

Anamnesegruppen - Patientenzentrierte Medizin erleben **Thomas Loew (Hsg.)**

„Der Irrtum unseres Ausbildungssystems beruht auf der Vorstellung, die Sozialisierung des Medizinstudenten zum Arzt sei Aufgabe der Fakultät und ihrer Dozenten, die Wissen beibringen, Können vormachen und durch ihr Beispiel ärztliche Haltung vermitteln. Daß es sich um einen zwar wichtigen, aber allein nicht hinreichenden Teil des komplexen Geschehens handelt, wird ausgeblendet. Die unentbehrliche Ergänzung, durch die Veränderung der Persönlichkeit des Studenten in der Begegnung mit Patienten in der gemeinsamen Erfahrung mit Gleichaltrigen und Gleichbemühten, bleibt studentischen Selbsthilfegruppen überlassen. Das ist der Hintergrund, auf dem die Verwirrung, die man anfangs beim Lesen der Beiträge empfindet, in ein Miterleben der Atmosphäre in studentischen Anamnesegruppen umschlägt und etwas von der Lebendigkeit in und unter den Gruppen vermittelt.“

Thure von Uexküll

(Buchdeckeltext)

Dieses Buch wurde 1989 mit Förderung der Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart, im Centaurus Verlag, Pfaffenweiler, erstmalig aufgelegt (ISBN 3-89085-349-8). Einige wenige Restexemplare sind noch über den Buchhandel erhältlich. Da das Copyright auf Seiten des Verlages erloschen und keine Neuauflage geplant ist, wollen wir den Text, der damals aus einer studentischen Initiative heraus entstanden ist, Interessierten nun via Internet zugänglich machen.

Er ist als Word-Dokument verfaßt worden, der Ausdruck umfaßt 173 Seiten.

Anamnesegruppen: Patientenzentrierte Medizin erleben

herausgegeben von Thomas Loew

mit Beiträgen von

Johannes Büttner

Peter Buttner

Johanna Dembowski

Florence Donnars

Katrin Friedrich

Elke Hofmann

Stefan Gerling

Christoph Hilger

Peter Joraschky

Christoph Koch

Lisa Kottwitz

Peter Leiberich

Michaela Loew

Matthias Merklein

Martin Pummerer

Christine Rieger

Christian Schmidt

Lisa Selhorst

Stephan Thomas

Martin Zimmermann

und einem Geleitwort von Thure von Uexküll

Anschrift des Herausgebers:

Thomas Loew

Abteilung für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik mit
Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Schwabachanlage 6 u. 10
D-852 Erlangen

Den Anamnesegruppen zum 20.
Wolfram Schüffel zum 50.
und Boris Luban-Plozza zum 65.
Geburtstag gewidmet

Geleitwort

Die Verwirrung, die anfangs den Leser der in diesem Band zusammengestellten (20 Autoren-) Beiträge befällt, ist wohl Ausdruck eines emphatischen Mitempfindens der Verwirrung, die den Studenten angesichts der "unmöglichen Aufgabe" ergreift, sich nicht nur durch den obligatorischen Studiengang zum Mediziner ausbilden zu lassen, sondern sich selbst zu einem Arzt zu bilden. Konkret wird diese "unmögliche Aufgabe" als das Erlernen einer Technik der Anamnese-Erhebung beschrieben, die nach den Worten R. Adlers (1989) "Die somatischen, die psychischen und die sozialen Gegebenheiten eines Patienten in einem Schritt einholen und in Beziehung bringen soll." Dabei geht es nicht nur um ein Organ oder Organsystem, sondern um den Menschen mit seiner Krankheit in seiner individuellen und sozialen Wirklichkeit. Das setzt nicht nur Kenntnisse des Mediziners, sondern auch Wissen um psychische und soziale Zusammenhänge voraus - sowie die Bereitschaft, sich auf die Probleme eines kranken Menschen einzulassen und dessen Probleme empathisch wahrzunehmen. Sozialisierung zum Arzt soll durch freiwilliges Sich-einer-Situation-Aussetzen erreicht werden, in welcher der Student, der die Anamnese "macht", bei diesem "Machen" immer wieder durch den Patienten ein Stück verändert wird. Während der Student sich mit seiner Betroffenheit auseinandersetzen muß, erfährt er, daß die Anamnese ebenso von dem Patienten "gemacht" wird. "Learning by doing" im Miteinander von Arzt und Patient gelingt nur in einem Gespräch, dessen Regeln als Handlungssystem erspürt und eingehalten werden.

