln infolge der Anamneseerhebung hervorheben, zeigen sich im Zusammenhang mit der **Wichtigkeit der osteopathischen Anamnese** spannende Standpunkte. Während für die Hälfte der Experten eine **osteopathische Behandlung** auch **ohne das Durchführen einer Anamnese** mitunter einen interessanten Ansatzpunkt darstellt, bildet für die andere Hälfte der Experten die **Anamnese eine notwendige und therapierelevante Komponente** im diagnostischen Prozess. Einerseits könnten verbal erhobenen Daten fallweise zu unsicher sein, um eine Therapie darauf aufzubauen, andererseits wäre die Bedeutung der per se als wichtig erachteten Anamnese für die Effizienz der Behandlung nicht immer zwingend gegeben. Zudem rücke mit zunehmender Routine das Spüren in den Vordergrund, weshalb erfahrene Osteopathen sich auch nicht mehr so stark auf die (verbale) Anamnese stützen

müssten. Demgegenüber wird argumentiert, dass eine Anamnese erst eine adäquate Untersuchung und eine Ausrichtung der Behandlung ermögliche, weshalb ein „blindes Hineintherapieren“ abgelehnt wird.

In der osteopathischen Literatur spiegeln sich die unterschiedlichen Auffassungen über die Wichtigkeit der Anamnese wider. Für Seider (2009) stellt die Anamnese zwar wichtige Teile dar, jedoch sei die Informationsgewinnung eingeschränkt, weshalb der Osteopath Klarheit über das Problem des Patienten letztendlich nur über die Berührung und das Gewebe erhält. Becker (2007) erhebt nur kurze Anamnesen und Cloet (2005) möchte kaum etwas über seine Patienten vor der Behandlung wissen, um unvoreingenommen die primäre Ursache suchen zu können. Für andere Osteopathen wie Croibier (2006), Hayden (2009), Helsmoortel et al. (2002), Hinkelthein und Zalpour (2006), Marcer (2002) oder Sammut und Searle-Barnes (1998) liegt der Anamnese hingegen eine innewohnende Bedeutung zugrunde, bildet sie doch eine wesentliche Etappe der klinischen Untersuchung und eine Grundvoraussetzung für eine wirkungsvolle Behandlung. Ob zu Beginn einer osteopathischen Behandlung eine Anamnese durchgeführt wird oder nicht, für Nagel (2008) „erscheinen [beide Wege] für sich gesehen individuell sinnvoll“ (Nagel, 2008, S. 141), ein Aspekt den auch Biberschick (2010) im Zusammenhang mit der Routineuntersuchung für die Anamnese aufzeigen konnte. Dies steht im krassen Widerspruch zu der Schulmedizin, welche keine Zweifel über den hohen Stellenwert und die Wichtigkeit der Anamnese offen lässt (vgl. z.B. Dahmer, 2006; Ford et al., 2005; Grüne und Schölmerich, 2005; Lange, 1998; Lown, 2004; Segerer, 2007).

Die **Wichtigkeit der osteopathischen Anamnese** scheint jedoch nicht nur von der Routine und dem Erfahrungshintergrund der praktizierenden Osteopathen abhängig zu sein, sondern **von weiteren Faktoren überlagert** zu sein. So räumt jener Osteopath, welcher nach dem Faziendistorsionsmodell arbeitet, der Anamnese einen hohen Stellenwert ein. Ebenso ist dieses Phänomen bei einem Experten mit Zusatzausbildung in biodynamischer Osteopathie zu vermerken. Eine klare Positionierung innerhalb der biodynamisch orientierten Osteopathen ist jedoch nicht auszumachen und wirft deshalb die Frage auf, inwieweit Zusatzausbildungen den individuellen Stellenwert der Anamneseerhebung determinieren.

Relative Einigkeit herrscht hingegen unter den Experten, dass **im Rahmen der Ausbildung als auch in Supervisionen der Anamnese verstärkt Beachtung beigemessen** werden sollte. Unsicherheiten und Probleme in der Anamneseerhebung und Gesprächsführung, wie sie Lalouschek (2005), Lehmeier (2006) oder Sennekamp et al. (2007) bei Medizinstudenten beschrieben, scheinen auch bei angehenden Osteopathen vorzukommen. So wäre es wünschenswert und von Bedeutung im Rahmen des Unterrichts

während der Ausbildung, auch von einem Psychotherapeuten bei der Anamneseerhebung angeleitet zu werden. In der Lernphase sei der Anamneseerhebung genügend Zeit einzuräumen, das Spezielle an der osteopathischen Anamnese sichtbar zu machen, ebenso sollte auf entsprechende Anamnesebögen zurückgegriffen werden, wobei vereinzelt auch harsche Kritik an der im Rahmen der Osteopathieausbildung bislang vermittelten Anamnese, geübt wird, welche zum Teil als nutzlose und sinnentleerte Handlungsroutine, als Erfüllung eines Rituals empfunden wurde.

Auch wenn mitunter dem Stellenwert der osteopathischen Anamnese im Praxisalltag wenig Bedeutung zugeschrieben wird, so heben vier Experten deren **Ganzheitlichkeit als besonderes Merkmal** hervor. Es sind die Möglichkeiten der Präsentation der Gesamtheit und deren Erfassen, welche als speziell osteopathisch skizziert werden. Auffällig ist dabei, dass die mit der osteopathischen Anamnese verbundene Ganzheitlichkeit primär von Osteopathen mit physiotherapeutischen Ausbildungshintergrund betont wird, während Osteopathen mit ärztlicher Grundprofession die ganzheitliche Sichtweise als besondere Eigenart der osteopathischen Anamnese zurückhaltender beurteilen. Der Unterschied der osteopathischen Anamnese zu jener der Schulmedizin sei minimal, und der Anspruch der Ganzheitlichkeit sei eher von der Homöopathie oder anthroposophischen Medizin denn von der Osteopathie erfüllbar. Dieses Ergebnis widerspricht allerdings der Auffassung von Kainz und Géry (2007), wonach einer akribisch geführten Anamnese in der Osteopathie eine vergleichbar große Bedeutung zukomme, wie jene in der Homöopathie. Nicht mit der Anamnese, sondern mit der Osteopathie an sich verknüpfen deshalb diese Experten einen holistischen Anspruch, wenn die Möglichkeit besteht, den Patienten während der Untersuchung und Behandlung noch ganzheitlich zu erfassen; ein Aspekt auf den auch Fuhrmann und Schallier (2003) hinweisen.

Darüber hinaus scheint die **Vielschichtigkeit der Wahrnehmungsmöglichkeiten das Spezielle an der osteopathischen Anamnese** zu bilden. Neben verbalen und paraverbalen Wahrnehmungskanälen, werden von allen Experten insbesondere die taktilen Komponenten, das Einholen von Informationen über das Gewebe durch Spüren und damit Zuhören des Körpers hervorgehoben, welche die osteopathische Vorgehensweise von anderen Heilverfahren abgrenzt und im Begriff der zellulärkommunikativen Anamnese eine neue, in der Literatur bislang noch nicht erwähnte, Dimension findet. Gleichwohl wird diese Ansicht nicht von allen Experten geteilt, als sich hinter dem Zugang „der Körper erzählt alles, man müsse nur zuhören“ auch mangelnde Fähigkeiten und Fertigkeiten für das Durchführen einer guten klinischen Untersuchung verbergen könnten.

Wird das Zuhören im Rahmen der osteopathischen Anamnese per se als Kunst begriffen (vgl. Helsmoortel et al., 2002), so wird dem Zuhören der Gewebe in der osteopathischen Literatur darüber hinaus noch besondere Bedeutung zugeschrieben (vgl. z.B. Kainz und Géry, 2007; Kaschowitz, 2008; Liem, 2001; Paulus, 2005; Selim und Riepl, 2009). Paulus (2005) äußert im Zusammenhang mit der Anamnese- *„Before I even ask a verbal question, I am gaining information via sight, smell, and sound. I am using other- sensory perceptions to discover non-linear material by methods that some may call intuitive.“* (Paulus, 2005, p. 2) und spiegelt so den Informationsgewinn über die unterschiedlichen Sinneswahrnehmungen. In Zusammenhang mit der palpatorischen Wahrnehmung beschreibt Psutka (2009), dass es palpierenden Osteopathen möglich sei, Informationen zu erhalten die nicht über die fünf Sinne, sondern darüber hinaus erfasst werden können.

Gleichwohl im osteopathischen Praxisalltag Befunderhebung, Palpation und Therapie oftmals nur theoretisch zu trennen sind und deshalb ineinander überfließen – ein Aspekt der auch von Chaitow (2001) gestützt wird – wird **der klinischen Untersuchung und der Palpation deutlich mehr Bedeutsamkeit zugemessen als der Anamnese**, welche ein Experte mit rund 30 Prozent beziffert. Unterstützt wird diese Sichtweise durch Angaben in der Literatur u. a. von Magoun (1951), Becker (2007), Croibier (2006) und Liem (2001), welche der Beobachtung und der Palpation mit fühlenden, denkenden, sehenden und wissenden Händen in Bezug auf Befundung und Behandlung einen wesentlich höheren Stellenwert beimessen als der Anamnese. In der Schulmedizin wird hingegen angegeben, dass 70 bis 90 Prozent der Informationen für die Diagnose aufgrund der Anamnese erhoben werden können (vgl. Fetzner und Paquet, 2007; Von Uexküll, 1992).

Als Experte für Zusammenhänge sind es aber auch die **professionelle Intuition, das vernetzte Denken und der Aspekt der innewohnenden Heilung**, was laut Meinung eines Experten den Osteopathen und dessen Anamneseerhebung ausmachen. Das besondere (anamnestische) Herangehen in der Osteopathie bestünde darin, mittels intuitiver Wahrnehmung die verborgenen Ursachen aufzudecken und die Selbstheilungskräfte zu aktivieren; Attribute die Sutton bereits 1978 formulierte und von Fuhrmann und Schallier (2003), Girardin (2008), Liem (2006a), Stark (2010) sowie Tempelhof (2008) aufgegriffen wurden.

Aus Sicht zweier Experten ist der **Stellenwert der Anamnese im Zusammenhang mit dem Patienten sehr hoch**. Nicht nur die Aspekte wie das Kennenlernen, das Vertrauen, die Wertschätzung und die Sicherheit spielen dabei eine Rolle, sondern auch das Gefühl des Verstandenwerdens, des Angenommenseins und der Eindruck in seiner Gesamtheit erfasst zu werden können für den Patienten wichtig sein. Nach Meinung eines Experten

wirkt sich das Sich-verstanden-fühlen des Patienten in der Anamnese auch auf die Bereitschaft zur Untersuchung und Behandlung aus. Diese Annahme wird durch Angaben in der Schulmedizin von Albrecht (2006) und Lown (2004) gestützt. Auf den menschlichen Bezug in der Anamnese geht Lange (1998) ein und für Lalouschek (2005) beinhaltet die Anamnese auch eine Interaktionsfunktion neben der Informationsfunktion. In der Kinderosteopathie bildet die Anamnese für Burjan-Lang et al. (2009) einen Teil im prozesshaften Ereignis des Kennenlernens, Wahrnehmens, Erspürens und Kommunizierens. Ein Experte definiert den Patienten als Experten für seinen Körper in der Anamnese, die für ihn ein Gespräch unter zwei gleichwertigen Partnern darstellt. Der Patient wird auch von Helmoortel et al. (2002) als Spezialist, der seine eigene Geschichte am besten kennt, beschrieben.

Die Anamnese kann nach Angaben eines Experten aber auch Informationen bereitstellen, die **für das Kollektiv von Bedeutung** sind. Äußerungen darüber, ob Operationen und Untersuchungen dem Patienten subjektiv geholfen haben oder nicht sind für den Experten in der Beratung von anderen Patienten und im Zusammenhang mit Empfehlungen interessant. Angaben zu diesem Aspekt konnten in der Literatur nicht gefunden werden.

