

Erfahrungen im Praktikum der Inneren Medizin

K. Borgards, Witten-Herdecke, Deutschland

Der Bericht beinhaltet eine Beschreibung und Reflexion der Interaktion der Konflikte, die sich primär in der Betreuung von zwei Patientinnen entwickelten, die jedoch mehr und mehr die gesamte Stations- und Ausbildungssituation miteinbeziehen sollten.

Es geht um Probleme des „Sich-Einlassens“ auf die Medizin und die Gesamtpersönlichkeit des kranken Menschen und um Probleme des „Sich-Abgrenzens“ gegen die verschiedenen Ansprüche, die Patienten, Ärzte, Pflegegruppe und nicht zuletzt das Konzept einer Patienten- und Praxisorientierten Ausbildung an den Studenten stellen.

Es geht auch um die besondere Rolle des Studenten, der sich für einen begrenzten Zeitraum in eine vorgegebene Stationsordnung begibt und deren Regeln unterliegt. Besonderes Interesse werde ich der Frage widmen, inwieweit wir als Studenten Symptomträger von latenten Gruppenprozessen werden.

Mittelpunkt und Ausgangspunkt der Betrachtung soll die *Therapeutische Beziehung* sein – eine *Dreiecks-Beziehung*, denn: als Zimmernachbarinnen stehen die von mir betreuten Patientinnen zueinander in Beziehung.

Um die Komplexität der Stationssituation zu beschreiben, werde ich im folgenden einige Teilbereiche herausgreifen:

- *Beschreibung des Ausbildungsmodells der Universität Witten-Herdecke*
- *Beschreibung und Analyse der Patientenbetreuung* (Krankenvorgeschichte und akute Geschichte beider Patientinnen, chronologische Beschreibung der sich entwickelten Konstellation, Dreiecksbeziehung, „Geschwisterrivalität“ . . .)
- *Reflexion in der Balint-Gruppe* (u. a. meine Reaktion auf depressives Verhalten)
- *Versuch einer Umstrukturierung der Beziehung* (Abgrenzung, Rückkehr von der Triade zur Dyade . . .)
- *Zusammenarbeit im Team von Pflegegruppe und Ärzten* (u. a. unterbrochene Kommunikation, Projektion von Gruppenprozessen auf den Studenten . . .)
- *Anspruch und Wirklichkeit der psychosomatischen Betreuung*

Im Anschluß werde ich zu einer Auswertung der Erfahrungen anhand eines Kommunikationsmodells und unter Hinweis auf systemtheoretische Aspekte kommen.

Konzept einer Patientenorientierten Ausbildung

Das Modell der Universität Witten-Herdecke unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von dem Modell einer herkömmlichen Medizinischen Hochschule. – So ist der 2. Klinische Abschnitt¹ in ein Blocksystem unterteilt, das in den klinischen Fächern auf Vorlesungen fast vollständig verzichtet.

Unser Konzept: Praxis- und Patientenorientiertes Lernen, Arbeit in Kleingruppen zu 3 bis 4 Personen und Aufarbeitung der Theorie anhand der untersuchten Krankengeschichten in Seminaren. Jeder Student wird dazu für jeweils vier Wochen einer Station und einem Stationsarzt zugeteilt; zweimal wöchentlich trifft sich die Kleingruppe zum Seminar, in dem jeweils ein Student einen seiner Patienten vorstellen soll.

Dabei ist zu beachten, daß dies nur Richtlinien für eine Patientenorientierte Ausbildung sind, wie sie in dem fast vierjährigen Bestehen dieser Universität in einem intensiven Austausch zwischen Lehrenden und Lernenden entwickelt worden sind.

Dieser kurze Abriß soll eine Vorstellung von der studentischen Tätigkeit und der Art der Patientenbetreuung vermitteln.

Stationsalltag

Der erste Morgen auf der Station X: ich mache mich mit der Pflegegruppe bekannt und werde sehr freundlich aufgenommen.

Es folgt die Visite mit Stationsarzt und Facharzt, für mich eine gute Gelegenheit, mir einen Überblick über die vorkommenden Krankheitsbilder zu verschaffen. – Die Atmosphäre ist angenehm und aufgeschlossen, Fragen meinerseits sind erwünscht und werden von den Ärzten bereitwillig beantwortet. So fühle ich mich schon etwas zur Station dazugehörig, auf der ich nun (anders als in früheren Kursen) einen Großteil meines Studentages verbringen soll.

Mein Aufgabenbereich soll sich jedoch nicht auf die ganze Station erstrecken, sondern primär auf ein einziges Kranken-Zweibettzimmer. Die Idee ist, daß ich für zwei Patienten die Bezugsperson bin, daß ich mich in ihre Krankengeschichte einarbeite, Vorschläge zu Diagnostik und Therapie mache, mich also mit verantwortlich zeige.

Da mein Schwerpunktthema für die Seminararbeit die Kardiologie sein soll, scheint sich ein Patientenzimmer anzubieten: zwei Patientinnen im Alter von 27 und 70 Jahren, beide mit Herzrhythmusstörungen und zusätzlicher Schilddrüsenproblematik.

Laut Ansicht meines Stationsarztes sei es günstig, *beide* Patientinnen zu betreuen: zum einen wegen der Ähnlichkeit ihrer Erkrankungen und zum anderen, um zu verhindern, daß sich eine der beiden Frauen zurückgesetzt fühlen könnte.

Beide Argumente erscheinen mir einleuchtend, und ich fasse innerlich den Entschluß, mich beiden Frauen gleichermaßen zu widmen.

¹ Die traditionelle Einteilung in Vorklinik und Klinik ist für uns eigentlich bedeutungslos, da wir vom ersten Tag unserer Ausbildung an in der Klinik sind und Patienten sehen.

Der erste Patientenkontakt

Der erste Kontakt zu meinen Patientinnen kommt während der Visite zustande. – Auffällig ist, daß die jüngere Frau B. durch die Schilderung zahlreicher Symptome und durch Fragen zum Behandlungsablauf entschieden mehr Zeit und Aufmerksamkeit der beiden Ärzte beansprucht als die ältere Frau D., die ihre Bedürfnisse anscheinend nicht so direkt äußern kann.