Der Irrtum unseres Ausbildungssystems beruht auf der Vorstellung, die Sozialisierung des Medizinstudenten zum Arzt sei Aufgabe der Fakultät und ihrer Dozenten, die Wissen beibringen, Können vormachen, und durch ihr Beispiel ärztliche Haltung vermitteln. Daß es sich um einen zwar wichtigen, aber allein nicht hinreichenden Teil des komplexen Geschehens handelt, wird ausgeblendet. Die unentbehrliche Ergänzung, durch die Veränderung der Persönlichkeit des Studenten in der Begegnung mit Patienten in der gemeinsamen Erfahrung mit Gleichaltrigen und Gleichbemühten, bleibt studentischen Selbsthilfegruppen überlassen.

Das ist der Hintergrund, auf dem die Verwirrung, die man anfangs bei dem Lesen der Beiträge empfindet, in ein Miterleben der Atmosphäre in studentischen Anamnesegruppen umschlägt, und etwas von der Lebendigkeit in und unter den Gruppen vermittelt.

Thure von Uexküll

Freiburg, im Januar 1989

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
EINFÜHRUNG	
Wie weit reicht die Verantwortlichkeit des Arztes?	1
Was können wir Studenten tun?	3
Zum vorliegenden Buch	4
GESPRÄCHE ZWISCHEN ARZT UND PATIENT	
Was ist das Ziel der Anamneseerhebung?	11
Elemente eines Anamnesegespräches	14
<i>Ein Einstieg</i>	14
<i>Der Unterschied zwischen einem "normalen" wichtigen Gespräch und einem Arztgespräch</i>	16
<i>Wie kann ich bei offener Gesprächsstruktur sicher sein, keinen medizinisch wichtigen Punkt zu übersehen?</i>	19
<i>Wie abschließen?</i>	22
<i>Was passiert in einem Gespräch alles gleichzeitig?</i>	24
<i>Hat man im ärztlichen Alltag Zeit, so ausführlichen Anamnesegespräche zu führen?</i>	25
<i>Kann man sich den Inhalt eines so langen Gespräches überhaupt merken?</i>	26
<i>Kann man diese Art der Gesprächsführung erlernen?</i>	27
Das Gespräch mit den Patienten - Eine ärztliche Kunst?	27
Das Gespräch mit unheilbar Kranken - Was sollte man beachten?	30
Anamnesegruppen und Psychotherapie	33
<i>Beinhaltet das Anamnesegruppengespräch nicht manchmal psychotherapeutische Ansätze?</i>	33
<i>Ist eine gute Anamneseerhebung schon "Therapie"?</i>	37
<i>Anamnesegruppen - Eine Gefahr für psychisch labile Patienten?</i>	38
ANAMNESEGRUPPEN IN ERLANGEN	
Was bringt die Gruppenarbeit im Studium?	41
<i>Warum sollten wir etwas verändern?</i>	41
<i>Aus der Geschichte der Anamnesegruppen</i>	43
Die Realisierung einer Idee	44
<i>Medizinstudium und patientenzentrierte Berufsausübung</i>	44
<i>Die erste Erlanger Gruppe</i>	45
<i>Die ersten Erlanger Tutorentrainings</i>	48
<i>Weitere Entwicklungen</i>	50
Welche Motive haben Studenten, die an Anamnesegruppen teilnehmen?	53
Was geschieht während eines Anamnesegruppen - Treffens?	56
<i>Kann jeder daran teilnehmen?</i>	56