Ebenso wird die **Anamneseerhebung als Beitrag zum professionellen Selbstverständnis und Identität** des Osteopathen betrachtet, stellt sie doch für einen Experten eine notwendige Bedingung dar, wenn sich die Osteopathie im Gesundheitssystem behaupten möchte. So sollte die Anamneseerhebung als fixer Bestandteil in der osteopathischen Arbeit integriert werden, um eine ebenbürtige Anerkennung der Osteopathie zu fördern und Negativassoziationen wie jene eines „Wunderheilers“ vorzubeugen. Einem anderen Experten geht es darum, dass neue Klienten über den Anamnesebogen über die Osteopathie und die osteopathische Sichtweise erfahren können. In diesem Sinne trägt die Anamneseerhebung insofern zu einem professionellen Verständnis bei, als dadurch die Komplexität der Möglichkeiten der Betrachtungsweise dem Klienten den Unterschied zu anderen Heilverfahren und therapeutischen Ansätzen vermitteln soll. Voraussetzung ist allerdings, dass die der Osteopathie inhärente Sichtweise auch im Praxisalltag in der Gestaltung der Anamnese und des Anamnesebogens zum Tragen kommt.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Anamnese, laut Spaeth (2000) ein wesentlicher Bestandteil des osteopathischen Praxisalltags, bereitet Osteopathie-Studenten immer wieder Probleme, welche in Supervisionen und in der fachspezifischen Prüfung am Ende der Ausbildung manifest werden. Betont wird in diesem Zusammenhang insbesondere die Schwierigkeit eines zeitlich angemessenen Aufeinanderabstimmens von Anamnese, Untersuchung und Behandlung, welche – so lassen Gespräche mit Studienkollegen vermuten – sich auch im Praxisalltag niederschlagen dürfte. So schenken manche Osteopathen der Anamnese sowohl auf zeitlicher als auch inhaltlicher Ebene viel, andere wenig Aufmerksamkeit, in Extremfällen findet überhaupt keine Anamnese vor der Behandlung statt. Während in medizinischer Perspektive der Anamnese unstrittige Bedeutung zukommt, so finden sich in der osteopathischen Literatur hierzu konträre Standpunkte. So werden von Cloet (2005) das anamnestiche Erfragen und Befunden als kontraproduktiv für das weitere osteopathische Vorgehen empfunden, für Hinkelthein (2006) stellt die Anamnese hingegen die Basis für die Behandlung dar. Ist die medizinische Fachliteratur zum Thema „Anamnese“ vielfältig und die Ausführungen über die Anamneseerhebung umfangreich, so ist einschlägige Fachliteratur in Bezug auf die osteopathische Anamnese rar. Die Angaben zum Thema Anamnese werden in einigen osteopathischen Lehrbüchern sehr detailliert ausgeführt, in anderen wird nur stichwortartig und kurz auf die Anamnese eingegangen, und einige Autoren thematisieren die Anamnese gar nicht.

Diese Differenzen und Widersprüchlichkeiten in Theorie und Praxis und der unklare Stellenwert der Anamnese in der Osteopathie waren Motivation, sich mit dem Thema Anamnese intensiver auseinander zu setzen. Entsprechend wurde in der vorliegenden Masterthese den **zentralen Fragen** nachgegangen, wie sich die Anamneseerhebung hinsichtlich Durchführung, Zielsetzung und inhaltlicher Dimensionen aus Sicht praktisch tätiger Osteopathen gestaltet, und welchen Stellenwert die Anamnese aus Sicht praktisch tätiger Osteopathen hat.

Um diese Fragestellungen zu beantworten, wurde zunächst auf Basis einer **Datenbankanalyse** der Stellenwert der schulmedizinischen und osteopathischen Anamnese extrahiert. Hierbei zeigte sich, dass im Beobachtungszeitraum 1963-2011 der relative Anteil an Publikationen zum Thema Anamnese im Vergleich zu den medizinischen respektive osteopathischen Gesamtpublikationen mit 0,086% bzw. 0,31% gering ausfällt. Sowohl in der Medizin als auch in der Osteopathie ergibt sich damit ein geringer quantitativer Stellenwert des Themas Anamnese, wenngleich bei Betrachtung der absoluten Anzahl an

Publikationen, die Auseinandersetzung mit dem Thema Anamnese in der Medizin mit 17.185 Publikationen ungleich stärker ist als in der Osteopathie mit 26 Werken. Sowohl in der medizinischen als auch osteopathischen Fachliteratur spiegelt sich ein qualitativ hoher Stellenwert wider, wenngleich auch im unterschiedlichem Ausmaß. So wird in medizinischen Lehrbüchern die Anamnese als zentraler Aspekt der ärztlichen Tätigkeit betrachtet, die ihren Niederschlag in ihrer Interaktionsfunktion und Basis für die Diagnoseerstellung findet. Mehrheitlich positive subjektive Äußerungen und Assoziationen weisen zwar auch auf eine hohe Relevanz der osteopathischen Anamnese hin, im Vergleich mit der Palpation und Untersuchung wird jedoch der Anamnese weniger Stellenwert in osteopathischen Werken beigemessen.

Dies zeigte sich auch im Rahmen einer weiterführenden **Literaturanalyse**, welche die wesentlichen Elemente der jeweiligen anamnestischen Herangehensweise herausarbeitete.

So werden im Unterschied zur medizinischen Fachliteratur, auf die Rahmenbedingungen für die Durchführung der Anamnese in der osteopathischen Literatur nur wenig und vereinzelt eingegangen, das Auftreten und Verhalten eines Osteopathen nur selten im direkten Zusammenhang mit der Anamnese thematisiert. Grundhaltungen des Osteopathen im anamnestischen Gespräch werden vergleichsweise dazu häufiger angesprochen, ebenso wie kommunikative Aspekte, wobei das aufmerksame Zuhören, insbesondere dem Körper, betont wird. Dies steht im Unterschied zur medizinischen Literatur, in welcher die patientenadaptierte Kommunikation zwar ein zentrales und vielfach diskutiertes Thema darstellt, jedoch keinen Dialog mit dem Gewebe anstrebt. Mehrheitlich wird ein strukturiertes Vorgehen im Rahmen der osteopathischen Anamnese favorisiert, welches in seinen groben Zügen jenes dem medizinischen entspricht. Verschiedene Standardisierungsverfahren, diagnostische Programme und medizinische Expertenprogramme wie sie im Rahmen der Medizin zum Einsatz kommen, finden sich in der Osteopathie nicht. Nur vereinzelt werden in der osteopathischen Literatur Anamnesebögen erwähnt, Angaben hinsichtlich deren Einsatz und Verwendung werden nahezu ausgeblendet. Eine Auseinandersetzung mit anamnestischen Fragetechniken findet in osteopathischen Lehrbüchern zwar statt, an einer tiefergehenden Analyse wie sie beispielsweise Lalouschek (2005) für das ärztliche Anamnesegespräch durchgeführt hat, mangelt es jedoch. Der Dokumentation im Rahmen der Anamnese als Pflicht des Arztes und praktizierenden Osteopathen wird in den jeweiligen Fachwerken Aufmerksamkeit gewidmet.

Übereinstimmend wird in der medizinischen Literatur die ärztliche Anamnese zur Identifizierung von Beschwerden bzw. Warnsignalen, zur Abklärung dahinterliegender pathologischer Prozesse, organischen Ursachen und gefährlichen Verläufe, zur Erfassung des sozialen

Kontextes des Patienten, sowie zum Aufbau eines Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eingesetzt, um eine Diagnose aufstellen zu können. Demgegenüber liegen im Zusammenhang mit den Anamnesezielen in osteopathischen Werken hauptsächlich Einzelaussagen von Osteopathen vor, welche sich mit jenen aus der medizinischen Literatur decken, aber auch darüberhinausgehende Zielsetzungen mit der Anamnese verknüpfen. So wird neben dem Identifizieren von beschwerdeauslösenden Strukturen auch der Erhalt von Hinweisen, welche großen Körpersysteme mitbeteiligt sind, als Anamneseziele erwähnt. Damit sollen für Mayer-Fally (2007) auch strukturelle, viszerale und kraniosakrale Verbindungen in zeitlichem, strukturellem und funktionellem Zusammenhang erkennbar werden. Auch das Herausfinden, ob ein Patient osteopathisch behandelt werden soll/darf, findet ebenso als anamnestische Zielsetzung im Rahmen der Osteopathie Erwähnung wie das Erstellen eines Therapiekonzepts oder das Abschätzen der Prognose.

Eine ärztliche Anamnese umfasst nach gängigen medizinischen Lehrbüchern die Erhebung der aktuellen Beschwerden und der medizinischen Vorgeschichte mit früheren Erkrankungen sowie eines Systemüberblicks, die Erfassung allgemeiner Daten wie Gesundheitszustand, Medikationen oder persönlicher Angaben sowie die Familien- und Sozialanamnese. Im Gegensatz dazu werden die Inhalte der osteopathischen Anamnese in der entsprechenden Fachliteratur nicht oder nur rudimentär erwähnt, in Fallbeispielen verpackt, oder stichwortartig bis hin zu sehr detailliert ausgeführt. Dabei sind alle Bereiche, wie sie auch im Rahmen der ärztlichen Anamnese angesprochen wurden, von Relevanz, ausgenommen des Systemüberblicks, welcher in der osteopathischen Anamnese im Gegensatz zur Schulmedizin keinen festen Bestandteil darstellt. Die Erhebung der Vorgeschichte ist insofern tiefergehend, als auch banale und lang zurückliegende Verletzungen bzw. Stürze und Narben für Osteopathen von Interesse sind. Bei Bedarf werden systemische oder organbezogene Fragen gestellt. Auf vorgeburtliche oder geburtliche Vorgänge wird insbesondere in der Anamnese im Bereich der kraniosakralen Osteopathie eingegangen.

Entsprechend dem Anliegen, Aufschluss über die Spezifika der Anamneseerhebung aus Sicht praktizierender Osteopathen zu erhalten, wurde zur Aufarbeitung der zentralen Forschungsfragen eine **qualitative Studie** durchgeführt. Mittels eines leitfadengestützten Experteninterviews als Erhebungsinstrument wurden sechs Experten im Zeitraum von Mai bis August 2008 interviewt. Die Auswahl der Themenbereiche orientierte sich dabei an Inhalten, die anhand der Literatur theoretisch aufgearbeitet wurden. Ergänzt wurden diese Bereiche durch Fragen zu subjektiven Veränderungsprozessen im anamnestischen Vorgehen und Anregungen zur Anamneseerhebung für angehende Osteopathen, sodass der Interviewleitfaden thematisch sechs Komplexe umfasste. Als Experten fungierten Osteopathen mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung, welche zum Zeitpunkt der

Erhebung an der WSO eine lehrende, supervidierende und/oder assistierende Funktion ausübten, wobei eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema Anamnese aufgrund ihrer Tätigkeit Voraussetzung war. Ebenso wurde auf eine Gleichverteilung in der Grundprofession, Arzt oder Physiotherapeut, geachtet. Die durchschnittliche Dauer der Interviews lag bei 40 Minuten. Die erhobenen Daten wurden im Anschluss transkribiert und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2005) ausgewertet. Das schrittweise erarbeitete Kategoriensystem umfasste vier Hauptkategorien und 20 Unterkategorien und bildete alle relevanten Themenbereiche im Bezug auf die Forschungsfragen ab.

Jede Auswahl der Methode prägt natürlich auch die Ergebnisse. So lässt der geringe Sample-Umfang keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu, allerdings war dies auch nicht Zielsetzung der Studie. Vielmehr galt es, qualitative Aspekte näher zu beleuchten. In der Wahl der Methodologie erschien daher der qualitative Forschungsansatz am geeignetsten, um das konkrete anamnestische Handeln und das individuelle Erfahrungswissen zum Thema Anamnese von praktisch tätigen Osteopathen einzufangen sowie das subjektive Gestalten und die Bedeutung der Anamnese im osteopathischen Praxisalltag widerzuspiegeln.

Gefragt nach dem Stellenwert, Durchführung, Inhalte und Ziele der anamnestischen Praxis in der Osteopathie ergaben sich dabei folgende zentrale **Ergebnisse**, welche zusammenfassend einer kritischen Diskussion unterworfen wurden.

Bezugnehmend auf den **Stellenwert** der osteopathischen Anamnese zeigten sich unterschiedliche Auffassungen über die Wichtigkeit der Anamnese sowohl bei den Experten als auch in der Literatur (vgl. z.B. Cloet, 2005; Croibier, 2006; Marcer, 2002; Nagel, 2008; Seider, 2009). Für die Hälfte der Experten stellt die Anamnese eine notwendige und therapierelevante Komponente dar, für die andere Hälfte der Experten ist eine osteopathische Behandlung ohne vorangegangene Anamneseerhebung ein interessanter Ansatzpunkt. Im Gegensatz dazu bestehen in der Schulmedizin keine Zweifel über den hohen Stellenwert und die Wichtigkeit der Anamnese (vgl. z.B. Dahmer, 2006; Ford et al., 2005; Grüne und Schölmerich, 2005; Lange, 1998; Lown, 2004; Segerer, 2007). Zusatzausbildungen im Rahmen der Osteopathie scheinen auf die individuelle Wichtigkeit der Anamnese Einfluss zu nehmen. Probleme und Unsicherheiten bei der Anamneseerhebung dürfte es nicht nur bei Medizinstudenten (vgl. Lalouschek, 2005; Lehmeyer, 2006; Sennekamp et al., 2007) sondern auch bei angehenden Osteopathen geben, denn bei den Experten herrschte Einigkeit darüber, dass in der Ausbildung der Anamnese verstärkt Beachtung beigemessen werden sollte. Den Aspekt der Ganzheitlichkeit im Zusammenhang mit der Anamnese betonten mehr als die Hälfte der Experten. Für die anderen

