

Über eine Patient-Student-Beziehung

F. Kebers, Embourg, Belgien

Im März 1994 habe ich ein Praktikum in der Pädiatrie gemacht, innerhalb des Praktischen Jahres.

Mein Aufgabenbereich umfaßte Visite, Anamnese und klinische Untersuchung bei Kindern. Zudem mußte ich 5 Tage und Nächte im Notdienst der Pädiatrie Untersuchungen bei Kindern durchführen, die später vom Facharzt kontrolliert wurden.

Eines Freitags gegen 17 Uhr stürmte eine aufgeregte Dame schreiend in den Notdienst: „Schnell, meine Tochter liegt im Auto. Sie hat Hirnhautentzündung! Wo soll ich sie hinbringen? Wo ist der Arzt?“

Eine Schwester kündigte mir einen „schweren Fall“ an und bat mich, mit ihr zusammen die junge Patientin in die Notaufnahme zu bringen.

Lisa schien 6 oder 7 Jahre alt zu sein. Später erfuhr ich, daß sie erst 5 ist. Sie lächelt, scheint sehr ruhig (oder ermattet). Auf meine Frage zeigt mir die Mutter einen Brief des Hausarztes, während sie laut und aufgeregter redet. Lisa habe seit 3 Tagen Fieber, habe heute mehrfach erbrochen und habe Kopfschmerzen. Der Hausarzt bittet um eine Lumbalpunktion, um eine Hirnhautentzündung auszuschließen.

Ich begann, einige zusätzliche Fragen zu stellen, wurde aber von der Mutter unterbrochen: „Wer sind Sie?“ (Mit skeptischem Blick.) „Sind Sie die Ärztin?“ Ich antwortete, ich sei Praktikantin und würde die Krankengeschichte und die Untersuchung machen, bis der Arzt käme. Die Mutter schrie: „Oh, nein, holen Sie ihn sofort! Sie werden sie nicht schon wieder ausziehen, wir kommen gerade von unserem Arzt. Es ist sehr schlimm, eine Hirnhautentzündung!“ In diesem Moment kommt eine Schwester, um von Lisas Mutter persönliche Daten aufzunehmen. Allein mit Lisa, frage ich, wie es ihr geht. Sie sagt, daß es ihr gut geht, und erzählt mir von ihren Ferien. Die Mutter kommt zurück und fragt erneut, wann der Arzt kommen wird. Trotzdem gelingt es mir, Lisa zu untersuchen, und alles erscheint mir normal. Die Mutter überschwemmt auch den Facharzt mit ihrem aufgeregten Reden und verlangt die Lumbalpunktion. Der Arzt untersucht inzwischen und meint zu mir: „Die Ergebnisse sind zwar gut, aber wir müssen aus Sicherheitsgründen und weil der Hausarzt es wünscht, die LP machen.“

Es ist 18 Uhr, mein Dienst ist vorbei, die Spätschicht löst mich ab.

Montag früh. Der Tag beginnt mit einer Sitzung, in der wir die Notfälle des Wochenende besprechen. Bestürzt höre ich den Facharzt berichten: „Lisa, 5 Jahre, von ihrem Hausarzt mit Verdacht auf Meningitis überwiesen. Die Untersuchung ergab: Nackensteife, Photophobie, Ermattung, im Liquor zahlreiche Lymphozyten. Einweisung ins Spital für 10 Tage, intravenöse Antibiotikatherapie, Halsabstrich bei den Familienmitgliedern.“

Bei der Visite finden wir Lisa in bester Verfassung, in einem Zimmer, wie für eine Prinzessin dekoriert. Ihre Mutter, blaß, mit tiefen Augentränen, überhäuft uns mit Fragen und bittet: „Sagen Sie ihr, daß sie sich ausruhen muß, sie will nicht schlafen!“ Ich sage ihr etwas trocken, wenn Lisa müde sei, würde sie sich schon ausruhen.

Die Mutter verlangt Verlegung in ein Mehrbettzimmer und ballastreiche Kost wegen Verstopfung. Während der ganzen Woche haben Arzt, Schwestern und ich uns über ihre Forderungen geärgert. Am Entlassungstag waren wir alle erleichtert, nicht weil Lisa, sondern weil ihre Mutter uns verließ.