<i>Warum gibt es Protokolle?</i>	57
<i>Protokoll A</i>	58
<i>Protokoll B</i>	60
Was könnte umgekehrt der Patient die Teilnehmer einer Anamnesegruppe fragen?	69
Rückblick einer Teilnehmerin	73
Die vielschichtigen Anforderungen der Anamnesegruppen - Arbeit	75
Das Erlanger Gruppenmodell	82
<i>Vor und Nachteile</i>	82
<i>Ausblick: Stabilisierung durch Professionalisierung?</i>	83
DIE ARBEIT ALS TUTOR	
Elemente der Tutorentätigkeit	85
Was bleibt? - Eine Tutorin blickt zurück	88
Auch die Tutoren bilden eine Gruppe - persönliche Eindrücke	90
Tutorentätigkeit und gruppendynamische Prozesse	94
Bewährt sich die Arbeitstechnik der Anamnesegruppen auch in anderen Projekten?	97
UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE STUDENTEN VON AUSSEN	
Welche Hilfe benötigen die Anamnesegruppen durch den Arzt?	101
<i>Vorgespräch des Arztes mit dem Patienten</i>	102
<i>Rückmeldung als Chance für die Fortsetzung des Dialoges</i>	104
Supervision von Anamnesegruppen - Tutoren	105
WELCHE ANSÄTZE GIBT ES, AKTIV ZU WERDEN, UM DEN KONTAKT ZWISCHEN MEDIZINSTUDENTEN UND PATIENTEN ZU VERBESSERN?	
Anamnesegruppen anderenorts und weitere Aktivitäten	109
Interview mit Prof. Boris Luban - Plozza	113
<i>Hinweise zur Balintarbeit - Das Balintdokumentationszentrum in Ascona</i>	117
<i>Förderung beziehungsorientierter Ausbildung: "Asconeser Modell" - Preis für Medizinstudenten</i>	117
Von der Anamnesegruppe in die Balintgruppe - Erfahrungen	118
Kontinuität - Das Marburger Maitreffen und die Zeitschrift für Patientenorientierte Mediziner(ausbildung)	120
Öffentlichkeitsarbeit und Anamnesegruppen	123
RESÜMEE	125
DANK	127
Glossar	129
Bibliographie	133

Anmerkung

Wir möchten darauf hinweisen, daß alle Begriffe im Text, die mit der Anamnese-gruppenarbeit zusammenhängen, wie zum Beispiel "Tutor", "Suervision" oder "Blitz" im Glossar am Ende des Buches genauer erklärt werden.

In dem vorliegenden Buch ist hauptsächlich von Patienten, Ärzten, Tutoren usw. die Rede. Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, daß wir das Ersetzen der traditionellen Formen durch Kombinationen wie Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen/Patienten, bzw. StudentInnen, die sich eindeutig auf beide Geschlechter beziehen, diskutiert haben und eigentlich für geeigneter halten. Wir haben ausschließlich der Leserlichkeit wegen darauf verzichtet.

EINFÜHRUNG

von *Thomas Loew*

Wie weit reicht die Verantwortlichkeit des Arztes?

Ärzte haben in der Gesellschaft die Verantwortung für die medizinische Versorgung. Sie sind angehalten, den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt - auch volkswirtschaftlich - sinnvoll in ihre tägliche Arbeit einzubeziehen. Vor dem Gesetz sind sie ebenfalls zuständig für die Entscheidung, ob eine Mitbetreuung aus dem Bereich der Heilhilfsberufe indiziert ist; pflegerische Maßnahmen, Krankengymnastik, aber auch psychologische, psychotherapeutische Betreuung, u.s.w. müssen von Ärzten verordnet werden, bzw. unterliegen ärztlicher Aufsicht. Darunter fällt in bestimmten Situationen beispielsweise auch das Tätigkeitsfeld des Sozialarbeiters.¹

Immer offener und unter großer Beachtung durch die Öffentlichkeit werden Themen, z.B. wie weit die Aufklärung² des Betroffenen über die Überlebenschancen bei ernsten Erkrankungen gehen soll oder Fragen der Sterbehilfe, in der Ärzteschaft aber auch von Nicht-Ärzten diskutiert. Es darf als allgemein bekannt angenommen werden, daß der erhöhte Zulauf zu Heilpraktikern neben anderen Gründen auch im Zusammenhang steht mit dem Bedürfnis der Patienten, mehr Zeit und Zuwendung im Gespräch zu erfahren.³ Sind etwa Zeit und Zuwendung nicht mehr zu vereinbaren mit ärztlicher Tätigkeit?