Experten sowie Fuhrmann und Schallier (2003) besteht hingegen die Möglichkeit der ganzheitlichen Erfassung des Patienten während der Untersuchung und Behandlung. Auffällig ist dabei, dass die mit der osteopathischen Anamnese verbundene Ganzheitlichkeit primär von Osteopathen mit physiotherapeutischen Ausbildungshintergrund betont wurde, während Osteopathen mit ärztlicher Grundprofession die ganzheitliche Sichtweise als besondere Eigenart der osteopathischen Anamnese zurückhaltender beurteilten. Die Vielschichtigkeit der Wahrnehmungsmöglichkeiten scheint das Spezielle an der osteopathischen Anamnese für die Experten zu sein. Neben verbalen und paraverbalen Wahrnehmungskanälen, wurden von allen Experten insbesondere die taktilen Komponenten, das Einholen von Informationen über das Gewebe durch Spüren und damit Zuhören des Körpers in Übereinstimmung mit der osteopathischen Literatur (vgl. z.B. Kainz und Géry, 2007; Kaschowitz, 2008; Liem, 2001; Paulus, 2005; Selim und Riepl, 2009) hervorgehoben, welche die osteopathische Vorgehensweise von anderen Heilverfahren abgrenzt und im Begriff der zellulärkommunikativen Anamnese eine neue, in der Literatur bislang noch nicht erwähnte, Dimension findet. Obgleich im osteopathischen Praxisalltag Anamnese, Untersuchung und Behandlung ineinander überfließen, wird der klinischen Untersuchung und der Palpation sowohl von den Experten als auch der Literatur mehr Bedeutung beigemessen als der Anamnese (vgl. Becker, 2007; Croibier, 2006; Liem, 2001; Magoun, 1951). Die professionelle Intuition, das vernetzte Denken und der Aspekt der innewohnenden Heilung machen nach Angaben eines Experten und in der Literatur (vgl. Fuhrmann und Schallier, 2003; Girardin, 2008; Liem, 2006a; Stark, 2010; Sutton, 1978 sowie Tempelhof, 2008) den Osteopathen und dessen Anamneseerhebung aus. Der hohe Stellenwert der Anamnese im Zusammenhang mit dem Patienten zeige sich aufgrund von Aspekten wie das Kennenlernen, das Vertrauen, die Sicherheit, die Wertschätzung, das Gefühl des Verstandenwerdens und dessen Auswirkung auf die Bereitschaft zur Untersuchung und Behandlung. Gewonnene Informationen im Rahmen der Anamnese könnten nach Expertenmeinung auch für das Kollektiv von Relevanz sein, ebenso wie die Anamneseerhebung zum professionellen Selbstverständnis und Identität des Osteopathen beitragen würde.

Im Zusammenhang mit der **Durchführung** der osteopathischen Anamnese zeigte sich, dass standardisierte Anamnesebögen, welche häufig in der Schulmedizin verwendet werden, rar sind. Die Experten stützen sich auf selbsterstellte Anamneseleitfäden oder erheben die Anamnese auf Basis eines mentalen Gerüsts ohne Vorlagen, wobei die Experten in der Erfassung von Patientendaten differenziert vorgehen. Der Einsatz der Anamnesebögen scheint sowohl bei den Experten als auch bei Croibier (2006) von der individuellen Einstellung und Haltung des praktizierenden Osteopathen abhängig zu sein. So betonten jene Experten, die in ihrer Praxis einen Anamnesebogen verwenden, die

Vorteile eines solchen Instrumentes für das Einholen relevanter Informationen, das strukturierte Sichtbarmachen des Körpernetzwerkes und das Einordnen visueller und palpatorischer diagnostischer Kriterien, während Experten, welche Anamnesebögen kritisch gegenüber stehen, die Nützlichkeit, die diagnostische Valenz und die inhaltliche Relevanz von standardisierten Fragebatterien für den Einzelfall in Frage stellen. Anstelle eines stark strukturierten, standardisierten Ablaufs, wird das Vorgehen der Experten eher durch subjektive, informelle und patientenzentrierte Zugänge bestimmt. So werden mitunter nur jene Patientendaten erhoben, die im jeweiligen Fall als wichtig und relevant erachtet werden, ist das Vorgehen durch Erfahrungen im Praxisalltag und durch Zusatzausbildungen geprägt oder ist das Durchführen der Anamnese vom soziodemographischen Hintergrund der Patienten abhängig. Flexibler und variabler Anamneseerhebung scheint ein Postulat des Eingehens auf die individuelle Problematik bzw. persönlicher Präferenzen zugrunde zu liegen. Mayer-Fally (2007) spricht sich gegen vorgegebene Schemata aus, wenngleich die Mehrheit der Autoren in der osteopathischen Literatur sich für ein systematisches Vorgehen bzw. eine grobe Ablaufstruktur aussprechen (vgl. Croibier, 2006; Hayden, 2009; Hinkelthein, 2006; Kauffman und Roth-Kauffman, 2006). Überwiegend bevorzugen die Experten ein deduktives Vorgehen, indem zunächst allgemeine, an jeden Patienten gerichtete Fragen gestellt werden, um anschließend spezifische, individuell abhängige Fragen zu formulieren; ein Vorgehen, das auch in der osteopathischen Literatur vorgeschlagen wird (vgl. Croibier, 2006; Liem, 2001; Hinkelthein, 2006). Das aktive Zuhören stellt sowohl für die Experten als auch in der Literatur eine zentrale Komponente in der Anamnese dar (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al., 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Höll, 2005; Lehmeier, 2006; Liem, 2001). Gleichwohl die medizinische Literatur (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Lehmeier, 2006) und in deutlich geringerem Ausmaß auch die osteopathische Literatur (vgl. Croibier, 2006) dem Methodenarsenal des aktiven Zuhörens vertiefte Aufmerksamkeit schenkt, wurden das Paraphrasieren, die unterstützenden Hörersignale oder die Interpretationsfragen kaum von den Experten erwähnt. Nonverbale Signale und Gesprächsinhalte, und die Kommunikation mit dem Körper und mit dem Gewebe sind für die Experten von Bedeutung. Nicht nur die verbalen Äußerungen des Patienten, sondern auch dessen Körper, scheinen damit den Patienten zum „*Symptomatologen*“ (Still, 2005a, S. II-17) zu machen. In der schulmedizinischen (vgl. z.B. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lange, 1998; Lehmeier, 2006; Lown, 2004) und osteopathischen (vgl. z.B. Croibier, 2006; Hartman, 1997; Hayden, 2009; Kaschowitz, 2008; Mayer-Fally, 2007) Literatur wird im Rahmen der Anamnese auf das Verhalten des Behandlers gegenüber dem Patienten, auf die Eigenschaften des Behandlers und die patientenadaptierte Kommunikation eingegangen. Auch den Experten erscheinen die Wertschätzung und die respektvolle,

offene, freundliche Haltung des Osteopathen gegenüber dem Patienten wichtig. Auf die Wichtigkeit der klaren Rollenverteilung, bei der die Führung der Anamnese dem Osteopathen obliegt, machen Experten und Mayer-Fally (2007) aufmerksam. Die Persönlichkeitsentwicklung wird in diesem Zusammenhang nicht nur von einem Experten sondern auch von Kaschowitz (2008) in der osteopathischen Literatur aufgegriffen. Eine durchschnittliche Anamneseerhebung dauert in Übereinstimmung mit Paulus (2005) zwischen 5 und 15 Minuten. Insgesamt zeigte sich jedoch, dass die Anamneseerhebung durch die osteopathische Tätigkeit einen Wandel erfahren hat. Die Veränderungen liegen bei vier Experten in einem geringeren Umfang und dadurch auch geringerem zeitlichen Aufwand. Sowohl der Gewinn an Erfahrungen und Sicherheiten, als auch die Gewebekommunikation und körperliche Interaktion werden als Ursache für diese Veränderung erwähnt.

In Bezug auf die **Inhalte** erheben alle Experten die Stammdaten, wobei unterschiedliche Auffassungen über Umfang und Wichtigkeit der zu erhebenden persönlichen Daten vorlagen. Die Wichtigkeit der Erfragung und der Auswahl soziodemographischer Daten ist im osteopathischen Praxisalltag zum Teil vom Konsultationsgrund abhängig. In Zusammenhang mit dem Beruf erscheint die Ermittlung des Spaß-, Stress- und Zufriedenheitsfaktors mehr von Interesse zu sein, als die konkrete berufliche Tätigkeit. Rückschlüsse auf Berufserkrankungen wie in der Medizin beschrieben (vgl. Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006), wurden nicht thematisiert, ebenso wie der Erhalt diagnostischer Hinweise aus den Stammdaten im osteopathischen Praxisalltag offen bleibt. Einen wesentlichen Inhalt stellt sowohl in der Literatur (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Füleßl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hebgen, 2008; Helmoortel et al, 2002; Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006) als bei den Experten das Erfassen der aktuellen Beschwerden dar, wobei die vertiefte Beschwerdeexploration dem in der Literatur beschriebenen W-Schema folgt (vgl. Dahmer, 2006; Lange, 1998; Mayer-Fally, 2007). Hinsichtlich der qualitativen und quantitativen Symptome werden mehrheitlich von den Experten Dauer, Lokalisation, Auslöser der Beschwerden erhoben, während die Beschwerdemodalität/Schmerzqualität und Begleitumstände ausdrücklich nur bei zwei Experten Erwähnung finden. Emotionale und banale Situationen als Auslöser von Beschwerden oder Schmerzen werden zwar in der osteopathischen Literatur (vgl. Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007; Tempelhof, 2008), von Expertenseite jedoch weniger stark aufgegriffen. Für zwei Experten dient die Frage nach Verbesserung und Verschlechterung des Schmerzes nicht nur wie in der Literatur beschrieben (vgl. Adler und Hemmeler, 1992; Füleßl und Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006), dem Einkreisen der Diagnosefindung, sondern auch als Ausgangspunkt für Behandlungsansätze. Bei den Experten und zum Teil in der osteopathischen Literatur (vgl. Croibier, 2006; Liem, 2001; Mayer-Fally, 2007) findet sich das Erheben

von vorangegangenen Diagnosen, Untersuchungen und Therapien, gleichwohl sich ein Experte dezidiert an den Diagnosen und Meinungen anderer Ärzte nicht interessiert zeigt, da er vom Patienten selbst wissen möchte, was, wie und wobei schmerzt. Das Erfassen von Unfällen, Traumata und Operationen ist in Übereinstimmung mit der medizinischen und osteopathischen Literatur (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006; Liem, 2006a), für alle Experten im Rahmen der Vorgeschichte von Bedeutung. Zur Ursachenfindung von Symptomen und zum Eruiieren viszeraler, kraniosakraler und struktureller Verknüpfungen (vgl. Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007) wird von Expertenseite, mitunter sehr detailliert nachgefragt. Die Erhebung von Erkrankungen zählt sowohl bei den Experten als auch in der Literatur zu den Inhalten (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a). Von einem Systemüberblick als festen Bestandteil der osteopathischen Anamnese wird jedoch von Expertenseite Abstand genommen – und spiegelt damit die im Rahmen der Literatur divergente Meinungslage wider (vgl. Croibier, 2006; Fossum, 2002; Hinkelthein, 2006). Im Zusammenhang mit der gynäkologischen Anamnese und Fragen zum Urogenitalbereich, insbesondere jedoch mit der Sozialanamnese zeigt sich bei den Experten eine Variabilität, als nur ein Experte sehr detailliert darauf eingeht und vier der Experten diese kaum erwähnen, was angesichts der beigemessenen Bedeutung in der osteopathischen Literatur überrascht (vgl. Croibier, 2006; Fossum, 2002; Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007). Im Unterschied dazu erheben alle Experten eine Medikamentenanamnese, die unter anderem Rückschlüsse auf Erkrankungen zulässt. Die wichtigste Frage stellt für einen Experten jene nach der subjektiven Erfolgsbeurteilung dar, wobei das Wissen um die Gesundheit der Patienten und die Erreichung von Behandlungszielen thematisiert werden. Gemeinsame Zielvereinbarungen auf Basis subjektiver Gesundheitsvorstellungen könnten vor diesem Hintergrund einen interessanten Ansatzpunkt im Rahmen der osteopathischen Anamnese darstellen. Die Inhalte in der pädiatrischen Anamnese in der Osteopathie unterscheiden sich nach Aussagen der Experten von jenen der „adulten“ Anamnese, decken sich jedoch mit den Angaben aus der osteopathischen Literatur (vgl. Liem, 2001; Hayden, 2009). Hauptaugenmerke werden im Praxisalltag auf infektiöse Krankheiten v. a. im respiratorischen und im Verdauungs-Bereich gelegt. Für einen Experten lässt sich das Problem des Babys nur über Gewebekontakt eruiieren, da eine Fremdanamnese nicht genügend Informationen liefert.