Ich wundere mich über diese unterschiedliche Behandlungsweise und spüre, daß auch Frau D., deren Fragen nur knapp und fast abwehrend beantwortet werden, den Unterschied registriert.

Im Anschluß an die Visite erklärt der Stationsarzt beiden Frauen, die beide seit wenigen Tagen stationär sind, meine Rolle: ab sofort seien alle Fragen und Probleme mit mir zu besprechen, da ich ausschließlich für sie zuständig sei und in Rückkopplung mit ihm (dem Stationsarzt) auch die Therapie bestimme.

Etwas Ähnliches wird auch der Pflegegruppe mitgeteilt: „Besprechen sie alles mit der Studentin.“

Insgesamt freue ich mich über dieses Angebot, wirklichen Handlungsspielraum zu haben, frage mich nur ganz leise, ob ich dieser Aufgabe auch gewachsen sein werde.

Ein erstes Anamnesegespräch . . .

Es ist vielleicht kein Zufall, daß ich die als zurückgesetzt erlebte Patientin zuerst zu einem Anamnesegespräch bitte.

Später habe ich mich gefragt, ob ich mich besonders um diese Patientin kümmern *mußte*, um eine innere Abwehr zu kompensieren, die gleiche Abwehr, die ich auch bei den beiden Ärzten registriert zu haben glaube und die durch die latente und deshalb bedrohliche Anspruchs- und Vorwurfshaltung der Patientin bedingt sein könnte.

Es handelt sich um eine 70jährige mittelgroße, etwas adipöse Frau mit rundlichem Gesicht und kurzem blonden Haarschnitt. Sowohl ihr Körperbau als auch die langsame und unmodulierte Sprache drücken etwas Schweres und Niederdrückendes aus. Dagegen nehmen die Augen der Patientin bei direkter Ansprache einen lebhaften und fast jugendlichen Ausdruck an.

Frau D. beginnt das Gespräch mit einer Beschwerde über die jüngere Zimmernachbarin, die sich ihr gegenüber laut und rücksichtslos verhalte und zudem pausenlos von ihren verschiedenen Symptomen erzähle. Sie selbst dagegen, „wirklich krank“, könne und wolle sich nicht auf diese Weise in den Vordergrund stellen.

Zu Hause habe sie einen Ehemann, der sich ihr gegenüber genauso laut und rücksichtslos verhalte; gegen diese Art habe sie sich nie durchsetzen können, dürfe aber doch zumindest im Krankenhaus Ruhe und Rücksichtnahme erwarten.

Es ist offensichtlich, daß es der Patientin Probleme bereitet, sich gegen aggressives und vielleicht auch rücksichtsloses Verhalten ihrer Mitmenschen *offen* zur Wehr zu setzen. – Da ich spüre, daß diese Grundproblematik auch in Zusammenhang mit ihren somatischen Beschwerden – Herzrhythmusstörungen und Bluthochdruck – stehen könnte, bin ich

gerne bereit, darauf einzugehen und ihr damit die Kontrolle über den Gesprächsverlauf vorläufig zu überlassen. – Eine ausführliche Anamnese mit Einbeziehung der psychosozialen Hintergründe ist mir ein besonderes Anliegen, denn Krankheitsgeschehen hat nach meiner festen Überzeugung immer etwas mit biographischem Geschehen zu tun! . . . Mit zunehmender Erkenntnis, daß die eigentlichen Probleme der Patientin im Psychosozialen Bereich liegen, wächst mein Interesse, mich ihren *körperlichen* Beschwerden zuzuwenden. Die fortgeschrittene Zeit ist ein willkommener Anlaß, eine Trennung zwischen Psyche und Soma zu erzwingen, die Patientin zu mehr Konkretheit zu ermahnen.

Aus unerklärlichen Gründen macht mich die Patientin aggressiv. Wir verabschieden uns, und Frau D. geht, nicht ohne mir zuvor versichert zu haben, wie gut ihr dieses erste Gespräch getan habe.

Ich frage mich, warum ich mich so ausgesaugt fühle.

Erst viel später ist mir aufgefallen, daß die in ihrem sozialen Umfeld verstummte Patientin mich zum Zuhören gezwungen hat und mir damit gleichzeitig die Kontrolle über das therapeutische Gespräch genommen hat.

Der restliche Tag vergeht mit der Einarbeitung in die Krankengeschichte, die zusammengefaßt folgendes beinhaltet:

- Herzrhythmusstörungen (ventrikuläre Arrhythmien)
- strahleninduzierte Hypothyreose
- gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Durchfälle und Obstipation im Wechsel)
- anfallsweise auftretende Hochdruckspitzenwerte von 220 mm/Hg syst.
- Konzentrationsschwäche und depressive Verstimmungen
- Medikamentenunverträglichkeit

Zur Vorgeschichte von Frau D.

Im Alter von 41 Jahren wurde die Patientin auf Grund eines Uterus Myomatosus hysterektomiert, reagierte darauf mit einer Hyperthyreose und erstmalig auftretenden Tachyarrhythmien. Die Radio-Jod-Therapie der Schilddrüse führte zu einer Unterfunktion, die medikamentös nie adäquat substituiert werden konnte, da die Patientin bei höheren Thyroxingaben über verstärkte Herzrhythmusstörungen klagte. – Auf rhythmisierende Herzmedikamente und das kürzlich angesetzte Hochdruckmittel reagierte sie laut eigener Angabe mit heftigsten Magen- und Darmbeschwerden und depressiven Verstimmungen.

Diese Beschwerden scheinen für Frau D. auch jetzt ganz stark im Vordergrund zu stehen.

Besonders die mit der Depression einhergehende Verminderung der geistigen Leistungskraft scheint für sie mit Angst besetzt zu sein. Denn die Freude an der Beschäftigung mit geistigen Dingen und mit religiösen Fragen sei „das Einzige, was ihr geblieben sei“.