¹Bundesärztekammer: Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Sozialarbeitern. Deutsches Ärzteblatt, Ausg. B 82. Jahrg. Nr. 3, 1985

²Berichterstattung über den Kongress der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft, Nürnberger Nachrichten vom 11.4.88, S. 3

³Tzschaschel I.: "Die Schulmedizin konzentriert sich auf die Krebszelle". Heilpraktiker und Krebs; nach einer Dissertation von Reiner Alting, Heidelberg. einblick, Zeitschrift des Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg, Band 2, 1988

Erst kürzlich wurde anlässlich der Verleihung des deutschen Krebspreises wieder deutlich, daß es tatsächlich in den letzten 20 Jahren gelungen ist, die Heilungschancen für viele Patienten zu verbessern, bzw. die Überlebensraten zu verlängern. Gerade in Bezug auf Krebserkrankungen im Frühstadium gibt es höchst erfreuliche Veränderungen.⁴ Es wird jedoch auch berichtet, daß die Inanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchungen sehr gering ist. Prof. R. Verres gibt eine Quote von 40% bis 50% der Frauen und 10% bis 15% der Männer an. Diese geringe Zahl findet sich trotz einer aufwendigen und breitgestreuten Öffentlichkeitsarbeit, die sicher weite Teile der Bevölkerung erreicht, aber unglücklicherweise nicht ausreichend motiviert, die Leistungen in Anspruch zu nehmen.⁵ Unverantwortlich wäre es, diese Tatsachen mit der Bemerkung zu kommentieren, es stünde ja jedem einzelnen offen sich zu entscheiden - dem Patienten bestimmte Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, oder weitere Informationen zu erfragen, und dem Arzt sich darauf zu verlassen, getreu dem Motto: Wo oberflächlicher Kontakt endet, hört auch die ärztliche Zuständigkeit auf.

Gerade der Arzt für Allgemeinmedizin hat ausdrücklich den Auftrag zur Gesundheitserziehung⁶, er soll beispielsweise über vorbeugende Maßnahmen oder Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen aufklären. Den Medizinerinnen wird in einem sechs Jahre dauerndem Studium mehr als jede andere Berufsgruppe vermittelt, was Krankheit und Gesundheit ist; sie sollten also mit dem notwendigen fachlichen Hintergrundwissen ausgestattet sein. Daraus kann ein Anspruch der Gesellschaft, die Medizinerinnenbildung letztlich zum Nutzen und Wohle aller finanziert, auf ausführliche Information abgeleitet werden, auch wenn (hoffentlich nur gegenwärtig) das pädagogische Werkzeug dazu in der ärztlichen Ausbildung nicht unterrichtet wird.

⁴Aumüller J.: Deutscher Krebspreis '88, Exklusivinterviews mit den Preisträgern, Beilage d. Münch. med. Wschr., Nr. 16, 1988

⁵Interview mit Prof. Dr. med. R. Verres: Die Ärzte müssen sich das Vertrauen der Patienten verdienen. Münchn. Med. Wochenschr., Nr. 18, 1988, S. 30-32

⁶Bayerische Landesärztekammer: Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Teilgebieten und Bereichen. 1981; S. 3

Die Allgemeinmedizin umfaßt den ganzen menschlichen Lebensbereich⁷, demzufolge gehört der Widerstand im psychologischen Sinn, das Verdrängen, das Nicht-wahr-haben-wollen oder die Angst des Patienten, zum Arzt zu gehen, aber auch die Ängste der Behandelnden selbst, zur ärztlichen Tätigkeit dazu. Die Ärzte können nur dann aus vollem Herzen sagen, sie erfüllten ihre Pflicht, wenn sie sich nicht damit zufrieden geben, daß nicht einmal jede dritte Frau oder jeder fünfte Mann die Chance zur Krebsfrüherkennung nutzt, sondern müssen sich auseinandersetzen mit den Patienten und über eben diese Ängste und Widerstände mit ihnen sprechen! Dazu gehört auch, daß man anfängt, sich auszutauschen. Warum sollte es einem Arzt anders gehen als allen anderen Menschen. Warum sollte er keine Probleme damit haben, wenn die Sexualität zur Sprache kommen soll (sonst gäbe es vielleicht nicht so eine hohe Abtreibungsquote bei Minderjährigen), oder wenn sie mit dem Tod und dem Sterben konfrontiert werden. Es scheint sinnlos, wenn wir die Behandlungsmethoden vorantreiben, die Diagnostik verbessern, aber viele Patienten nicht davon profitieren können, weil es nicht gelingt, die Defizite auf der Verständigungsebene abzubauen.