Im Hinblick auf die **Ziele** der Anamnese ließen sich folgende Aspekte herausarbeiten. Das Anbahnen eines Entfaltungsdialogs zwischen dem Osteopathen und dem Patienten kristallisierte sich als essentielle Zielsetzung heraus, wobei neben dem Ausdruck von Wertschätzung und Interesse gegenüber dem Patienten vor allem der Vertrauensaufbau von

den Experten und in der Literatur (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fetzner und Paquet, 2007; Fießl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008; Lalouschek, 2005; Lange, 1998) betont wurde. Das Vermitteln eines positiven Aspekts, bei dem die Ressourcen und Stärken des Patienten in den Vordergrund rücken, findet bei den Experten und vor allem in der Homöopathie Erwähnung. Obgleich in der Literatur zur pädiatrischen Osteopathie nicht erwähnt, stellt das Erlangen von Verständnis für einen Experten das Hauptziel der Anamnese in der Arbeit mit Kindern dar. Die Anamnese ermöglicht für einen Experten nicht nur einen Einblick in die Persönlichkeit des Patienten (vgl. Dahmer, 2006; Fießl und Middeke, 2005; Güthoff und Rosenecker, 2008), sondern gestattet auch dem Patienten einen Einblick in die Persönlichkeit des Osteopathen. Das von einem Experten erwähnte „Abchecken“ zwischen Patient und Osteopath auf verschiedenen Ebenen könnte mit dem integralen Behandlungsansatz der Osteopathie (vgl. Liem, 2006b) in Zusammenhang gebracht werden, bei dem die Verantwortung des Behandlungserfolgs sowohl vom Behandler als auch vom Patienten abhängig ist. Das Abschätzen der Prognose (vgl. Höll, 2005; Mayer-Fally, 2007) und das Einschätzen des Behandlungserfolgs (vgl. Liem, 2001) wurde nur von einem Experten in der Zielsetzung erwähnt. Die Anamnese unterstützt die Experten in ihrem weiteren Vorgehen, wobei nur zwei Experten im Formulieren einer osteopathischen Diagnose ein notwendiges Anamneseziel sehen. Dies erweckt den Anschein, dass die von der EFO (2010) beschriebene Triade – Ausschluss-, Differential- und Arbeitsdiagnose – in der Praxis noch nicht ihren Einzug gefunden hat. In der Schulmedizin wird die Anamnese im Gegensatz zu den praktisch tätigen Osteopathen als ein Grundpfeiler für die Diagnosestellung angesehen, da 70-90% der Diagnosen aufgrund der erhobenen Daten in der Anamnese gestellt werden können (vgl. Fetzner und Paquet, 2007; Grüne und Schölmerich, 2007; Pschyrembel, 2010; Von Uexküll, 1992). In der Osteopathie befürworten ein Experte und Höll (2005) ein abwartendes Offenhalten der Diagnose („watchful waiting“) und dieses wird auch in der Medizin unter bestimmten Voraussetzungen empfohlen (vgl. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2003). Das Erfassen von abwendbar gefährlichen Verläufen und Kontraindikationen wird von den Experten als wichtiges Anamneseziel in der Osteopathie erachtet und sowohl in der schulmedizinischen (vgl. z.B. Ford et al. 2005) als auch osteopathischen Literatur (vgl. z.B. EFO, 2010; Hebgen, 2008; Helsmoortel et al., 2002; Hinkelthein 2006) erwähnt. Aktuelle Beschwerden werden rückgebunden zu anderen Beschwerden, zu früheren Erkrankungen, und zu Operationen, Unfällen und Medikamenten, weshalb die Anamnese aus Expertensicht auch vielfach dem Eruieren von Zusammenhängen – sei es auf struktureller oder systemischer Ebene – dient und auch als Feedback-System fungiere. Dass auch zeitliche Verknüpfungen dabei relevant sind wird nicht nur von einem Experten, sondern auch von Ligner (2007) betont. Ein weiteres Ziel stellt für die Experten der Gewinn eines Ein- bzw. Überblicks über die

Beschwerden und Leiden des Patienten aufgrund der Informationssammlung und Datenerhebung in der Anamnese dar. Für einen Experten sind dabei auch das Erfassen des Leidensdrucks und dessen individuelle Bedeutung für das aktuelle Geschehen von Interesse. Aspekte, die in der schulmedizinischen und osteopathischen Literatur eher selten thematisiert werden (vgl. Croibier, 2006; Dahmer, 2006). In der osteopathischen Literatur – nicht aber bei den Experten – findet das Erfassen von Fakten, die die Gesundheit des Systems widerspiegeln und die das Vorhandensein reorganisierender Kräfte anzeigen, Erwähnung (vgl. Burjan-Lang et al., 2009; Hayden, 2009; Mayer-Fally, 2007). Einigkeit herrschte unter den Experten, dass im Anschluss an die Anamnese zielgerichteter untersucht und behandelt werden kann. Den Erhalt ausreichender Informationen in der Anamnese und einer anschließenden individuellen Behandlung verfolgt auch Marcer (2002) als Ziel im Rahmen der osteopathischen Anamnese. Die Klärung der Zuständigkeit, ob eine osteopathische Behandlung indiziert ist, wird als Ziel von einem Experten angegeben und in der osteopathischen Literatur durch Angaben von Hartman (1997) und Helsmoortel et al. (2002) gestützt. Ob der jeweilige Osteopath für die Beschwerden des jeweiligen Patienten genügend kompetent ist, gilt es für zwei der Experten und für Höll (2005) im Rahmen der Anamneseerhebung herauszufinden. Die Hälfte der Experten warfen Fragen zu rechtlichen Absicherung bei den Anamnesezielen auf, wobei ein Experte die Anamneseerhebung selbst als wichtiges Instrument für seinen Eigenschutz erachtet. Auf die Dokumentation wurde von den Experten im Gegensatz zur Literatur nicht eingegangen (vgl. z.B. Erens, 2004; Lehmeyer, 2006; Reimann, 2002). Die Anamnese als Teil der Therapie findet bei einem Experten und bei Paulus (2005) und Lown (2004) Erwähnung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich als zentrales Ziel der osteopathischen Anamnese das Entfalten einer vertrauensvollen Beziehungs- und Gesprächsbasis erweist, nicht aber das Formulieren einer osteopathischen Diagnose. Im Unterschied zur Schulmedizin wird in der Osteopathie von einem stark strukturierten Vorgehen Abstand genommen und stattdessen ein individuums-zentriertes Erfragen und Erspüren auf Basis eines Dialogs mit dem Gewebe favorisiert. Entsprechend wird auch der Untersuchung und Palpation sowohl in der Literatur als auch im osteopathischen Praxisalltag ein höherer Stellenwert eingeräumt als der Anamnese.

Gleichsam machen Experten auch auf Unsicherheiten und Probleme in der Anamneseerhebung bei angehenden Osteopathen aufmerksam, weshalb schlussfolgernd das Thema Anamnese in der Osteopathieausbildung verstärkt aufzugreifen wäre, um Studierende für das diagnostische Verarbeiten anamnestisch gewonnener Informationen zu sensibilisieren.

Auf Basis der Studie tauchen zudem Fragen, gleichsam generierten Hypothesen auf, welche Anstoß für weiterführende Arbeiten bilden könnten. Da nach Expertenmeinung im Gegensatz zu Liem (2006a) die ganzheitliche Erfassung des Menschen nicht im Rahmen der Anamnese, sondern während der Untersuchung und Behandlung stattfinden kann, erhebt sich die Frage in welchem Ausmaß mit der Anamnese ein holistischer Ansatz verknüpft ist. Zweitens stellt sich im Zusammenhang mit der Betonung vielschichtiger Wahrnehmungsmöglichkeit die Frage, ob das anamnestische Vorgehen in der Osteopathie im Unterschied zu jenem anderer Heilverfahren über differenziertere Wahrnehmungskanäle gekennzeichnet ist. In dem Ausmaß, in dem Zusatzausbildungen die Anamneseerhebung zu beeinflussen scheint, erhebt sich die Frage nach weiteren, die Anamneseerhebung determinierenden Faktoren. Den Kritikpunkt fraglicher diagnostischer Valenz könnte viertens durch die Frage nach der Güte von Anamnesebögen begegnet werden.

Literaturverzeichnis

- Adler R., Hemmeler W. (1992): Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Auflage. Stuttgart: Fischer.
- Aigner G., Kletecka A., Kletecka-Pulker M., Memmer M. (2004): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Manz.
- Albrecht H. (2006): Die Heilkraft des Vertrauens. In: Zeit Online, 32, S. 25. Unter: <http://www.zeit.de/2006/32/M-Beziehungsmedizin> (Zugriff am 20.10.2008).
- Alscher M.D. (2008): Computereinsatz in der Medizin: Chance für eine hochwertige Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt, 105/37, S. 1897-1900.
- American Academy of Osteopathy (Ed.) (2002): Outpatient Osteopathic SOAP Note Form Series. Usage Guide. Indianapolis: American Academy of Osteopathy.
- Anker S., Fischer T., Rossmly C. (2010): Das Faszienmodell nach Stephen Typaldos. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 1, S. 28-31.
- Barral J-P., Mercier P. (2005): Lehrbuch der viszeralen Osteopathie Band 1. 2. Auflage. Paris: Urban & Fischer.
- Becker R. (2007): Leben in Bewegung. (1997). In: Becker R., Hartmann Ch. (Hrsg.): Leben in Bewegung & Stille des Lebens. Aus dem Amerikanischen von Möckel E. Pähl: Jolandos, S. 15-365.
- Bensing, J. (1991): Doctor-Patient Communication and the Quality of Care. In: Social Science and Medicine, 32/11: p. 1301-1310.
- Biberschick M. (2010): Legt Euch ein Schema zurecht. Die Routineuntersuchung in der Osteopathie. Masterthesis: Donauuniversität Krems/ Wiener Schule für Osteopathie.
- Bogner A., Menz W. (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.) Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich, S. 33-71.
- Braun R.N., Mader F.H. (2005): Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. 5. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Bräutigam W., Christian P., Rad M. (1997): Psychosomatische Medizin: Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 6. unver. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Brockhaus (2011): Der Brockhaus in einem Band. 14. Auflage. Gütersloh/München: F.A. Brockhaus in der Wissenmedia GmbH.
- Broyles K. (2003): Authorized Osteopathic Thesaurus. Terms 300-399. Chevy Chase: American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM).
- Buekens J. (2004): Globale integrierte Myofasziale Osteopathische Therapie (GIMFOT) In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 3, S. 23-26.
- Bührmann A. (2004): Rezension: Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.) (2002). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. In: Forum Qualitative

Sozialforschung, 5/3, Art. 1. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/574/1245> (Zugriff am 20.03.2012).

Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) vom 31. Juli 1992 (BGBl. Nr. 460/1992).

Burjan-Lang E., Mückler A., Urbanek T. (2009): Wie lassen sich osteopathische Techniken für die Behandlung von Kindern adaptieren? Die Herangehensweise des Osteopathischen Zentrums für Kinder in Wien. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 1, S. 25-29.

Chaitow L. (2001): Palpationstechniken und Diagnostik. Lehr- und Arbeitsbuch für Osteopathen. München-Jena: Urban & Fischer.

Cloet E. (2005): Wie wichtig ist die visuelle Wahrnehmung in der Osteopathie? In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 2, S. 28-29.

Croibier A. (2006): Diagnostik in der Osteopathie. München: Urban & Fischer.

Dahmer J. (2006): Anamnese und Befund. 10. Auflage. Stuttgart: Thieme.

De Coster M., Pollaris A. (2007): Viszerale Osteopathie. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Delaunois P. (2002): Die persönliche Entwicklung von A.T. Still. In: Dobler T.K., Liem T. (Hrsg.): Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. München: Urban & Fischer, S. 12-17.

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg.) (2003): S 3 Leitlinie: Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Langfassung. Nürnberg: DKPM.

Dobler T.K., Liem T., Puylaert M. (2005) Leitfaden Viszerale Osteopathie. München: Urban & Fischer.

Duden (2010): Das Fremdwörterbuch. 10. Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut GmbH.

Eder G. (2010): Leitfaden für die physiotherapeutische Prozessdokumentation im Fachbereich Physikalische Therapie & allgemeine Rehabilitation. FH Campus Wien. Bachelor Studium Physiotherapie.

Ehrensberger A. (2004): Anamnese: Der Gedächtnischarakter des Gottesdienstes. Unter: http://www.liturgiekommission.ch/Orientierung/II_A_04_Anamnese.pdf (Zugriff am 20.05.2011).

Epstein O., Perkin G.D., Cookson J., de Bono D.P. (2006): Anamnese und Untersuchung. München: Urban & Fischer.

Erens O. (2004): Medizinische Dokumentation. In: Emminger H.A. (Hrsg.): Exaplan. Das Kompendium der klinischen Medizin. 4. Auflage. München: Urban & Fischer, S. 1935-1936.

European Federation of Osteopaths (EFO) (2010): The Scope of Osteopathic Practice in Europe. Brussels: European Federation of Osteopaths.

Fetzner U., Paquet K.J. (2007): Allgemeine Anamneseerhebung und allgemeine klinische Untersuchung. In: Schaps K.P., Kessler O., Fetzner U. (Hrsg.). Das Zweite – kompakt: Grundlagen – GK2. Band 7. Berlin: Gabler, S. 1-47.