So läßt sich dieses konfuse und teilweise überlagerte Krankheitsbild ganz schnell auf ein Problem der medikamentösen Einstellung reduzieren, und es ergeben sich *folgende Therapieziele*:

1. Ausweichen auf Herzmedikamente mit einer guten antiarrhythmischen Komponente und einer besseren Magen-Darm-Verträglichkeit.
2. Erreichen eines höheren Thyroxinspiegels und Verringerung der möglicherweise Hypothyreose-bedingten Symptome, e. g. Müdigkeit, Obstipation, Konzentrationschwäche, Depression.

Mit dem Erreichen dieser Therapieziele würden sich alle Probleme wie von selbst lösen – zumindest ist dies die Meinung der Patientin und wohl auch die der Ärzte.

Damit scheint die Vorgehensweise schon festgelegt.

Mir ist diese *Reduzierung* auf die rein organmedizinischen Aspekte ganz willkommen, weil sie mir Klarheit darüber bringen kann, welche Symptome sich tatsächlich rein medikamentös beheben lassen und inwieweit die Krankheitsursache doch eine Einbeziehung seelischer und biographischer Aspekte erforderlich macht.

Ich fasse also innerlich den Entschluß, diesen zweiten Bereich nicht aus dem Auge zu verlieren, mich aber doch erst auf die somatischen Aspekte zu konzentrieren. Mit einem gewissen Trotz sage ich mir, daß es sich immerhin um mein Praktikum der Inneren Medizin handelt, und daß ich deshalb ein Recht auf die organmedizinische Betrachtungsweise habe.

Daß die Kausalitäten zwischen den Medikamenten und den somatischen Beschwerden von der Patientin selbst suggeriert worden sind, ist mir erst viel später aufgefallen. Zu diesem Zeitpunkt haben wir uns alle bereitwillig darauf eingelassen.

Anamnesegespräch mit Frau B. oder: „Über den Umgang mit funktionellen Symptomen“

Am nächsten Tag betrete ich das Krankenzimmer, um die jüngere Frau B. zum Anamnesegespräch zu bitten. –

Als ich die Tür öffnete, schaut mich die ältere Patientin freudestrahlend und erwartungsvoll an. Natürlich denkt sie, ich komme zu ihr, und ist enttäuscht, daß dies nicht so ist.

Damit ist eingetreten, was ich verhindern wollte: eine beginnende Rivalisierung um die therapeutische Zuwendung.

Das zweite Anamnesegespräch ergibt ebenfalls ein sehr kompliziertes Krankheitsbild. Die Patientin leidet unter einem erhöhten Ruhepuls, Herzschmerzen und Herzrasen, Schwächeanfällen und diffusen Befindensstörungen.

Kurz vorweggenommen handelt es sich um eine Patientin, die wirklich sehr fordernd und eindringlich ihre Symptome darstellt und auch sehr auf diese fixiert zu sein scheint.

Obwohl sie mit einer langen Liste von zumeist negativen Vorbefunden zu uns gekommen ist, haben wir einige Untersuchungen wiederholt (e. g. Schilddrüsentests, 24-Stunden-EKG . . .) und wenige neue Untersuchungen angesetzt (Blutzucker-Tagesprofil, Glucose-Belastungstest).

Zum Teil ist dies aus dem Bestreben heraus geschehen, die Patientin und ihre Beschwerden ernstzunehmen und sie nicht gleich als *psychisch* oder vegetativ einzustufen. Zum Teil haben wir es auch einfach gescheut, uns auf die seelische Problematik einzulassen, die sich auch hier ganz deutlich abzeichnete.

Ich habe zu diesem Zeitpunkt mit meinem Stationsarzt nicht darüber gesprochen, vermute aber, daß sein Handeln ganz ähnlich motiviert war.

Der einzige positive Befund, der sich aus der Vielzahl der Untersuchungen ergab, war eine Mykosis des Gastro-Intestinaltraktes, eventuell eine Erklärung für die Verdauungsbeschwerden der Patientin. Alle übrigen Befunde mußten als „funktionell“ klassifiziert werden.

Die Andeutung schwerwiegender Familienprobleme, die der Patientin nicht bewußt waren, sowie die immer angstvoll geweiteten Augen ließen mich zu Beginn der Untersuchung in Richtung Herzneurose, Konversionssymptome denken. – Zu diesem Zeitpunkt hat mir eine vorschnelle Einschätzung der Symptome als *funktionell* Schuldgefühle gemacht.

Immer noch bedeutet diese Diagnose ja für viele Patienten eine gesellschaftliche Diskriminierung, in dem Sinne, daß funktionelle Störungen nicht zu den gesellschaftlich anerkannten Krankheiten zählen. Außerdem ist sie mit dem Gefühl einer persönlichen Diffamierung verbunden.

Vielleicht habe ich mich deshalb besonders bemüht, zunächst alle möglichen organischen Ursachen auszuschließen.

Im nachhinein mußte ich mich allerdings fragen, ob diese Methode der „Ausschließung durch körperliche Untersuchung“, die Michael Balint in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ kritisiert, nicht wirklich dazu beigetragen hat, die Patientin in der Fixation auf ihren Körper zu bestätigen.

Die Diagnose „psychisch“ wurde ihr nun zwar verzögert, aber auch schonungsloser beigebracht, als dies vielleicht zu Beginn der Fall gewesen wäre.

Auf Frau B. möchte ich im weiteren Bericht nur insofern eingehen, als sie in bezug zu der älteren Patientin Frau D. tritt oder in bezug auf den Situationskreis Bedeutung erlangt.

„Geschwisterrivalität“

Es folgen einige Beispiele für die sich zuspitzende Rivalisierung der beiden Patientinnen untereinander und für meine verzweifelten Versuche, die beiden gleichzuhalten:

1. Frau B. beschwert sich fürchterlich über ihren Diätbrei; ihre Nachbarin hat den Brei probiert und festgestellt, daß er ihrer Verdauung guttue. Sie möchte ihn deshalb auch täglich bekommen.
2. Frau B. bekommt rhythmische Massagen bei einer „jungen und attraktiven“ Masseurin; Frau D. setzt es durch, ebensolche Massagen verordnet zu bekommen, gerät aber laut eigener Angabe an einen „alten Besen“ und fühlt sich zurückgesetzt.
3. Bei der jüngeren Patientin klappen alle Extrabestellungen reibungslos; Frau D. bekommt die falsche Mahlzeit, weil ein Mitglied der Pflegegruppe *vergessen* hat, die

Karte umzustecken. – Am nächsten Tag versäumt die Küche es, die bestellte Mahlzeit zu bereiten.