Wir müssen also anders miteinander reden. Wir Ärzte und zukünftigen Ärzte, aber auch die Patienten, die sich an uns wenden.

Was können wir Studenten tun?

Viele Medizinstudenten klagen, daß sie nicht ausreichend auf diese Aufgaben vorbereitet werden. In der traditionellen Medizinerbildung gibt es theoretisch zwar einige wohlklingende Hinweise zur Arzt-Patient-Beziehung im Gegenstandskatalog⁸; die Unterrichtspraxis sieht im Durchschnitt jedoch anders aus, sieht man von wenigen löblichen einzelnen Ausnahmen einmal ab.

⁷ebenda, S. 3

⁸Offizielle Gegenstandskataloge zur ärztlichen Vorprüfung, zum ersten und zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Jungjohann, Neckarsulm, 1983

Es wird auf den folgenden Seiten von einem Projekt die Rede sein, einer Initiative von Studenten, die sich besser auf die Situationen und Probleme, die dem Arzt im Gespräch mit dem Patienten begegnen, vorbereiten wollten. Es handelt sich um ein freiwilliges Ausbildungsangebot, bei dem alle Betroffenen, - die zukünftigen Ärzte, - Ärzte, die sich bereits im Berufsleben befinden, - und die Patienten als Partner zusammenarbeiten, um diese Schwierigkeiten, vor denen wir alle stehen, besser zu bewältigen.

Zum vorliegenden Buch

Anamnesegruppen - von Studenten für Studenten

Die AG kann es nur geben, wenn sich Studenten dafür interessieren und daran teilnehmen, quasi eine studentische Selbsthilfe. Ohne die Studenten, die weiter am Ball bleiben, die in ihrer Studienzzeit Gruppen für Kommilitonen organisieren und betreuen und später im Berufsleben umsetzen, was sie in dieser Zeit gelernt haben, gäbe es keine AG.

Wir möchten die Kommilitonen ansprechen, die (bisher) noch nicht die Gelegenheit hatten, AG zu erleben, aber uns auch an diejenigen wenden, die nichts davon halten. Denjenigen, der mitten in der AG-Arbeit steht, wollen wir anregen, seine Situation zu reflektieren und sich durch unsere Beobachtungen anregen zu lassen.

Wenn nun durch die Lektüre der folgenden Seiten bei einem Medizinstudenten, der die Arbeit kennenlernen möchte, der Wunsch wächst, tatsächlich an einer Gruppe teilzunehmen, oder derjenige, der gerade in einer Gruppe ist, die Entscheidung trifft, sich in Zukunft als Tutor in einer AG zu engagieren, dann wäre ein Ziel, das wir uns gesteckt haben, erreicht.

Wir hoffen, daß die Schwierigkeiten, mit denen sich die AG in Erlangen konfrontiert sah, sowie die Wege etwas deutlicher werden, die wir gegangen sind, um die Probleme zu lösen. Diejenigen, die mit dem Gedanken spielen, die Gruppen an ihrer eigenen Uni zu realisieren, möchten wir ermutigen, nicht zu resignieren, sondern zu beginnen.

Aus diesem Grund werden viele Informationen inhaltlicher Art, aus der praktischen Arbeit der AG (Tutor, Tutorengruppe, Supervisor), und natürlich aus der Anfangszeit der AG angeboten, die konkret bei der Gruppenarbeit und Gruppenerfahrung hilfreich sein könnten.

Zur Zusammenarbeit verpflichtet?

"Dem anderen helfen", antworten die meisten Medizinstudenten, wenn sie nach Gründen gefragt werden, warum sie gerade dieses Studium ausgewählt haben, und meinen normalerweise mit "dem anderen" den Patienten. In den AG haben wir gelernt, diese Aussage auch im weiteren Sinn gelten zu lassen: Ärztliches "Helfen" setzt ärztliches "Wissen" voraus. Ich halte die Tatsache für wichtig, daß die Gesellschaft die Ausbildung ermöglicht. Wie gesagt, sie hat einen Anspruch darauf, daß sich ihre Medizinstudenten optimal auf den Arztberuf vorbereiten.