- Flick U. (2000): Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Ford M.J., Hennessy I., Japp A. (2005): Introduction to clinical examination. Edinburgh: Elsevier.
- Fossum Ch. (2002): Die osteopathische Diagnosefindung. In: Dobler T.K., Liem T. (Hrsg.) Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. München: Urban & Fischer, S. 74-111.
- Franz M. (2008): Wenn nur Zahlen zählen. In: Die Presse vom 18. April 2008 (Online-Ausgabe) Unter: <http://diepresse.com/home/spectrum/zeichenderzeit/377949/Wenn-nur-Zahlen-zaehlen> (Zugriff am 20.10.2008).
- Froschauer U., Lueger M. (2002): ExpertInnengespräche in der interpretativen Organisationsforschung. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich, S. 173-190.
- Frymann V. (2007a) Osteopathie, Krankheit, Gesundheit. Unveröffentlichter Vortrag. In: Frymann V., Hartmann Ch. (Hrsg.): Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO. Das Erbe der Osteopathie für Kinder. Aus dem Amerikanischen von Reiter M und Pöttner M. Pähl: Jolandos, S. 419-427.
- Frymann V. (2007b): Was liegt in einem Namen beschlossen? (1972) In: Frymann V., Hartmann Ch. (Hrsg.): Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO. Das Erbe der Osteopathie für Kinder. Aus dem Amerikanischen von Reiter M und Pöttner M. Pähl: Jolandos, S. 427-435.
- Frymann V. (2007c): Die Verantwortung des Osteopathen für den Menschen. (1968) In: Frymann V., Hartmann Ch. (Hrsg.): Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO. Das Erbe der Osteopathie für Kinder. Aus dem Amerikanischen von Reiter M und Pöttner M. Pähl: Jolandos, S. 455-465.
- Füeßl H.S., Middeke M. (2005): Anamnese und Klinische Untersuchung. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Fuhrmann M., Schallier F. (2003): Kompensatorische Kniebeschwerden. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 1, S. 29 -29.
- Fulford R. (2005): Puls des Lebens. Aus dem Amerikanischen von Ilka Rosenberg. Pähl: Jolandos.
- Gärtner H. (1962): Die Fragen des Arztes an den Kranken. Rufus (of Ephesus). Berlin: Akademie Verlag.
- Gawlik W. (2001): Die homöopathische Anamnese. 2. Auflage. Stuttgart: Hippokrates.
- Genneper T. (2004): Die homöopathische Anamnese. In: Genneper T., Wegener A. (Hrsg.): Lehrbuch der Homöopathie. Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Haug-Verlag, S. 45-72.
- Girardin M. (2008): Evolutionsmedizin in der Osteopathie. In: Liem T., Sommerfeld P., Wüthrich P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 29-41.
- Gläser J, Laudel G. (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Gottschlich M. (2007): Medizin und Mitgefühl: die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. 2. überarbeitete Auflage. Wien: Böhlau.
- Greenman P. (2000): Lehrbuch der Osteopathischen Medizin. 2. Auflage. Stuttgart: Haug-Verlag.
- Gregory P., Mursell I. (2010): Manual of clinical paramedic procedures. Ames: Wiley Blackwell.
- Grüne St. (2007): Anamnese. In: Grüne St., Schölmerich J. (Hrsg.): Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer, S. 15-28.
- Grüne St., Schölmerich J. (2007): Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer.
- Güthoff S., Rosenecker J. (2008): Anamneseerhebung. In: Rosenecker J., Schmidt H. (Hrsg.): Pädiatrische Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer, S. 3-17.
- Hayden L. (2009): Anamnese. In: Möckel E., Meddeb G. (Hrsg.): Handbuch der pädiatrischen Osteopathie. München: Urban & Fischer, S. 101-105.
- Hartman L.S. (1997): Lehrbuch der Osteopathie. München: Pflaum.
- Hartmann Ch. (2005): Einleitung des Herausgebers. In: Still A.T., Hartmann Ch., Pöttner M. (Hrsg.): Das große Still-Kompodium. Autobiographie, die Philosophie der Osteopathie, die Philosophie und mechanischen Prinzipien der Osteopathie, Forschung und Praxis. Pähl: Jolandos, S. XXIX-XXXIII.
- Hartmann Ch. (2009): Einführung des Herausgebers. In: Hartmann C. (Hrsg.): Osteopathie erklärt (1900) John Martin Littlejohn. Pähl: Jolandos.
- Hebgen E. (2008): Viszeralosteopathie. Grundlagen und Techniken. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates.
- Helsmoortel J., Hirth T., Wühl P. (2002): Lehrbuch der viszerale Osteopathie. Stuttgart: Thieme.
- Hinkelthein E. (2006): Diagnosekonzepte. In: Hinkelthein E., Zalpour Ch. (Hrsg.): Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Heidelberg: Springer, S. 3-31.
- Hinkelthein E., Zalpour Ch. (2006): Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Heidelberg: Springer.
- Höll A. (2005): Anamnese. Vorlesungsmitschrift. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.
- Hölzl E. (1994): Qualitatives Interview. In: Arbeitskreis qualitative Sozialforschung Wien (Hrsg.): Verführung zum qualitativen Forschen: eine Methodenauswahl. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Kainz A., Géry E. (2007): Was kann die Osteopathie? Feinarbeit am Netzwerk des Körpers. In: Medical Tribune 37 Unter: http://extranet.medical-tribune.de/volltext/PDF/2007/MT_Oesterreich/37_mtoe/MTA_37_2007_s12.pdf (Zugriff am 10.03.2008).
- Kaschowitz G. (2008): Das Prinzip des Dialogischen in der Osteopathie. In: Liem T., Sommerfeld P., Wühl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 92-100.

- Kauffman M., Roth-Kauffman M. (2006): The History and Physical Examination Workbook: A Commonsense Approach. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Kiesewetter C. (1999): Befunderhebung. In: Kolster B., Ebel-Paprotny G. (Hrsg.): Leitfaden Physiotherapie. 2. neu bearbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, S. 27-33.
- Knight B. (1999): Vorwort. In: Typaldos St. (Hrsg.): Orthopathische Medizin: Die Verbindung von Orthopädie und Osteopathie durch das Fasziendistorsionsmodell. Aus den Amerikanischen von Meddeb, G. Kötzing: Verlag für Ganzheitliche Medizin Wühr.
- König P. (2005): Durch Ähnliches heilen. 2. Auflage. Wien: Lexis Nexis ARD Orac.
- König P. (2010): Wahlfach Homöopathie Anamnese. Vorlesungsmitschrift. AKH Wien, 20.10.2010 (CD).
- Kratky K.W. (2003): Komplementäre Medizinsysteme. Vergleich und Integration. Wien: Ibero
- Krönke K. (2006): A questionnaire to evaluate the Professional Field of osteopathy in Austria. Pilot study 2003. Masterarbeit: WSO.
- Kuchenbecker J., Schmitz K., Dick H.-B. (2000): Literaturrecherche online. In: Ophthamologe, 97, S. 885-892
- Lalouschek J. (2002): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lalouschek J. (2005): Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lamnek S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Methodologie Band 1. 3. korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz.
- Lange A. (1998): Anamnese und klinische Untersuchung. 5. völlig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Lehmeyer L. (2006): Basics Anamnese und Untersuchung. München: Urban & Fischer.
- Liem T. (2001): Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch. 3. Auflage. Stuttgart: Hippokrates.
- Liem T. (2006a): Diagnoseprinzipien. In: Liem T. (Hrsg.): Morphodynamik in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates, S. 202-238.
- Liem T. (2006b): Therapeut und therapeutische Interaktion. In: Liem T. (Hrsg.): Morphodynamik in der Osteopathie (Hrsg.): Stuttgart: Hippokrates, S. 238-253.
- Liem T. (2008): Entwicklungsdynamische und ganzheitliche Prinzipien und ihre Bedeutung für die Osteopathie. In: Liem T., Sommerfeld P., Wühl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 7-29.
- Ligner B. (2007): Prüfungsvorbereitung Viszerale Osteopathie. Vorlesungsskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.
- Ligner B., Van Assche R. (1993): Gelenke der unteren Extremität. Mobilisation und Korrektur. Bildatlas der Osteopathie Band 1. Kötzing: Verlag für Osteopathie Dr. Erich Wühr.

- Lown B. (2004): Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Lugmayr B., Schörner B., Gräsel V., Kerschischnik E., Knauder S., Kosik M., Muck, I., Stipanits F., Wahl M., Wariszlovich G. (2003): Projekt MTD Qualitätssicherung: Berufsprofil der/des diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), BM für soziale Sicherheit und Generationen.
- Magoun H. (1951): Osteopathy in the Cranial Field. Original Edition. Kirksville: The Journal Printing Company.
- Marcer N. (2002): Stress, Allostase und Osteopathie In: Dobler T.K., Liem T. (Hrsg.): Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. München: Urban & Fischer, S. 60-71.
- Marcer N., Parsons J. (2005): Osteopathy-Models for Diagnosis, Treatment and Practice. Churchill, Livingstone: Elsevier.
- Mayer-Fally E. (2007): Klinische Osteopathie. Skriptfassung für die Studenten der WSO und dem Master-Kurs an der Universität Krems.
- Mayring P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1/2, Art. 20. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383> (Zugriff am 18.02.2012).
- Mayring P. (2005): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: Mayring P., Gläser-Zikuda M. (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz, S. 7-20.
- Mayring P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim: Beltz.
- McConnell C.P. (1917): Clinical Osteopathy. Chicago: The A.T. Still Research Institute.
- McKay C., Vick D.A., Zengerle C.R. (1996): The safety of manipulative treatment: review of the literature from 1925-1993. In: Journal of the American Osteopatic Association, 96/2, p. 113-113.
- McKone W.L. (2008): Wissen und Wahrheit in der Osteopathie. In: Liem T., Sommerfeld P., Wüthrl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 110-131.
- Mehrabian A., Ferris S. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. In: Journal of Consulting Psychology, 31/3, p. 248–252.
- Meuser M., Nagel U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich, S. 71-95.
- Miesbach W., Rutsch S. (2004): Allgemeinmedizin. In: Emminger H.A. (Hrsg.): Exaplan. Das Kompendium der klinischen Medizin. 4. Auflage. München: Urban & Fischer. S. 1939-1979.
- Nagel M. (2008): Expertenrunde: Osteopathie in Bewegung. In: Liem T., Sommerfeld P., Wüthrl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 131-141.

- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) (Hrsg.) (2005): Der osteopathische Standard. Ein Verhaltenskodex für die Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO). Wien: OEGO. Unter: <http://www.oego.org/cms/index.php?id=50> (Zugriff am 15.10. 2008).
- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) (Hrsg.) (2010): Osteopathie in Österreich. Unter: <http://www.oego.org/cms/index.php?id=45> (Zugriff am 12.05.2012)
- Paulus S. (2005): „Taking In“ a History. Unter: http://interlinea.org/past_issue/taking_in_a_history.html (Zugriff am 24.11.2007).
- Pfadenhauer M. (2002): Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview. Ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich, S. 113-130.
- Pschyrembel (2010): Klinisches Wörterbuch 2011. 262. Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Psutka P. (2009): Palpatorische Wahrnehmung: Die fünf Sinne und darüber hinaus. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 2, S. 17-19.
- Puylaert M. (2005): Diagnostik der Dysfunktionen. In: Dobler T.K., Liem T., Puylaert M. (Hrsg.): Leitfaden Viszerale Osteopathie. München: Urban & Fischer, S. 302-311.
- Reimann S. (2002): Befunderhebung. Grundlagenwissen für Physiotherapeuten und Masseur. 2.Auflage. München: Urban & Fischer.
- Reiter M. (2004): Kraniosakrale Osteopathie – Was ist das? In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 4, S. 40-40.
- Sammut E., Searle-Barnes P. (1998): Osteopatic Diagnosis. Cheltenham: Nelson Thomes Ltd.
- Seel A. (2004): Einführung in die Qualitative Forschung. Unter: http://www.pze.at/typo3/fileadmin/userupload/ife-dokumente/Qualitative_Forschung_Homepage.pdf (Zugriff am 05.06.2009).
- Segerer H. (2007): Pädiatrische Untersuchungstechniken. In: Grüne St., Schölmerich J. (Hrsg.): Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer, S. 279-316.
- Seider R. (2009): Osteopathische Informationsquellen. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 2, S. 40-40.
- Selim M., Riepl G. (2009): Was kann die Osteopathie und wie heilt sie? In: promed komplementär 2, S. 20-23.
- Sennekamp M., Gilbert K., Gensichen J., Gerlach F. (2007): Anamneseerhebung und Gesprächsführung: Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei Studierenden der Vorklinik als Grundlage für eine modulare Kurs-Neugestaltung. Posterpräsentation im Rahmen der Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) vom 10.-12. November 2006. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 24/1, S. 1.
- Sergueef N. (1995): Die Kraniosakrale Osteopathie bei Kindern. Kötzing: Verlag für Ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH.
- Siegrist J. (2005): Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer.