Ich hatte das Gefühl, versagt zu haben.

Während des ganzen Krankenhausaufenthaltes von Lisa hat mich dieses Gefühl, persönlich angegriffen zu werden, verfolgt und hinderte mich daran, der Mutter wirklich zuzuhören und sie zu beruhigen. Ich war in der Defensive und ging nicht auf ihre Beschwerden ein.

Während der Besprechung nach dem Rollenspiel in der Balint-Gruppe meinte ein Teilnehmer, gerade im Notdienst sei es besonders schwierig, ein gutes Verhältnis zum Patienten aufzubauen. Ein anderer Teilnehmer gab zu, daß er weder gern an meiner Stelle gewesen wäre noch gewußt hätte, wie er reagieren sollte. Immerhin war ich beruhigt und fühlte mich ein wenig verstanden. (Dieses beidseitige Verständnis charakterisiert, meine ich, die wohlwollende Atmosphäre in der Balint-Gruppe.)

So weit zum Wesentlichen. Es ist aber nötig, die Sache noch zu vertiefen.

Ich war z. B. von der mangelnden Ehrlichkeit des Arztes enttäuscht, der bei der Besprechung die ursprüngliche Geschichte verfälschte, um sie gewöhnlich erscheinen zu lassen, und vorgab, alle Symptome einer Meningitis festgestellt zu haben. Auch war ich enttäuscht, mich in meinem klinischen Urteil geirrt zu haben, da ich, wie der Arzt glaubte, die LP würde negativ ausfallen. In Wirklichkeit habe ich noch immer diesen Zweifel: Kein Keim im Liquor, und der Facharzt hat zugegeben, man sei nicht hundertprozentig sicher, daß eine Meningitis vorlag, aber wegen der zweifelhaften Leukozyten sei eine Antibiotikatherapie nötig.

Ich lasse die Zweifel an den Ergebnissen bestehen, um die – meiner Meinung nach – unnötige Aufregung von Lisas Mutter zu beweisen. Daher glaube ich, daß der Facharzt Lisas Mutter, die von einer Meningitis ausging, „gehört“ hat, indem er entsprechende Symptome erfand und so tat „als handle es sich um eine Meningitis“.

Ich habe gerade diesen Fall als Beispiel für die schwierige Patient-Student-Beziehung gewählt, da ich im familiären Umfeld auch überempfindlich auf jede Art von Aggression reagiere.

Erst im Rollenspiel habe ich gelernt zu verarbeiten, was ich mir theoretisch in der medizinischen Psychologie angeeignet hatte.

Nach dem Rollenspiel fragte der Gruppenleiter Carine, die meine Rolle gespielt hatte – ich in der Rolle der Mutter –, was sie empfunden habe. Sie sagte: „Nichts Besonderes diese Frau ist sehr beängstigt aufgrund der Krankheit ihrer Tochter, ich versuche sie ein bißchen zu beruhigen, indem ich ihr vorschlage, sich zu setzen. Es ist richtig, daß ich nicht viel mehr machen kann, als mit ihr zu warten und ihr zuzuhören.“

Das war für mich eine Offenbarung: Die Aggressivität von Lisas Mutter war nicht gegen **mich** gerichtet. Es war eine Möglichkeit, ihre mütterliche Angst auszudrücken, ihre Befürchtung, die Tochter sei vielleicht todkrank. All das empfand ich während des Rollenspiels.

Als Praktikantin ist man zwar die erste Kontaktperson für den Patienten, doch hat man keine Entscheidungsgewalt. Und man ist als Studentin eher die Zielscheibe für solche Aggressionen als ein offensichtlich erfahrener Chef des Notdienstes.

Durch diese Betrachtungen habe ich mir gemerkt: Bei Aggressionen (oder das, was ich als solche empfinde) sage ich mir: „Achtung, fall nicht drauf rein, bleib neutral und versuche, zu verstehen, warum der Patient das „Bedürfnis“ hat, seine Aggressionen loszuwerden, obwohl er dir persönlich nichts vorzuwerfen hat!“

In dieser Student-Patient-Beziehung schließt die Bezeichnung „Patient“ Lisa und ihre Mutter als Einheit ein wie so oft in der Pädiatrie.