Im Laufe der Zeit bin ich zu der Ansicht gelangt, daß man ebenfalls über einen mittelbaren Ansatz wirksam helfen kann, nämlich durch Einflußnahme auf die Ausbildung. Offensichtlichster Beleg für diese These ist der Nutzen, den Erste-Hilfe-Kurse für die Bevölkerung haben. Ich will hier nicht die Gesundheitsbildung von Patienten durch den Arzt diskutieren, ebenfalls ein weites Feld effektiver medizinischer Versorgung, sondern den Bereich ansprechen, der in erster Linie uns Studenten selbst und unsere Lehrer angeht. Was dabei eine Rolle spielt, soll in diesem Buch deutlich werden.

Jeder Medizinstudent, der ein "guter" Arzt werden will, sollte folgende These überdenken. Häufig hört man, Konkurrenz hebe die Qualität. Denkt jeder ausschließlich an sich, weil er glaubt, ein auf Erfolg ausgerichtetes Studium lasse keinen Raum für weitere Aktivitäten, mag er sich auf seine persönliche professionelle Rolle ausreichend vorbereiten, woraus seine unmittelbaren Patienten später Gewinn ziehen werden. Was die anderen Studenten machen, kann er nach seiner Ausbildung aber kaum mehr beeinflussen. Umgekehrt: Im Studium hat der einzelne noch die größten Möglichkeiten, Anregungen aufzunehmen und weiterzugeben. Er muß nur die Chance erhalten, sich auszutauschen. Für mich selbst bedeutet das: Versuche ich nicht nur die Anforderungen im Studium, die an mich herangetragen werden, bestmöglichst zu erfüllen, sondern setze ich mich auch dafür ein, daß wir Studenten eine bessere Unterweisung erhalten, bringt das nicht nur uns etwas. Davon werden auch die Patienten profitieren, für die wir im Grunde genommen gemeinsam die Verantwortung tragen.

Ein Vorteil - Der unterschiedliche Ausbildungsstand

Das Studium führt zu einer berufsspezifische Sozialisierung des Medizinstudenten.⁹ Der einzelne läuft Gefahr, gerade die Aspekte ärztlicher Tätigkeit aus den Augen zu verlieren, die ihm am Anfang seiner Ausbildung so wichtig waren, und je länger er studiert, desto schwieriger wird es, noch genauso menschlich-unbefangen und engagiert zu sein, wie bei Beginn des Studiums. Die jüngeren Semester sind noch weniger vom "versteckten Lehrplan" ärztlicher Sozialisation beeinflusst und können eine Hilfestellung geben, den Blick auf das Wesentliche zu richten.

In der AG habe ich neue Möglichkeiten der Begegnung mit dem Patienten, mit anderen Menschen überhaupt, kennengelernt. "Dem anderen zuhören" erfuhr eine Bedeutungserweiterung im Sinne von reden lassen, Zeit zu gewähren, dem Patienten eine aktive Rolle zuzuschreiben. Der Vorsatz, "den anderen verstehen" zu wollen, wurde konkreter, plastischer, beinhaltete nämlich nun auch zu versuchen, "den anderen" im Bezug zu mir zu verstehen.

Warum beschäftigen wir uns mit dem Anamnesegespräch?

Den Satz, daß eine gute Anamnese zu 60 % zur richtigen Diagnosestellung beiträgt, wird jeder Medizinstudent mehrmals in seiner Ausbildung hören. Daß von einem Anamnesegespräch weitere diagnostische Schritte und therapeutischen Initiativen, die für den Patienten entscheidend sein können, abhängen, brauche ich nicht weiter zu erläutern. Manchmal hat das ärztliche Gespräch schicksalshafte Bedeutung.

⁹Vorlesungsaufzeichnungen aus dem Praktikum der Medizinischen Psychologie.