- Sleszynski S.L., Glonek T. (2005): Outpatient Osteopathic SOAP Note Form: preliminary results in osteopathic outcomes-based research. In: Journal of the American Osteopathic Association, 105/4, p. 181-205.
- Spaeth D.G. (2000): Spirituality in history taking. In: Journal of the American Osteopathic Association, 100/10, p. 641- 644.
- Stark J. (2010): Still und die gesundheitlichen Belange der Frau. In: Riedl K.H., Schleupen A. (Hrsg): Osteopathie in der Frauenheilkunde. München: Urban & Fischer.
- Steflitsch W. (2010): Osteopathie – Wenn Hände heilen. In: Ärzte Krone, 7, S. 12-13.
- Steinke I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U., Von Kardorff E., Steinke I. (Hrsg): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 319-331.
- Still A.T. (2005a): Die Philosophie der Osteopathie. (1899). In: Still A.T., Hartmann Ch., Pöttner M. (Hrsg): Das große Still-Kompendium. Autobiographie, die Philosophie der Osteopathie, die Philosophie und mechanischen Prinzipien der Osteopathie, Forschung und Praxis. Pähl: Jolandos, S. II 7-119.
- Still A.T. (2005b): Die Philosophie und die mechanischen Prinzipien der Osteopathie. (1902). In: Still A.T., Hartmann Ch., Pöttner M. (Hrsg.): Das große Still-Kompendium. Autobiographie, die Philosophie der Osteopathie, die Philosophie und mechanischen Prinzipien der Osteopathie, Forschung und Praxis. Pähl: Jolandos, S. III 7-189.
- Still A.T. (2005c): Forschung und Praxis. (1910). In: Still A.T., Hartmann Ch., Pöttner M. (Hrsg): Das große Still-Kompendium. Autobiographie, die Philosophie der Osteopathie, die Philosophie und mechanischen Prinzipien der Osteopathie, Forschung und Praxis. Pähl: Jolandos, S. IV 7-202.
- Sutherland W. G. (2004): Unterweisungen in der Wissenschaft der Osteopathie.(1900) In: Hartmann Ch. (Hrsg.): Das große Sutherland Kompendium. Geschichte der Osteopathie. Pähl: Jolandos, S. I 1-243.
- Sutton S.E. (1978): An osteopathic method of history taking and physical examination: Part 1. In: Journal of the American Osteopathic Association, 77, p. 780-788.
- Taruttis H., Haase R. (2002). Schlussfolgerungen aus Anamnese und Befund. In: Trauma und Berufskrankheit, 4/3, S. 214-218.
- Tempelhof S. (2008): Osteopathie. München: Gräfe und Unzer.
- Trappe R., Trost H. (Hrsg.) (2010): Wissenschaft und Medizin. 8. Auflage. Wien: Facultas.
- Typaldos S. (1999): Orthopathische Medizin. Die Verbindung von Orthopädie und Osteopathie durch das Faszienmodell. Kötzing: Verlag für Ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH.
- Van den Berg, Frans: 2005: Angewandte Physiologie. Band 5: Komplementäre Therapien verstehen und integrieren. Stuttgart: Thieme.
- Van den Heede P. (2005): Symptome. In: Dobler T.K., Liem T., Puylaert M. (Hrsg.): Leitfaden Viszerale Osteopathie. München: Urban & Fischer, S. 545-545.
- Viola M. (2010): Die Gütekriterien: Studienarbeit. Norderstedt: Grin Verlag.

- Vithoulkas G. (1986): Die wissenschaftliche Homöopathie. Theorie und Praxis naturgesetzlichen Heilens. Göttingen: Ulrich Burgdorf Verlag für homöopathische Literatur.
- Von Uexküll T. (1992): Geleitwort. In: Adler R., Hemmeler W. (Hrsg.): Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, S. V-VII.
- Werthmann A., Wieting J. (2005): Ärztliches Handeln. In: Emminger H.A. (Hrsg.): Physikum EXAKT. Das gesamte Prüfungswissen für die 1.ÄP. 4. Auflage. Stuttgart: Thieme. S. 1055-1082.
- Witt H. (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 2/1, Art. 8. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2114> (Zugriff am 25.04.2008).

Anhang

1. Pubmed-Recherche zu „Medical history taking“ (MeSH)

Datum: 28.01.2012

<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Publikationen / Medical history taking</i>	<i>Anzahl Publikationen / Pubmed</i>	<i>% an Gesamtpublikationen</i>
1963	1	143181	0,001
1964	2	161668	0,001
1965	1	176666	0,001
1966	19	179635	0,011
1967	61	191191	0,032
1968	96	207551	0,046
1969	144	214695	0,067
1970	192	218487	0,088
1971	264	222849	0,118
1972	270	226737	0,119
1973	293	230421	0,127
1974	273	234217	0,117
1975	278	247856	0,112
1976	229	253600	0,090
1977	255	260474	0,098
1978	274	270887	0,101
1979	239	279952	0,085
1980	233	278139	0,084
1981	205	280671	0,073
1982	247	292374	0,084
1983	222	305883	0,073
1984	231	314888	0,073
1985	257	331862	0,077
1986	261	345626	0,076
1987	264	363911	0,073
1988	239	382054	0,063
1989	283	398687	0,071
1990	288	406132	0,071
1991	325	407499	0,080
1992	347	412539	0,084
1993	384	421012	0,091
1994	436	431210	0,101
1995	468	442032	0,106
1996	476	452397	0,105
1997	510	451846	0,113
1998	486	469725	0,103
1999	485	488672	0,099
2000	571	528448	0,108
2001	582	543087	0,107
2002	520	560260	0,093
2003	586	590531	0,099
2004	638	634857	0,100
2005	651	695359	0,094
2006	724	740956	0,098
2007	756	778505	0,097
2008	776	827072	0,094
2009	633	865057	0,073
2010	699	923540	0,076
2011	511	986586	0,052
Total	17185	20071484	0,086

2. Interviewleitfaden

EINSTIEG:

Ich möchte mich vorerst bedanken für deine Zeit und deine Bereitschaft mit mir ein Interview zu machen. Das Thema in meiner Arbeit ist die Anamnese in der Osteopathie.

Meine erste Frage wäre an Dich: Wie gestaltest Du den Erstkontakt bzw. das Anamnesegespräch mit Patienten in deiner Praxis? Gib mir bitte ein Beispiel anhand eines Patienten der letzten Woche, wie Du beim Anamnesegespräch vorgegangen bist.

(Wie gehst Du vor? Worauf schaust Du? -mich würde das genauer interessieren....was fragst Du? - möchte mir ein Bild machen, wie Du vorgehst...)

INHALTE DER ANAMNESE:

Gibt es Fragen, die du allen Menschen, die zu dir kommen, stellst, welche sind diese?

Welche Daten erscheinen Dir besonders wichtig zu erfragen?

Welche Aussagen bzw. Information beziehst du für dich aus der Anamnese?

ZIELE DER ANAMNESE:

Wie unterstützen Dich die erhobenen Daten und Informationen deines Patienten in deinem osteopathischen Arbeiten?

Welche Ziele verfolgst Du mit der Anamnese?

DURCHFÜHRUNG DER ANAMNESE:

Verwendest du einen Anamnesebogen in der täglichen Praxis, falls ja, welche Fragen beinhaltet dieser?

Gibt es Vorlagen für deinen Anamnesebogen und was hat dich dazu veranlasst, diese Daten zu erheben bzw. Information zu erfragen?

Wie viel Zeit nimmt die Anamnese in etwa in Anspruch?

Wie wichtig ist es dir, dass die Anamnese zu Beginn der osteopathischen Behandlung steht?

STELLENWERT DER ANAMNESE:

Was bedeutet für dich „Anamnese“?

Welchen Stellenwert hat für dich die Anamnese in der Osteopathie?

Welche Bedeutung hat für dich die Anamnese?

Inwiefern gibt es für dich einen Unterschied in der Anamneseerhebung als Osteopath im Vergleich zu deiner ursprünglichen Tätigkeit als Physiotherapeut bzw. Arzt?

Worin liegen diese Unterschiede?

VERÄNDERUNG/ENTWICKLUNG IN DER ANAMNESE:

Inwiefern hat sich die Befragung bzw. Erhebung der Anamnese in den letzten Jahren seit Abschluss an der WSO verändert?

TIPPS UND ANREGUNGEN:

Welche Tipps würdest du Studenten bzw. angehenden Osteopathen geben betreffend Anamnesegegespräch?

ABSCHLUSS:

Gibt es noch irgendwelche Punkte zu diesem Thema, die wir nicht erwähnt haben und Dir wichtig erscheinen?

Ich bedanke mich für das Gespräch.

FALLS JEMAND KEINE ANAMNESE ERHEBT:

Wie gestaltest Du die erste Sitzung mit einem neuen Patienten?

Wie bringst Du Sachinformationen über die Beschwerden des Patienten und Einblick in seine Persönlichkeit in Erfahrung? Was hilft Dir, ein Vertrauensverhältnis, das für Diagnose und Therapie unerlässlich ist, aufzubauen?

Was hat Dich dazu veranlasst, diesen Ablauf bzw. diese Reihenfolge zu wählen?

Was beinhaltet Deine Dokumentation bzw. Dein Patientenstammblatt?

3. Abkürzungsverzeichnis

CLEOS – Clinical Expert Operating System

CT – Controlled Term(s)

DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information

D.O.s – Doctors of Osteopathie

DKPM – Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

EFO – European Federation of Osteopathy

FDM – Faszienstörungenmodell

MDs – Medical Doctors

MeSH – Medical Subject Headings

MR - Magnetresonanz

MTD – Medizinisch Technische Dienste

OEGO – Österreichische Gesellschaft für Osteopathie

OMT – Osteopathic Manipulative Treatment

OZK – Osteopathisches Zentrum für Kinder

POMR – Problemorientierte Patientenakte

WSO – Wiener Schule für Osteopathie

4. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Recherche in medizinischen Datenbanken zum Thema „Anamnese“	13
Tabelle 2: Recherche in medizinischen Datenbanken zum Thema „osteopathische Anamnese“	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Publikationen zu „Medical history taking“ von 1963-2011 in Prozent	14
--	----

Executive Summary

Case History Taking in Osteopathy – Theory and Practice

According to Spaeth (2000) the case history is an essential element of the daily routine in an osteopathic practice; however, osteopathic students often have problems with the case history, which become evident during clinical supervisions and in the final clinical exam at the end of the osteopathic training. What is emphasized in this context is the difficulty of the students to find the right balance in the timing of case history, evaluation and treatment, which – as conversations with colleagues suggest – also seems to be reflected in the everyday work in practice. Some osteopaths take a lot of time to take the history and attribute a lot of attention to its content while others pay less attention to it and in extreme cases do not take a history at all before the treatment. From a medical perspective the case history is of undisputed relevance but in the osteopathic literature contrary positions can be found. According to Cloet (2005) anamnestic questions and investigations are counterproductive for the subsequent osteopathic approach, while Hinkelthein (2006) considers the case history as the foundation for the treatment. The specialized medical literature concerning the topic “case history” is multifaceted and the explanations and suggestions as to how a case history should be carried out are comprehensive, while relevant literature regarding the taking of an osteopathic case history is rare. Some osteopathic textbooks provide detailed information about the topic case history, while other authors only give brief information in note form or do not talk about the case history at all.

These differences and contradictions in theory and practice as well as the unclear significance of the case history in osteopathy were the motives to take a closer look at this topic. Thus the present Master Thesis evaluated the **central questions** of how a case history is carried out regarding its format, aims and dimensions of content from the perspective of osteopaths working in practice and which significance it has according to them.

To answer these questions the significance of conventional medical case histories and osteopathic case histories was assessed on the basis of a **database analysis**. This showed that in the observation period 1963-2011 the relative proportion of publications on the topic ‘case history’ is quite small in comparison to the total number of medical or osteopathic publications with 0.086% and 0.31% respectively. These results show that both in conventional medicine and in osteopathy the topic case history has a small quantitative relevance even though the absolute numbers of publications dealing with the topic show

that with 17,185 publications in conventional medicine the topic case history features disparately more often than in osteopathy with only 26 publications. Both the medical and the specific osteopathic literature reflect a qualitatively high significance although to different extents. In medical textbooks the case history is considered to be a central aspect of the work of a practitioner, which is reflected in its interactive function and the fact that it is the basis for establishing a diagnosis. A majority of subjective positive statements and associations also indicate a high significance of the case history in osteopathy, but in comparison with palpation and evaluation the case history is attributed less importance in osteopathic writings.

This became also evident in a subsequent **literature analysis** which extrapolated the essential elements of the two anamnestic approaches.

In contrast to the specialized medical literature the osteopathic literature addresses the conduct of a case history only rarely and in individual cases. Similarly, the demeanor and the behavior of the osteopath are only rarely brought up in direct context with the case history. In comparison, fundamental attitudes of the osteopath during the anamnestic conversation are mentioned more often similarly to communicative aspects where the attentive listening – especially to the body – is particularly emphasized. This is contrasted by the medical literature where the patient-adapted communication is a central and much-debated topic but no dialogue with the tissues is aspired. In most cases a structured approach is favored in the context of an osteopathic case history, which roughly corresponds to the approach followed in conventional medicine. However, various standardization procedures, diagnostic and medical expert programs as applied in the medical world cannot be found in osteopathy. Only in rare instances the osteopathic literature mentions case history sheets and comments as to when and how they are supposed to be used are virtually omitted. Although osteopathic textbooks discuss questioning techniques in the case history taking, there is a lack of a more profound analyses similarly to the one carried out by Lalouschek (2005) regarding the medical anamnestic dialogue. The relevant publications of both fields pay attention to the duty of documentation of both doctors and practicing osteopaths.

Consistently, the medical literature presents the practitioner's case history as a means to identify complaints or warning signals, to clarify underlying pathological processes, organic causes and dangerous developments, to understand the social context of the patient as well as to build a relationship of mutual trust between practitioner and patient to eventually enable the practitioner to establish a diagnosis. In contrast, the aims of an osteopathic case history can only be deduced from statements of individual osteopaths in the osteopathic

literature, which, however, correspond to those mentioned in the medical literature but also include other objectives. Besides the identification of structures that cause the complaint also indicators as to which body systems are involved in the problem are mentioned as aims of the case history. According to Mayer-Fally (2007) it also helps to recognize structural, visceral and cranio-sacral connections and their chronological, structural and functional interrelations. Another aim of a case history that is mentioned in osteopathy is to find out whether a patient should/can be treated osteopathically just like the aims of establishing a therapeutic concept or assessing the prognosis.