Zu Anfang des Jahres habe ich mich (wieder einmal) mit den Gedanken getragen, mein Studium abzubrechen, u. a. weil mir der Kontakt mit einigen Patienten zu viele Probleme bereitete. (Zwar wurde ich nach jedem Praktikum für mein wohlwollendes Verhalten gegenüber den Patienten gelobt.)

Ich konnte meiner Balint-Gruppe, an der ich seit 3 Jahren teilnehme, meinen Fall „Lisa“ erzählen und habe dabei nicht zuletzt durch das Rollenspiel und die Beiträge der Gruppenmitglieder große Hilfe bekommen.

Wie könnte die Ausbildung der Studenten verbessert werden?

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist sehr ernst zu nehmen. Die Verfassung des Patienten und des Arztes sind davon abhängig.

Leider hat uns die Universität nicht darauf vorbereitet. Ich spreche nur für die Universität Liège/Lüttich (Belgien).

Natürlich hatten wir im 3. Studienjahr „Einführung in die Psychologie“ und im 5. Jahr „Medizinische Psychologie“. Zwar hörten wir da wichtige Theorien, die aber erlebt werden müssen, um nachvollziehbar zu sein.

Zur Zeit besuche ich rein theoretische Kurse der Allgemeinmedizin. Eine Rollenspielgruppe ist vorgesehen, und ich kann kaum abwarten, daran teilzunehmen.

Niemand an der Universität hat je davon gesprochen, was außerhalb des Medizinischen während einer „gewöhnlichen“ Behandlung passieren kann, welche Abwehrmechanismen man automatisch entwickelt, auch wurden wir nie aufgefordert, von unseren Erfahrungen und Gefühlen zu berichten. Allein bei der Balint-Gruppe habe ich gelernt, daß vor den Beschwerden und den Symptomen eine Begegnung zwischen einer Person A (dem Patienten) und einer Person B (dem Arzt) stattfindet.

Diese Erkenntnis scheint mir ebenso wichtig wie das, was in der Universität gelernt wird.

Erst im 4. Studienjahr dürfen wir „echte“ Kranke untersuchen. Meiner Meinung nach sollte damit mindestens im 2. Studienjahr begonnen werden. Im 2. Jahr haben wir Anatomie, Physiologie, Biochemie und Histologie und vor allem Sezieren. Hierbei gibt es die meisten Schwierigkeiten. In 10er-Gruppen sezieren die Studenten sorgfältig vier Monate lang jeden Tag „ihre“ Leiche, geben ihr häufig auch einen Namen.

Es ist kennzeichnend, wie einige „Empfindsame“ sich unwohl fühlen. Am zweiten Tag geht es schon besser, und ab dem dritten sprießen die Witze, gute wie geschmacklose. Ich glaube, von diesem Zeitpunkt an beginnen wir, uns etwas vorzumachen, Abwehrmechanismen aufzubauen, um bei diesem etwas brutalen Zusammentreffen mit dem Tod klaren Kopf zu behalten. Spätestens seit diesem Zeitpunkt sind die Beziehungen zu den Patienten pervertiert.

Warum sollten all die beim Sezieren aufgebauten Schutzwälle zwei Jahre später einstürzen, wenn man gewiß lebenden, aber doch dem Tode so nahestehenden Kranken gegenübertritt? Es geht dann nicht mehr um den Kranken, sondern um Krankheitsbilder, bei denen man isoliert die veränderten Organe sieht und das Bild des ganzen Menschen verliert.

Gerade hier halte ich die Möglichkeit in einer Balint-Gruppe für dringend. Die Studenten könnten dort besprechen, was sie beim Sezieren, bei der Visite, bei ihrer „Berufung“ empfunden haben und könnten sich so nach und nach auf den Kontakt mit den Patienten vorbereiten. Ich bin sicher, daß der Fachbereich Medizin Räume und Bezahlung für die Balint-Gruppenleiter zur Verfügung stellen könnte. Man muß dort von der Notwendigkeit der Balint-Gruppen überzeugt werden.