Ulm, 1983

Ein Buch über die Anamneseerhebung kann nicht zur Aufgabe haben, klinisches Wissen zu vermitteln. Das mag der Grund sein, warum vielen Studenten - die meisten werden wohl am Anfang ihrer klinischen Studien in ein Lehrbuch, das sich mit der Anamneseerhebung beschäftigt, hineinschauen - gerade diese Thematik leer und abstrakt erscheint. Was vermittelt werden soll, nämlich wie ein Gespräch strukturiert wird, welche Daten und Informationen erfaßt werden sollten, hat häufig keinen Bezug zum Individuum. Deshalb wird die Lektüre als langweilig empfunden (so ging es mir jedenfalls), was oft dazu führt, daß gerade diese Kapitel übersprungen werden. Auf der anderen Seite gibt es Autoren, die sich spezieller, von der psychologischen Seite her, mit der Gesprächsführung beschäftigen. Hier liegt das Problem häufig in der wissenschaftlichen Aufmachung. Mich hat es im Laufe meines Studiums verwundert, daß zwar viel über die Fragen, die der angehende Arzt in der Anamnese stellen kann, geschrieben wurde, man aber kaum etwas über die Antworten des Patienten erfährt, trennt man einmal die rein medizinischen Informationen ab. Die AG-Arbeit kann ein Einstieg für Medizinstudenten sein, sich eben gerade auch mit den Antworten des Patienten zu beschäftigen.

Wir möchten auch anderes erreichen

Das Buch ist ebenfalls für die Krankenschwestern und die Pfleger oder die Ärzte geschrieben, die Kontakt mit den AG bekommen und mehr wissen möchten. Eine weitere Zielgruppe sind z.B. Sozialpädagogen, Theologen oder Psychologen, die vielleicht durch die Thematik der Gesprächsführung oder die Arbeit mit Gruppen im allgemeinen auf die AG gestoßen sind.

Wenn wir von Wahrnehmung der Beziehungen und Gefühle sprechen, meinen wir zunächst die zwischen Arzt bzw. Student und Patient, dann die innerhalb der Gruppe und die zwischen Tutoren und der Gruppe. Auch zwischen den Kollegen der angesprochenen Berufsgruppen und uns als zukünftige Ärzte werden Beziehungen eine wichtige Rolle spielen. Damit sie und wir diesen Gesichtspunkt der Arbeit in der Klinik besser verstehen, können z.B. AG für Studenten oder Balintgruppen für alle Betroffenen einen Raum zur Entwicklung der Wahrnehmungsfähigkeiten bedeuten.

Wir wollen mit diesem Buch beim Leser die Lust wecken, ähnliche Erfahrungen zu machen. Wir sind gespannt auf die Entwicklung der weiteren Zusammenarbeit. Die Frage, ob aus einer individuellen Verantwortung für die "eigenen Patienten" nicht auch eine Verantwortlichkeit für das resultiert, was im Umfeld, also am Arbeitsplatz, der Klinik, aber auch im Studium geschieht, gehört zu den Themen dieses Buches. Und auch, ob diese Bereiche im Studium sozusagen "erfahrbar" sind, und vielleicht sogar eine gewisse Sensibilität erlernbar ist.

Desweiteren wird der Versuch unternommen, an dem Beispiel der AG in Erlangen deutlich werden zu lassen, wie auch an einer Universität eine Idee noch erfolgreich umzusetzen und bis zur Institutionalisierung voranzutreiben ist, wenn nur ausreichend Initiative ergriffen wird - auch wenn Strukturen und Stundenpläne scheinbar wenig Raum lassen. Es soll auf die Kooperationsbereitschaft aber auch die Schwierigkeiten eingegangen werden, denen wir begegnet sind.

Wir haben uns darum bemüht, daß das vorliegende Buch schließlich auch von Patienten in die Hand genommen werden kann, die das Thema: "Arzt-Patient-Beziehung" interessiert, weil sie z.B. selber in einer AG waren, und damit Fragen wie: "Was bereden die Studenten eigentlich, wenn ich wieder zurück auf Station gebracht worden bin?", oder: "Was steckt überhaupt dahinter?" wenigstens zum Teil beantwortet werden.

Wie wir das Buch konzipiert haben

Die meisten Autoren dieses Buches sind selbst noch Studenten; die beschriebenen Fragen und Probleme sind für uns aktuell. Wir halten es für eine Notwendigkeit, daß man sich außer dem klinischem Wissen auch den richtigen Umgang mit dem Patienten erarbeitet. In Erlangen haben wir seit 1985 die Möglichkeit, in AG die unterschiedlichsten Eindrücke zu sammeln und spüren jetzt das Bedürfnis diese Erfahrungen weiterzugeben.