According to current medical textbooks a case history in the conventional medical context serves to ascertain the present complaints and the medical history of the patient including previous diseases, to gain an overview of all body systems and to collect general data like the present state of health, medication or personal data as well as family history and the patient's social context. In contrast to this description the contents of an osteopathic case history are only rudimentary or not at all mentioned in relevant textbooks, embedded in case studies, presented in note form or sometimes even very elaborately explained. All fields that have already been mentioned in the context of a conventional medical case history are of relevance also in the osteopathic case history with the exception of a systemic overview, which does not represent an inherent component of an osteopathic case history in contrast to the medical case history. In osteopathy the history of the patient is questioned in more detail because also trivial and very long past injuries or falls and scars are of interest for an osteopath. If necessary, questions concerning the body systems or specific organs are asked. In particular in the field of cranio-sacral osteopathy the case history also concerns incidents and events that happened before or during the birth process.

For the purpose of the present paper to identify specific characteristics of the process of case history taking from the perspective of practicing osteopaths, a **qualitative study** was carried out to review the central research questions. The survey instrument of choice was a guideline-based expert interview. Six experts were interviewed within the period between May and August 2008. The selection of subject areas was determined by the contents which have been identified in the theoretical analysis based on the review of the relevant literature. In addition to these subject areas the interviewees were asked questions about their subjective perception of changes in how they have been carrying out their case histories and suggestions as to how osteopathic students might go about taking a case history. Therefore the interview guidelines comprised a total of six topical complexes. The interviewed experts were osteopaths with at least three years of professional experience, who were active as teachers, supervisors and/or assistants at the WSO (Vienna School of Osteopathy) at the time of the survey. A precondition was also that they had more profound

experience and understanding regarding the topic case history due to their function. In addition, attention was paid to a balanced distribution of the interview partners among doctors and physiotherapists as their original profession. The average duration of the interviews was 40 minutes. Subsequently the interviews were transcribed and the collected data analyzed by means of a qualitative analysis of content according to Mayring (2005). A system of categories was developed step by step which eventually resulted in four main categories and 20 sub-categories representing all relevant subject areas with regard to the research questions.

As a matter of fact, the choice of a specific method also has an influence on the results. In this case the small sample does not allow for a generalization of the results but this was not the intended aim of the study. Rather, the aim was to take a closer look at certain qualitative aspects. Under the given circumstances the qualitative research approach seemed to be the most appropriate method to evaluate how osteopaths actually take case histories, to capture the individual know-how of practicing osteopaths as well as to reflect their subjective case history format and the relevance of the case history in their everyday osteopathic practice.

The questions about the relevance, format, contents and aims of the case history in an osteopathic practice produced the following essential **results**, which are summarized and critically reviewed below.

Regarding the **relevance** of an osteopathic case history, different notions became evident both in the expert interviews and the literature (cf. e.g. Cloet, 2005; Croibier, 2006; Marcer, 2002; Nagel, 2008; Seider, 2009). For half of the experts the case history represents a necessary and treatment-relevant component, while the other half finds it interesting to approach an osteopathic treatment without previous case history. Contrary to this attitude, there is no doubt in conventional medicine about the high importance and relevance of the case history (cf. e.g. Dahmer, 2006; Ford et al., 2005; Grüne and Schölmerich, 2005; Lange, 1998; Lown, 2004; Segerer, 2007). Additional training courses in an osteopathic context seem to have an influence on how important the case history is for the individual therapist. Apparently, not only medical students are confronted with problems and insecurities when it comes to taking a case history (cf. Lalouschek, 2005; Lehmeier, 2006; Sennekamp et al., 2007) but also future osteopaths, because the interviewed experts all agreed that more attention should be paid to the case history taking in the osteopathic training. More than half of the experts emphasized the holistic aspect in context with the case history. Other experts as well as for Fuhrmann and Schallier (2003) mention the possibility to gain a holistic picture of the patient during the examination and treatment. It is

interesting that the holistic approach that is associated with the osteopathic case history is mainly emphasized by osteopaths with a physiotherapy background, while osteopaths who originally trained as doctors are more reserved when it comes to recognizing the holistic perspective as special characteristic of an osteopathic case history. For the interviewed experts the particularity of an osteopathic case history seems to be the complexity of the possibilities of perception. Besides verbal and para-verbal channels of perception, all experts point out the tactile components, the gathering of information through feeling the tissues and thus listening to the body as described in the osteopathic literature (cf. e.g. Kainz and Gery, 2007; Kaschowitz, 2008; Liem, 2001; Paulus, 2005; Selim and Riepl, 2009). This distinguishes the osteopathic approach from other healing methods and with the term “cellular-communicative” case history a new dimension is presented, which so far has not been mentioned in the literature. Even though in everyday osteopathic practice case history, examination and treatment flow one right into the other, both experts and the literature attribute more importance to the examination and palpation than to the case history (cf. Becker, 2007; Croibier, 2006; Liem, 2001; Magoun, 1951). Professional intuition, networked thinking and the aspect of the body’s inherent capacity of healing distinguish osteopaths and their way of taking a case history according to one expert and the literature (cf. Fuhrmann and Schallier, 2003; Girardin, 2008; Liem, 2006a; Stark, 2010; Sutton, 1978 as well as Tempelhof, 2008). The high importance of the case history in relation to the patient is illustrated by aspects like getting to know the other, creating trust, security, respect, the feeling of being understood and therefore the readiness to undergo an examination and treatment. According to the expert’s opinion information collected through a case history could also be relevant for the patient collective just like the act of the case history taking would contribute to the professional self-image and the identity of the osteopath.

Regarding the **format** of an osteopathic case history the survey showed that standardized case history sheets, which are often used in conventional medicine, are rarely used in osteopathy. The interviewed experts follow different approaches and either rely on case history guidelines that they developed themselves or follow a mental framework without a written aide memoire. According to the experts as well as Croibier (2006) the use of case history sheets seems to depend on the individual attitude and mindset of the practicing osteopath. The experts who use a case history sheet in their practice emphasize the advantages of such an instrument regarding the collection of relevant information, the structured visualization of the body’s network and the classification of visual and palpatory diagnostic criteria, while experts who view case history sheets critically doubt the usefulness, diagnostic valence and relevance of the contents of a standardized set of

questions with regard to an individual patient. Instead of following a very structured and standardized procedure, the approach of the experts is determined rather by subjective, informal and patient-focused aspects. Sometimes only those patient data are collected that are considered to be relevant and important in the specific case. This approach is determined by the therapist's experience in everyday practice, his further training or dependent on the socio-demographic background of the patient. A more flexible and variable case history approach seems either to be the product of the postulate that the therapist needs to respond to the individual problems of the patient or it is simply a result of personal preferences. Mayer-Fally (2007) argues against a pre-set format even though the majority of authors in the osteopathic literature favor a systematic approach or a rough outline of the format (cf. Croibier, 2006; Hayden, 2009; Hinkelthein, 2006; Kauffman and Roth-Kauffman, 2006). The majority of experts prefer a deductive approach, where they first ask every patient the same general questions and subsequently formulate specific, individual questions that depend on the individual patient; this approach is also suggested in the osteopathic literature (cf. Croibier, 2006; Liem, 2001; Hinkelthein, 2006). The active listening is a central component of the case history as mentioned by both the experts and the literature (cf. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al., 2006; Füeßl and Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Höll, 2005; Lehmeier, 2006; Liem, 2001). Even though the medical literature (cf. Dahmer, 2006; Füeßl and Middeke, 2005; Lehmeier, 2006) and – to a considerably smaller extent – the osteopathic literature (cf. Croibier, 2006) pay a lot of attention to the arsenal of active listening methods, the methods of paraphrasing, supporting listener signals or interpretation questions are hardly mentioned by the experts. Nonverbal signals and conversation contents as well as the communication with the body and the tissues are important for the experts. Not only the verbal statements of the patient but also his body seem to turn the patient into a "*symptomatologist*" (Still, 2005, p. II-17). The conventional medical (cf. e.g. Dahmer, 2006; Füeßl and Middeke, 2005; Grüne, 2007; Lange, 1998; Lehmeier, 2006; Lown, 2004) and osteopathic (cf. e.g. Croibier, 2006; Hartman, 1997; Hayden, 2009; Kaschowitz, 2008; Mayer-Fally, 2007) literature discuss the behavior of the therapist towards the patient in the course of the case history as well as the characteristics of the therapist and the patient-adapted communication. Also the interviewed experts think it is important to show respect and a polite, open and friendly attitude towards the patient. Both the experts and Mayer-Fally (2007) point out the importance of a clear role allocation in the case history taking where the osteopath needs to be in command. In this context personality development is not only mentioned by one of the experts but also by Kaschowitz (2008) in the osteopathic literature. An average case history takes between 5 and 15 minutes in accordance with Paulus (2005). Overall the survey showed, however, that the case history taking of the experts has changed due to their

osteopathic activity. In the case of four experts the changes are characterized by a less extensive and thus less time-consuming approach. An increase in experience and confidence as well as the communication with the tissues and interaction with the body are mentioned as reasons for this change.

As regards the **contents** all experts record the personal data but have different opinions about the extent and importance of the data that should be recorded. In the everyday osteopathic practice it partly depends on the specific reason for consultation how important it is to record certain socio-demographic data and what aspects the therapists want to know. Regarding the patient's profession it seems to be of greater interest to find out about the patient's level of happiness, stress and satisfaction rather than the precise professional activity. Conclusions about occupational diseases as described in conventional medicine (cf. Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006) were not articulated. Similarly, it seems that the personal data does not play a role in everyday osteopathic practice for receiving diagnostic clues. An important issue both in the literature (cf. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Epstein et al, 2006; Fetzner and Paquet, 2007; Füleßl and Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hebgen, 2008; Helsmoortel et al, 2002, Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006) and for the experts is information about the present complaint, where the detailed exploration of the complaint follows the principle of the "5 Ws" described in the literature (cf. Dahmer, 2006; Lange, 1998; Mayer-Fally, 2007). Regarding the qualitative and quantitative symptoms the majority of experts ask about duration, localization and trigger of the complaint, while the modality of the problem/pain quality and accompanying circumstances were expressively mentioned only by two experts. Emotional and trivial situations as trigger of complaints or pain are discussed in the osteopathic literature (cf. Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007; Tempelhof, 2008) but these aspects are not so much taken up by the interviewed experts. For two experts the question about things that improve or worsen pain as described in the literature (cf. Adler and Hemmeler, 1992; Füleßl and Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006) is an important aspect to zero in on the diagnosis but also serves as starting point for treatment approaches. The experts and partly also the osteopathic literature (cf. Croibier, 2006; Liem, 2001; Mayer-Fally, 2007) mention the collection of information about previous diagnoses, examinations and therapies, even though one expert decidedly pointed out that he is not interested in the diagnoses and opinions of other practitioners because he wanted to find out from the patient himself/herself what, how and when the pain occurs. Information about accidents, traumas and operations is important for all experts in the context of the medical history which correlates with the medical and osteopathic literature (cf. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Füleßl and Middeke, 2005; Grüne, 2007; Hinkelthein, 2006; Lehmeier, 2006; Liem, 2006a). Occasionally the experts ask very detailed questions to find out about

the causes of symptoms and to identify visceral, cranio-sacral and structural interrelations (cf. Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007). Questions about diseases figure among the important contents mentioned by the experts as well as in the literature (cf. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Füleßl and Middeke, 2005; Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a). However, the experts dispense with a systemic overview as integral element of the osteopathic case history – and reflect the divergent opinions in the literature regarding this issue (cf. Croibier, 2006; Fossum, 2002; Hinkelthein, 2006). Regarding a gynecological case history and questions about the uro-genital tract, and in particular regarding the social history the experts have varying opinions since only one expert asks detailed questions about these aspects and four experts hardly mention these issues at all, which is surprising considering the importance these topics are attributed in the osteopathic literature (cf. Croibier, 2006; Fossum, 2002; Hinkelthein, 2006; Liem, 2006a; Mayer-Fally, 2007). In contrast, all experts gather information about the intake of medication which, among other things, allows for drawing conclusions about diseases. For one expert the most important question is about the subjective expectations regarding the therapy success, in the context of which the knowledge about the state of health of the patient and the achievement of the treatment goals are central themes. Against this background a joint agreement about the treatment goals on the basis of subjective health perceptions could be an interesting aspect in the context of an osteopathic case history. According to the experts the contents of a pediatric case history in osteopathy differ from an “adult” case history but correlate with those described in the literature (cf. Liem, 2001; Hayden, 2009). In everyday osteopathic practice a special focus is put on infectious diseases in particular of the respiratory and digestive tracts. One expert explains that problems of a baby can only be identified through direct contact with the tissues because a case history by proxy does not provide enough information.