Dazu die Aussage einer Schwester: „Komisch, ausgerechnet bei ihr geht alles schief.“

Mich kosten diese kleinen „Vergehen“ sehr viel Zeit. Die Stationsschwester legt mir nahe, mir dieses offensichtlich organisatorische Problem der Küche (zu wenig Personal, zu geringer Etat . . .) doch selbst einmal anzuschauen.

Am gleichen Tag folgt die erste Auseinandersetzung mit einer Schwester: Frau B. hat starke Kopfschmerzen und Nackenverspannungen . . . Überlegungen mit dem Stationsarzt über eine Nackeneinreibung.

Ich frage vorsichtig eine Schwester, ob sie vielleicht nach dem Essenaustragen Zeit hätte . . .? Handle mir eine unwirsche Antwort ein und mache die Einreibung schließlich selbst. – Beides wird Anlaß einer Beschwerde. Im Gespräch mit der Stationsschwester einigen wir uns darauf, daß die Krankengymnastin den Nacken der Patientin übernehmen soll. Und natürlich werde ich auch noch mit der Krankengymnastin sprechen.

Die oben genannten Beispiele können beliebig erweitert werden. Ich habe sie bewußt ausgesucht, weil ich glaube, daß sie in ihrer Banalität und Thematik für die Dynamik der Beziehung sehr aussagekräftig sind; so hat die ältere Patientin einen regelrechten „Futterneid“ entwickelt.

Auf der anderen Seite wird deutlich, wie weit mich die Beschäftigung mit diesen rein pflegerischen und doch psychosomatisch wichtigen Problemen von den eigentlichen medizinischen Fragen entfernt hat.

Das Eingehen auf derartige Probleme brachte mich sofort in Konflikt zur Krankenhausroutine, und auch zum Literaturstudium bin ich in diesen ersten Tagen kaum gekommen.

Erschwerend kam hinzu, daß die wirklich sehr anspruchsvollen Patientinnen mit ihren Fragen zu mir kamen, wann immer sie den Drang dazu verspürten, und unabhängig davon, bei welcher Tätigkeit sie mich gerade erwischten.

So war eine kontinuierliche Arbeit kaum möglich, und ich wunderte mich, daß die Krankheitsbilder vor meinem inneren Auge keine rechte Gestalt annahmen.

Eine Bemerkung von Frau B. bringt das Faß beinahe zum Überlaufen . . .

Gegen Spätnachmittag des 3. Tages verlasse ich die Klinik.

„Das EKG von Frau B. kannst du ja mit nach Hause nehmen“, so mein Stationsarzt und, ob ich Pflingsten zu Hause sei; es wäre doch nett, wenn ich am Wochenende einmal vorbeischauen würde: die Medikamente seien umgestellt worden.

Alles völlig einleuchtend, denn schließlich möchte ich mich engagieren, doch warum machen mich die Patientinnen nur so aggressiv und lassen mich gar nicht zur Ruhe kommen?

Am folgenden Tag um 17.30 Uhr

Seit einer halben Stunde wollte ich die Klinik verlassen haben, schaue nur noch schnell ins Patientenzimmer wegen einer terminlichen Mitteilung und werde von der jüngeren Patientin festgehalten: „Welche Symptome macht eigentlich die Multiple Sklerose?“ – Diese Frage, die für mich ein erneuter Beweis für die neurotische Körperbezogenheit der Patientin ist, bringt mich fast zur Verzweiflung. Ich ringe mich zu einem „kann ihre Angst verstehen, glaube aber nicht, daß Sie an MS leiden“ durch und verlasse damit schon wieder einen meiner Vorsätze: die Ängste der Patienten ernstzunehmen.

Mit dem einzigen Wunsch, von hier wegzukommen und mich abzugrenzen, verlasse ich die Klinik.

Balint-Gruppe

Am gleichen Abend in der Balint-Gruppe: ziemlich aufgelöst schildere ich meine Situation, fühle mich hilflos und ausgesaugt und begreife objektiv gar nicht, was mich so belastet.

Dazu ein Bild des Gruppenleiters: „Die Patientinnen scheinen mir wie junge Vögel, die die Schnäbel aufsperrten, wenn ihre Mutter ans Nest kommt“. – Dieses Bild paßt gut zu meinem Gefühl, gefressen zu werden bzw. so ausgesaugt zu werden, daß für Dinge wie Literaturstudium keine Zeit und Kraft mehr vorhanden sind. Auch den Eindruck, daß von allen Seiten an mir gezerrt werde, kann ich ganz gut nachvollziehen. Denn wirklich fällt es mir schwer, mit den verschiedenen Ansprüchen umzugehen, die Patienten, Pflegegruppe, Ärzte und Ausbildung an mich stellen.

Vieles scheint ein Problem der Abgrenzung.

Von seiten der Gruppe: Entrüstung über die Idee der Wochenendbesuche, Gelächter über die Küchengeschichte. – Das Aussprechen allein hilft, und ich kann sogar mitlachen.

Die aufkommende Frage, ob es mir auch sonst schwerfalle, mich abzugrenzen, kann ich nicht ganz verneinen.

Andererseits wird mir auch immer klarer, wie sehr ich zur Projektionsfigur für Ärzte und Pflegegruppe geworden bin. – Die Idee der Wochenendbesuche kam immerhin von meinem Stationsarzt.

Bei genauerer Überlegung fällt mir ein, daß er selbst häufig außerhalb seiner Dienstzeit, also zum Beispiel an dienstfreien Wochenenden, zur Station geht oder daß er sich auch nach ausgiebigen Visitengesprächen immer wieder von seinen Patienten festhalten läßt.