Regarding the **aims** of the case history the following aspects could be identified. The initiation of an unfolding dialogue between the osteopath and the patient became apparent as one of the essential aims. In this context the expression of respect of and interest towards the patient and in particular the creation of trust are emphasized by the interviewed experts and in the literature (cf. Croibier, 2006; Dahmer, 2006; Fetzner and Paquet, 2007; Füleßl and Middeke, 2005; Güthoff and Rosenecker, 2008; Lalouschek, 2005; Lange, 1998). Conveying a positive attitude where the resources and strengths of the patient are placed in the foreground is an aim that is mentioned by the experts and mainly in homeopathy. Even though it is not mentioned in the pediatric osteopathic literature, for one of the experts it is a main aim in the work with children to achieve understanding. One of the experts states that the case history not only facilitates an insight into the personality of the patient (cf. Dahmer,

2006; Fießl and Middeke, 2005; Güthoff and Rosenecker, 2008), but also offers the patient an insight into the personality of the osteopath. The mutual “checking out” of patient and osteopath on various levels as described by one of the experts could be linked with the integral treatment approach of osteopathy (cf. Liem, 2006b) where the responsibility for the success of the treatment depends on both the therapist and the patient. Only one of the experts mentioned giving a prognosis (cf. Höll, 2005; Mayer-Fally, 2007) and estimating the treatment success (cf. Liem, 2001) as aims of the case history. The case history supports the experts in their subsequent approaches but only two experts consider the formulation of an osteopathic diagnosis as a necessary aim of the case history. Thus it seems that the triad – diagnosis by exclusion, differential diagnosis and working diagnosis – described by the European Federation of Osteopaths (EFO) (2010) has not yet found its way into the osteopathic practice. In contrast to the osteopathic practice, conventional medicine views the case history as cornerstone for establishing a diagnosis because 70-90% of the diagnoses can be made on the basis of the data collected through the case history (cf. Fetzner and Paquet, 2007; Grüne and Schölmerich, 2007; Pschyrembel, 2010; Von Uexküll, 1992). In osteopathy one of the experts as well as Höll (2005) advocate to wait and keep the diagnosis open (“watchful waiting”), which is an approach that is also recommended in conventional medicine under certain conditions (cf. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2003). According to the experts an important aim of the case history in osteopathy is the avoidance of the dangerous development of a condition as well as the identification of contraindications, which is also mentioned in the conventional medical (cf. e.g. Ford et al. 2005) as well as the osteopathic literature (cf. e.g. EFO, 2010; Hebgen, 2008; Helsmoortel et al, 2006; Hinkelthein 2006). Current complaints are linked to other problems, previous diseases, operations, accidents and medications; in the eyes of the experts the case history therefore also serves to identify interrelations – be it on a structural or a systemic level – and as feedback system. That chronological connections are also relevant in this context is not only pointed out by one of the experts but also by Ligner (2007). According to the experts another aim of the case history is to gain an insight into or an overview of the complaints and sufferings of the patient through the collection of information and data. One expert is also interested in assessing the psychological stress of the suffering and its individual relevance for the present complaint. These aspects are rather seldom discussed in the conventional medical as well as the osteopathic literature (cf. Croibier, 2006; Dahmer, 2006). The osteopathic literature – but not the experts – mentions the collection of facts which reflect the health of the system and indicate the presence of reorganizing forces (cf. Burjan-Lang et al, 2009; Hayden, 2009; Mayer-Fally, 2007). The interviewed experts agree that following a case history the therapist can carry out a more purposeful examination and treatment. Also Marcer (2002) points out the

collection of sufficient data in the context of an osteopathic case history and the subsequent individual treatment. One expert mentions that one aim of the case history is to find out whether an osteopathic treatment is indicated, a statement that is supported by the osteopathic literature by Hartman (1997) and Helsmoortel et al. (2006). Two of the experts as well as Höll (2005) consider that the case history is a means to find out whether the individual osteopath is sufficiently competent to treat the specific complaint of the patient. Half of the experts raise questions about the legal protection in the context of the aims of taking a case history and one expert even considers the case history itself as important instrument for his own protection. In contrast to the literature (cf. e.g. Erens, 2004; Lehmeyer, 2006; Reimann, 2002) the interviewed experts did not comment on documentation. One expert mentions the case history as part of the therapy like Paulus (2005) and Lown (2004).

Summarizing it can be stated that a central aim of the osteopathic case history is to establish a relationship of trust and a basis for communication but not formulating an osteopathic diagnosis. In contrast to conventional medicine osteopathy refrains from following a highly structured approach. Instead a patient-centered approach of questioning and sensing on the basis of a dialogue with the tissues is favored. Accordingly, the examination and palpation are granted a higher relevance than the case history both in the literature and in the everyday osteopathic practice.

In addition, the interviewed experts point out that osteopathic students are facing insecurities and problems regarding the case history taking. As a conclusion the topic case history should feature more prominently in the osteopathic training to increase the students' awareness with regard to the diagnostic processing of information gained through the case history.

In the context of this study several new questions arise, quasi new hypotheses, which could be the starting point for further studies. Since in contrast to Liem (2006a) the interviewed experts think that the holistic evaluation of the patient does not necessarily happen during the case history but can take place during the examination and treatment, the question arises to which extent a holistic approach is linked with the case history. Another question that arises in the context of the emphasis on the complex possibilities of perception is, whether the case history approach in osteopathy is characterized by more differentiated perceptual channels in contrast to other healing professions. Since the extent of additional training courses seems to influence the case history taking, the question about other factors that influence the case history taking arises. The point of criticism regarding the doubtful diagnostic valence could be refuted by an assessment of the quality of case history sheets.

References

- Adler R., Hemmeler W. (1992): Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Auflage. Stuttgart: Fischer.
- Becker R. (2007): Leben in Bewegung. (1997). In: Becker R., Hartmann Ch. (Hrsg.): Leben in Bewegung & Stille des Lebens. Aus dem Amerikanischen von Möckel E. Pähl: Jolandos, S. 1-5-365.
- Burjan-Lang E., Mückler A., Urbanek T. (2009): Wie lassen sich osteopathische Techniken für die Behandlung von Kindern adaptieren? Die Herangehensweise des Osteopathischen Zentrums für Kinder in Wien. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 1, S. 25-29.
- Cloet E. (2005): Wie wichtig ist die visuelle Wahrnehmung in der Osteopathie? In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 2, S. 28-29.
- Croibier A. (2006): Diagnostik in der Osteopathie. München: Urban & Fischer.
- Dahmer J. (2006): Anamnese und Befund. 10. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg.) (2003): S 3 Leitlinie: Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Langfassung. Nürnberg: DKPM.
- Epstein O., Perkin G.D., Cookson J., de Bono D.P. (2006): Anamnese und Untersuchung. München: Urban & Fischer.
- Erens O. (2004): Medizinische Dokumentation. In: Emminger H.A. (Hrsg.): Exaplan. Das Kompendium der klinischen Medizin. 4. Auflage. München: Urban & Fischer, S. 1935-1936.
- European Federation of Osteopaths (EFO) (2010): The Scope of Osteopathic Practice in Europe. Brussels: European Federation of Osteopaths.
- Fetzner U., Paquet K.J. (2007): Allgemeine Anamneseerhebung und allgemeine klinische Untersuchung. In: Schaps K.P., Kessler O., Fetzner U. (Hrsg.). Das Zweite – kompakt: Grundlagen – GK2. Band 7. Berlin: Gabler, S. 1-47.
- Ford M.J., Hennessy I., Japp A. (2005): Introduction to clinical examination. Edinburgh: Elsevier.
- Fossum Ch. (2002): Die osteopathische Diagnosefindung. In: Dobler T.K., Liem T. (Hrsg.) Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. München: Urban & Fischer, S. 74-111.
- Füeßl H.S., Middeke M. (2005): Anamnese und Klinische Untersuchung. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Fuhrmann M., Schallier F. (2003): Kompensatorische Kniebeschwerden. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 1, S. 29 -29.
- Girardin M. (2008): Evolutionsmedizin in der Osteopathie. In: Liem T., Sommerfeld P., Wühl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 29-41.
- Grüne St. (2007): Anamnese. In: Grüne St., Schölmerich J. (Hrsg.): Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer, S. 15-28.
- Grüne St., Schölmerich J. (2007): Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer.
- Hayden L. (2009): Anamnese. In: Möckel E., Meddeb G. (Hrsg.): Handbuch der pädiatrischen Osteopathie. München: Urban & Fischer, S. 101-105.
- Hartman L.S. (1997): Lehrbuch der Osteopathie. München: Pflaum.

- Hebgen E. (2008): Viszeralosteopathie. Grundlagen und Techniken. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates.
- Helsmoortel J., Hirth T., Wühl P. (2002): Lehrbuch der viszeralen Osteopathie. Stuttgart: Thieme.
- Hinkelthein E. (2006): Diagnosekonzepte. In: Hinkelthein E., Zalpour Ch. (Hrsg.): Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Heidelberg: Springer, S. 3-31.
- Höll A. (2005): Anamnese. Vorlesungsmitschrift. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.
- Kainz A., Géry E. (2007): Was kann die Osteopathie? Feinarbeit am Netzwerk des Körpers. In: Medical Tribune 37 Unter: http://extranet.medical-tribune.de/volltext/PDF/2007/MT_Oesterreich/37_mtoe/MTA_37_2007_s12.pdf (Zugriff am 10.03.2008).
- Kaschowitz G. (2008): Das Prinzip des Dialogischen in der Osteopathie. In: Liem T., Sommerfeld P., Wühl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 92-100.
- Kauffman M., Roth-Kauffman M. (2006): The History and Physical Examination Workbook: A Commonsense Approach. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Lalouschek J. (2005): Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lange A. (1998): Anamnese und klinische Untersuchung. 5. völlig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Lehmeyer L. (2006): Basics Anamnese und Untersuchung. München: Urban & Fischer.
- Liem T. (2001): Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch. 3. Auflage. Stuttgart: Hippokrates.
- Liem T. (2006a): Diagnoseprinzipien. In: Liem T. (Hrsg.): Morphodynamik in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates, S. 202-238.
- Liem T. (2006b): Therapeut und therapeutische Interaktion. In: Liem T. (Hrsg.): Morphodynamik in der Osteopathie (Hrsg.): Stuttgart: Hippokrates, S. 238-253.
- Ligner B. (2007): Prüfungsvorbereitung Viszerale Osteopathie. Vorlesungsskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.
- Lown B. (2004): Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Magoun H. (1951): Osteopathy in the Cranial Field. Original Edition. Kirksville: The Journal Printing Company.
- Marcer N. (2002): Stress, Allostase und Osteopathie In: Dobler T.K., Liem T. (Hrsg.): Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. München: Urban & Fischer, S. 60-71.
- Mayer-Fally E. (2007): Klinische Osteopathie. Skriptfassung für die Studenten der WSO und dem Master-Kurs an der Universität Krems.
- Mayring P. (2005): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: Mayring P., Gläser-Zikuda M. (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz, S. 7-20.

- Nagel M. (2008): Expertenrunde: Osteopathie in Bewegung. In: Liem T., Sommerfeld P., Wühl P. (Hrsg.): Theorien osteopathischen Denkens und Handelns. Stuttgart: Hippokrates, S. 131-141.
- Paulus S. (2005): „Taking In“ a History. Unter: http://interlinea.org/past_issue/taking_in_a_history.html (Zugriff am 24.11.2007).
- Pschyrembel (2010): Klinisches Wörterbuch 2011. 262. Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Reimann S. (2002): Befunderhebung. Grundlagenwissen für Physiotherapeuten und Masseur. 2.Auflage. München: Urban & Fischer.
- Segeer H. (2007): Pädiatrische Untersuchungstechniken. In: Grüne St., Schölmerich J. (Hrsg.): Anamnese, Untersuchung, Diagnose. Heidelberg: Springer, S. 279-316.
- Seider R. (2009): Osteopathische Informationsquellen. In: Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 2, S. 40-40.
- Selim M., Riepl G. (2009): Was kann die Osteopathie und wie heilt sie? In: promed komplementär 2, S. 20-23.
- Sennekamp M., Gilbert K., Gensichen J., Gerlach F. (2007): Anamneseerhebung und Gesprächsführung: Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei Studierenden der Vorklinik als Grundlage für eine modulare Kurs-Neugestaltung. Posterpräsentation im Rahmen der Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) vom 10.-12. November 2006. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 24/1, S. 1.
- Spaeth D.G. (2000): Spirituality in history taking. In: Journal of the American Osteopathic Association, 100/10, p. 641- 644.
- Stark J. (2010): Still und die gesundheitlichen Belange der Frau. In: Riedl K.H., Schleupen A. (Hrsg): Osteopathie in der Frauenheilkunde. München: Urban & Fischer.
- Still A.T. (2005): Die Philosophie der Osteopathie. (1899). In: Still A.T., Hartmann Ch., Pöttner M. (Hrsg): Das große Still-Kompendium. Autobiographie, die Philosophie der Osteopathie, die Philosophie und mechanischen Prinzipien der Osteopathie, Forschung und Praxis. Pähl: Jolandos, S. II 7-119.
- Sutton S.E. (1978): An osteopathic method of history taking and physical examination: Part 1. In: Journal of the American Osteopathic Association, 77, p. 780-788.
- Tempelhof S. (2008): Osteopathie. München: Gräfe und Unzer.
- Von Uexküll T. (1992): Geleitwort. In: Adler R., Hemmeler W. (Hrsg.): Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, S. V-VII.