Andere Begebenheiten fallen mir ein, bei denen ich mich darüber wunderte, wie sehr die Pflegegruppe auf die überzogenen Reaktionen einiger Patienten eingeht und damit aus einer Belanglosigkeit ein richtiges Problem werden läßt.

Sehr aufschlußreich ist eine Beschreibung der älteren Patientin vor der Gruppe: viele erinnern sich an Menschen ihres näheren Umfeldes, die mit ihrer unausgesprochenen Anspruchshaltung ähnliche Gefühle von Aggressivität und Abgrenzungsbedürfnis hervorrufen.

Wir sprechen darüber, welche Gefühle *depressive Menschen* in uns hervorrufen, und stellen folgendes fest: Hinter dem scheinbar anspruchslosen Verhalten steckt häufig ein solches Anklammerungsbedürfnis und ein solcher Hunger nach Liebe und Anerkennung, daß nur das geringste Eingehen auf diese Bedürftigkeit die Gefahr in sich birgt, gänzlich vereinnahmt, ja „gefressen“ zu werden.

Ich erinnere mich an die stets erwartungsvollen Augen der Patientin und begreife, daß ich diesen Hunger, der Teil ihrer depressiven Persönlichkeitsstruktur ist, gar nicht stillen kann – und deshalb auch keine Schuldgefühle haben muß.

Welche Macht und Kontrolle Frau D. in dieser ersten Woche ausgeübt hat, wird mir jetzt erst richtig bewußt: Durch ihre eigene Kausalitätsherstellung hat sie die Therapie maßgeblich in die für sie wünschenswerte Richtung gelenkt, und auf mich hat sie durch die Erzeugung von Schuldgefühlen Druck ausgeübt.

Um die Situation besser kontrollieren zu können, beschließe ich, für beide Patientinnen feste Gesprächszeiten einzurichten, mich nicht ständig in Gespräche verwickeln zu lassen und mich vor allem nicht in den Streit der beiden untereinander einbeziehen zu lassen.

Aussprache mit der Pflegegruppe

Am nächsten Morgen versuche ich mit klopfendem Herzen, der Pflegegruppe meine Situation klarzumachen, indem ich einfach schildere, wie es mir ergeht. Mit Erstaunen stelle ich fest: alle haben mehr oder weniger die gleichen Probleme mit den beiden Patientinnen, die sie als die schwierigsten der Station empfinden, und können mich deshalb sehr gut verstehen. Ich erkläre noch einmal unser Ausbildungsmodell, das nur funktioniert, wenn neben der Praxisbetonung auch genügend Zeit zur theoretischen Aufarbeitung des Stoffgebietes bleibt. Deshalb würde ich mich in Zukunft nicht mehr um alles kümmern können.

Meine Offenbarung, am Wochenende nicht zu erscheinen, stößt auf Verständnis und wird nur durch ein ironisches „Ich dachte, du hättest Heilerwillen“ meines Stationsarztes kommentiert.

Die Woche nach Pfingsten

An den drei freien Tagen bin ich bewußt nicht ins Krankenhaus gegangen – *und*: Meinen Patientinnen geht es besser!

Die jüngere Frau B. begrüßt mich auf dem Flur mit der wirklich freundlichen Frage: „Hatten Sie ein schönes Wochenende?“ Und stellt zum ersten Mal eine Besserung ihres Befindens fest. Sie macht auch einen ganz aktiven Eindruck, ist den ganzen Morgen mit Therapien beschäftigt und ist *nicht* böse auf mich. Diesmal hat sie keine Zeit für mich. Mit Frau D. führe ich wie geplant ein halbstündiges Gespräch; auch sie ist gut über die Runden gekommen und hat sich sogar etwas kräftiger gefühlt. Wir sprechen über das Wochenende, und ich merke, daß ich viel offener bin, mich auch auf ihre seelischen Probleme einzulassen. die sie selber anspricht.

Zum ersten Mal gelingt es mir, mich an die vorher festgelegte Zeit zu halten, und so finde ich an diesem Tag auch die so wichtige Zeit zum Literaturstudium.

Eine Besprechung mit dem Stationsarzt bringt einige neue Aspekte. Mit der Pflegegruppe eine lockere und natürliche Atmosphäre; natürlich – weil alle wieder sicher wissen, was sie zu tun haben und sie von mir erwarten können.

Ich höre auch, daß Patientin D. etwas direkt mit dem Stationsarzt besprochen hat. Zunächst mischt sich diese Mitteilung mit dem Gefühl, versagt zu haben, doch dann finde ich es ganz natürlich.

Denn letztendlich fühlten sich die Patientinnen durch den merklichen und unnatürlichen Entzug des Stationsarztes auch verunsichert. So haben sich systemische Veränderungen schon durchgespielt, und unterbrochene Kommunikationen konnten wieder aufgenommen werden.

Seminarbeit

Das Seminar über Herzrhythmusstörungen habe ich nach etwa zehn Tagen gehalten. Für die Zeit der direkten Vorbereitung bin ich endlich meinem Impuls nachgegangen, mich hinter meinen Büchern zu verschanzen und *keine* Patienten zu sehen.

Die Entscheidung über die Auswahl der Seminarpatienten fiel konsequenterweise für die ältere Frau aus, mit der ich mich in jeder Hinsicht mehr beschäftigt habe.

Die Aufforderung, mich auf die organmedizinischen Aspekte zu beschränken, war mit Gefühlen von Klarheit, Überschaubarkeit und Erleichterung verbunden.

Eine Andeutung der zugrundeliegenden Konflikte ließ ich mir aber dennoch nicht nehmen, da diese, wie ich meine, für das Krankheitsbild kennzeichnend sind.

Die Zeit im Anschluß an mein Seminar war durch das Bemühen gezeichnet, zu beiden Patientinnen eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Das Verhältnis zwischen den beiden Frauen wurde zunehmend schwieriger, und es ließ sich nicht ganz vermeiden, daß sich die eine bei mir über die andere beschwerte. Mit der mir so zugewiesenen Rolle kam ich mal besser und mal schlechter zurecht. – Diese Situation besserte sich schlagartig, als mein Stationsarzt durchgriff und die beiden in getrennte Zimmer verlegen ließ. Anlaß war ein Streit, in dem Frau D. ihrer Nachbarin die Schuld an ihrem hohen Blutdruck gab (auf die psychosomatischen Konsequenzen dieser Aussage werde ich mich an dieser Stelle nicht einlassen) und diese sich daraufhin beschwerte. Ich war bei diesem Streit nicht anwesend, freute mich aber insgeheim über diesen Situationswechsel, der mir eine Erleichterung versprach.

Denn: durch diese Trennung wurde die trianguläre Konfliktsituation gelöst, und ich wurde zusätzlich von dem Zwang befreit, die beiden gleichhalten zu müssen.

Die konsequente Beibehaltung meiner Gesprächstermine gestaltete sich als sehr positiv, so daß wir immer flexibler damit umgehen konnten.

Immer häufiger traten die Patientinnen mit der Frage an mich heran, „ob ich sie noch brauche“. Über diesen mehrdeutigen Satz habe ich viel nachgedacht. Zunächst habe ich ihn als Bekenntnis ihrer Unabhängigkeit von mir positiv aufgefaßt. Interessant erschien mir jedoch auch die tieferliegende Bedeutung; möglicherweise haben die Patientinnen begriffen, daß auch ich *sie* brauche, indem ich als Studentin an ihnen lerne.

Dieser Aspekt hat mir gezeigt, wie sehr das therapeutische Verhältnis, Student-Patient, einer Gegenseitigkeit bedarf.

Zur weiteren Betreuung von Frau D.

Besonders zu der älteren Patientin entwickelte sich eine gute Vertrauensbeziehung.

Erfreulicherweise ließ sich unter anderem durch die Umstellung der Medikamente wirklich eine Besserung ihres körperlichen Befindens erreichen. Die Magen-Darm-Beschwerden verschwanden fast vollständig, und zum ersten Mal seit sehr langer Zeit konnte ein Zustand erreicht werden, in dem Frau D. ihr Herz *nicht* spürte. Dieses für sie ungewohnte und doch eigentlich normale Gefühl beunruhigte sie sehr! Sie hat ja ihr Symptom verloren. – Die Thyroxindosis konnte um 50 % auf 150 E gesteigert werden, und die Patientin fühlte sich insgesamt wacher. Auch die beängstigenden Konzentrationsstörungen verschwanden weitgehend.

An ihrem gekränkten Verhalten und dem Gefühl der Benachteiligung hat sich nicht sehr viel geändert. Jedoch ließen uns die gemeinsamen Gespräche, in denen sie zusehends mitteilbarer wurde, ihre Verhaltensmuster besser verstehen.

Die Gespräche verliefen in ihrer Intensität sehr unterschiedlich; mal ging es mehr um Tagesprobleme und ihr körperliches Befinden; wenn sie selbst das Bedürfnis hatte, über tiefergehende Dinge wie über ihre Ehe, ihre Mutter etc. zu sprechen, habe ich mich bemüht, darauf einzugehen.

Meist kam die Patientin mit etwas schüchternem, aber doch erwartungsvollem Blick, der an ein Kind erinnerte. Nicht immer konnte sie die anfängliche Anspannung, die sich auch in ihrer Körperhaltung äußerte (verschränkte Arme, aufrechter Sitz . . .) im Laufe des Gespräches überwinden. – Hatte sie ihrer Wut auf den Ehemann oder auf die Nachbarin einmal in ungeschminkter Vehemenz Ausdruck verliehen, so schien sie bei der Verabschiedung über sich selbst erschrocken. Denn diese fordernde und aggressive Seite verlief völlig konträr zu ihrem Selbstbild, das von der Tugend einer stillen Zurückhaltung und Duldung bestimmt war. Sehr hilfreich war deshalb die Konfrontation damit, wie sie auf andere, also z. B. auf mich wirkt. Diese Konfrontation hat bei ihr ein erschreckendes Erstaunen ausgelöst.

Ich habe meinen Hinweis auf ihre indirekte Anspruchshaltung an den Vorschlag geknüpft, ihre Bedürfnisse direkt äußern zu lernen. Zusammenhänge wie die Situationsgebundenheit ihrer Herzsymptome und Hochdruckspitzen wurden der Patientin mehr und mehr bewußt, und wir haben zusammen versucht, Perspektiven und Lösungsversuche zu finden. Nach jedem Gespräch bedankte sich Frau D. sehr überschwenglich.

Ich möchte an dieser Stelle einige *Auszüge aus der Lebensgeschichte von Frau D.* geben, wie sie sich in den gemeinsamen Gesprächen darstellte:

Frau D. ist als erstes Kind einer als sehr dominant erlebten Mutter und eines eher liebevollen, aber unterdrückten Vaters geboren.

Von der Mutter hat sie nie ein liebevolles Wort erhalten, sondern nur Verbote und sogar Schläge. Häufiger fiel der Satz: „Wie gut ginge es mir, wenn ich keine Kinder hätte.“ –

Auch wenn sich die Patientin ungeliebt und ungewollt fühlte, hat sie es doch nie aufgegeben, auf eine zärtliche Zuwendung der Mutter zu hoffen.

Auch im späteren Alter hat sie es nie geschafft, sich in offener Konfrontation gegen die Mutter durchzusetzen.

Mit ihrem Vater, der die Ausbrüche seiner Frau ebenfalls tolerierte, ohne sich zur Wehr zu setzen, fühlte sie sich sehr verbunden. Seine Reaktionsweisen auf aggressives Verhalten hat sie sich zu eigen gemacht (Duldung, Rückzug, Gekränktsein . . .). Sie werden von ihr als eine eigentliche Tugend und Überlegenheit empfunden. – Jedoch klang auch ein leichter Vorwurf gegen die Schwächlichkeit des Vaters an, der sich selbst und sie als Kind nicht vor den Übergriffen der Mutter zu schützen vermochte.

Der Vater starb im Alter von 59 Jahren an Kolon-Karzinom.

Die Patientin hat noch einen um zwei Jahre jüngeren Bruder, mit dem sich nie eine Solidarität gegen die Eltern herstellen ließ.

Der Bruder konnte sich viel leichter gegen die Mutter durchsetzen, hat bezeichnenderweise mit 18 Jahren das Elternhaus verlassen und es beruflich „zu etwas gebracht“. Jetzt scheint er auf seine Schwester herabzusehen, die es trotz Abitur bei der Mutter nicht durchsetzen konnte, einen Beruf zu erlernen, und deshalb immer in untergeordneter Stellung arbeiten mußte.

Die erste Ehe der Patientin, aus der ein Sohn hervorging, war sehr glücklich, jedoch starb der Ehemann nach ganz kurzer Zeit. – Die Patientin verlobte sich zum zweiten Mal, jedoch starb auch dieser Mann durch einen tragischen Unfall.

In ihrer Verzweiflung – die Patientin war inzwischen mit ihrem Sohn wieder ins Elternhaus zurückgekehrt – wandte sie sich an ihren jetzigen Ehemann. Diesen kannte sie schon seit mehreren Jahren und hatte ihn eigentlich nie gemocht, fand ihn schon damals egoistisch. Bis dahin hatte sie seinem Drängen nie nachgegeben, fühlte sich nun aber durch ihn beschützt und heiratete aus Dankbarkeit.

Von nun an begann ihr eigentlicher Leidensweg mit dem nichtgeliebten 2. Ehemann, in dem sie immer die egoistische und dominante Mutter vor sich sah. – Genausowenig wie gegen die Mutter konnte sie sich gegen ihn durchsetzen und wartete auch hier immer auf eine freundliche und zärtliche Geste.

Da Frau D. selber nicht die Kraft zu haben glaubte, ihre Situation zu ändern, und sie auch vom Sohn keine Unterstützung erwarten konnte, blieb ihr nur die Flucht in die Krankheit.

Ich meine, daß für Außenstehende durch Kenntnis dieser Biographie viele Verhaltensweisen der Patientin verständlicher werden.

Inwieweit ihr selbst durch das Aufdecken ihrer Lebensgeschichte geholfen wurde, ist im nachhinein schwer zu beurteilen.

Nach meinem persönlichen Gefühl haben sowohl das Umstellen der Medikamente als auch die Gespräche und wahrscheinlich sogar der ganze Situationskreis mit allen sich ergebenden Konstellationen zur Genesung von Frau D. beigetragen.

Analyse und Auswertung der Erfahrungen

Der Vorsatz, die geschilderten Eindrücke zusammenzufassen, kann nur unbefriedigend ausfallen, da sie die verschiedensten Ebenen betreffen. Wenn ich es trotzdem versuche, so aus der Erkenntnis heraus, daß viele Konflikte mit einer *gestörten Kommunikation* einhergehen, in einer *Überforderung* münden und letztendlich eine gemeinsame Wurzel haben.

Im Brennpunkt des Geschehens steht eine Studentin des 7. Semesters (ich) mit „normalen“ Vorkenntnissen in den Grundlagenfächern und mit Idealen und theoretischen Ansprüchen in bezug auf eine ganzheitliche und Patientenorientierte Medizin.

Die gleiche Studentin wird in der vollen Verantwortlichkeit für zwei anspruchsvolle Patientinnen zum ersten Mal mit dem *Stationsalltag* konfrontiert. Sie muß dabei erfahren, wie:

- die Praxisbetonung in Konflikt zum theoretischen Anspruch gerät,
- die Aufgabe von Idealen aus Zeitgründen droht,
- das Eingehen auf psychische Phänomene den Blick und die Aufnahmebereitschaft für somatische Aspekte vorübergehend vermindert.

So entsteht bei der starken Gewißheit, daß doch eigentlich alles zusammengehört, der Wunsch nach Abgrenzung und nach Trennung zwischen *Theorie und Praxis*, zwischen *Psyche und Soma* . . .

Ich behaupte, daß dieses Phänomen vielen Berufsanfängern widerfährt, die voll Enthusiasmus ihre Arbeit beginnen und in kürzester Zeit mit dem Notwendigsten überfordert scheinen und ohne Anleitung vor unüberschaubaren Problemen stehen.

Die zu beobachtende *Rückkehr zur reinen Organmedizin* kann als Ausdruck dieser Überforderung aufgefaßt werden, mit der wir uns scheinbar in Sicherheit wiegen können.

Für die Gruppe der Studienabgänger und neuanfangenden Assistenzärzte dürfte dieser Prozeß hinreichend bekannt sein.

Wenige Erfahrungen gibt es dagegen für den Medizinstudenten, der wie an der Universität Witten-Herdecke, ab dem 7. Semester voll in der Praxis steht.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Student und Assistenzarzt besteht in der fachlichen Unsicherheit des Studenten, d. h. praxisorientierte Ausbildung kann sehr leicht in Konflikt zu dem theoretischen Ausbildungsziel geraten. Ein weiterer Unterschied liegt in der zeitlichen Begrenztheit des Stationseinsatzes.

Der Student begibt sich in eine feststehende Kommunikationsordnung, und durch sein Eindringen werden bestehende Kommunikationen auf unnatürliche Weise unterbrochen.

Das folgende Kommunikationsmodell soll dies verdeutlichen:

Wie aus dem Schaubild hervorgeht, kommunizieren Ärzte und Patientinnen nicht mehr direkt miteinander, sondern über das Bindeglied Student. Genauso kommuniziert die Pflegegruppe nicht direkt mit den Ärzten, sondern ebenfalls über „Focus“ Student („Besprechen Sie alles mit der Studentin“). – Und letztlich ist die Kommunikation zwischen den beiden Patientinnen gestört, so daß auch sie das Bindeglied benutzen, z. B. in Form von Beschwerden.

Durch diese künstliche Situation waren letztendlich alle Beteiligten verunsichert. Ich selbst fühlte mich nicht nur verunsichert, sondern in meiner Mittlerrolle auch überfordert.

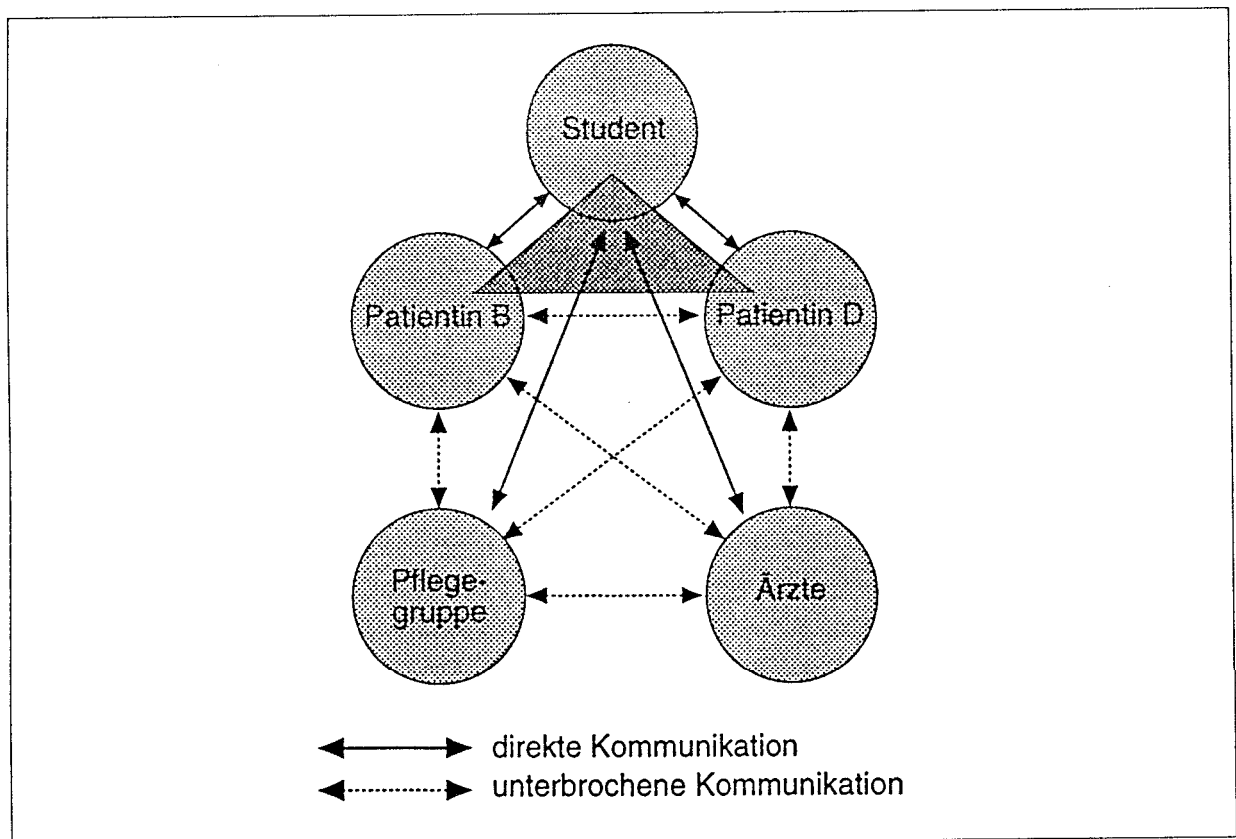


Abb. 1 Kommunikationsmodell.

Wende durch Umstrukturierung der Beziehungen

Eine Wende konnte vollzogen werden, nachdem diese Strukturen – unter anderem durch die Spiegelfunktion der Balint-Gruppe – sichtbar wurden und unterbrochene Kommunikationen wieder aufgenommen wurden. Die entscheidende Wendung in der *therapeutischen Dreiecksbeziehung* konnte durch die Spaltung in zwei „Dyaden“ erreicht werden. Daß die genannte Dreiecksbeziehung oder „Triade“ nicht die einzige des Situationskreises ist, geht aus dem Schaubild hervor.

Ich möchte an dieser Stelle besonders auf Murray Bowen verweisen, der die *Freudsche*

anderen Teils, die Hauptsache sei, sondern die „Triade“. Alle menschlichen Beziehungen ließen sich durch solche Triaden charakterisieren, die ihrer Natur gemäß konfliktbeladen seien.

Und wirklich hat ja die Rückkehr zur entwicklungsgeschichtlich älteren Form der Dyade eine Lösung gebracht, in bezug auf *unsere* konfliktbeladene Situation.

Dieser Analyseversuch soll nicht davon ablenken, daß jeder Student seine eigenen Reaktionsmuster und Vorbedingungen mitbringt und mein Verhalten also auch daraus motiviert war.

Mein Anliegen war es jedoch, auch auf die Faktoren hinzuweisen, die eben nicht nur aus uns selbst kommen, sondern auch *aus der Gruppe*.

In der Literatur gibt es ja viele Beispiele dafür, daß die Rolle eines Familien-/Gruppenmitgliedes mehr von der Familie/Gruppe definiert wird als vom Individuum selbst. So haben die Familientheoretiker das Konzept des „designierten Patienten“ eingeführt, um auszudrücken, daß eigentlich eine Person für die Gruppe agiert.

Ich hoffe, in meinen Ausführungen gezeigt zu haben, daß ein solcher Analyseversuch auch auf die Studentenrolle im Ausbildungs- und Krankenhaussystem anwendbar ist.

Nachwort

Obwohl dieser Bericht eine Kritik an der Patientenorientierten Medizin enthält, möchte ich nicht mißverstanden werden: Die Erfahrungen dieser vier Wochen möchte ich um nichts missen!

Von dem Ausbildungskonzept bin ich nach wie vor überzeugt, glaube sogar, daß es auch nach amerikanischem Beispiel das einzig Zukunftsträchtige ist; ich wehre mich nur gegen eine vorschnelle Idealisierung, die die genannten „side effects“ unberücksichtigt läßt.