In einer AG sitzen mehrere Studenten im Kreis, und nachdem einer ein Gespräch mit einem Patienten geführt hat, wird in der Gruppe über das Gespräch anhand von Themen diskutiert, die mit dem Gespräch, dem Interviewer oder dem Patienten zu tun haben, und die von den einzelnen Teilnehmern eingebracht werden; für jeden einzelnen können sie eine eigene Bedeutung haben und natürlich können sie ganz unterschiedliche Aspekte betreffen.

An dem Buch haben mehrere Autoren - Studenten und Ärzte, die das Projekt betreuen mitgeschrieben. Jeder einzelne greift ein Thema heraus, das im Zusammenhang mit der AG-Arbeit steht und erläutert dies aus seiner persönlichen Sicht. Die folgenden Abschnitte sollen - wie Diskussionsbeiträge in

der Gruppe - ohne Kommentare nebeneinander stehen, und wir hoffen, daß sie sich in der Phantasie des Lesers wie Mosaiksteine zu einem Bild zusammenfügen: Ein Prozeß, der dem, der sich in der AG abspielt, ganz ähnlich ist.

Im Einführungsteil wird ganz grundsätzlich aus verschiedenen Blickrichtungen für eine Begegnung mit einer patientenzentrierten Medizin geworben. Das erste Kapitel beschäftigt sich mit der Anamnese, dem ärztlichen Gespräch. Im darauffolgenden geht es um die Studenten, die an AG teilnehmen, und den Ablauf der Gruppe; die lokale Entwicklung wird dargestellt, gefolgt von einem Abschnitt über die Tutoren. Danach kommen unsere Supervisoren zu Wort. Im letzten Teil des Buches werden Möglichkeiten vorgestellt, wie der einzelne aktiv werden kann, um den Kontakt zwischen Patienten, Medizinstudenten und Ärzten zu verbessern.

Es sollen nicht die fachlichen Fragen bearbeitet oder medizinisches Wissen vermittelt werden, das zu einem ärztlichen Gespräch dazugehört; auch die theoretischen Erkenntnisse zur ärztlichen Gesprächsführung sollen nur am Rande erwähnt werden. Es soll also kein Lehrbuch, keine Zusammenfassung wissenschaftlicher Erkenntnisse für Fachleute sein (die gibt es schon: z.B.: Adler R., Hemmeler W. Praxis und Theorie der Anamnese. Gustav Fischer Verl., Stuttgart - New York, 1986;;i Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken. Urban & Schwarzenberg, München - New York - Baltimore, 1983; Hahn, P.: Ärztliche Propädeutik. Gespräch, Anamnese, Interview. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1988)

Woher stammt das Material für das Buch?

Ausgangspunkt für unsere Berichte waren zu einem großen Teil Protokolle über die AG-Sitzungen, Tutorentrainings, die Tutorengruppe, Mitschriften von thematischen Blöcke oder unseren Wochenendseminaren, Arbeitspapieren dazu, und verschiedene Berichte, die sich in den letzten vier Jahren angesammelt haben.

Zum anderen haben wir versucht, unsere praktischen Erfahrungen aus dieser Zeit miteinzubeziehen. Viele Informationen haben wir auch im Zusammenhang mit einem Filmprojekt über AG erhalten, das von der Universität

Erlangen-Nürnberg, dem Erlanger Förderverein für Psychiatrie an der Universität Erlangen-Nürnberg und dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin unterstützt wurde.

Andere Quellen und Literaturverweise finden sich in den jeweiligen Beiträgen.

GESPRÄCHE ZWISCHEN ARZT UND PATIENT

Was ist das Ziel der Anamneseerhebung?

von Thomas Loew

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, beginnt die Beziehung zwischen Arzt und Patient gewöhnlich mit einem Gespräch zwischen den beiden; der Arzt "macht die Anamnese". Üblicherweise kommt der Patient, weil er Beschwerden hat und sich vom Arzt Hilfe erhofft. Der Arzt benötigt Informationen, um zu einer Diagnose zu kommen. Häufig ist es wichtig, ganz genaue Angaben über die Beschwerden zu erhalten, um das vorliegende Krankheitsbild von Erkrankungen, die ein ähnliches Bild bieten, abzugrenzen, damit eine sinnvolle Behandlung angeboten werden kann. Dazu dient dem Arzt, neben den Angaben des Patienten, die körperliche Untersuchung, die Deutung von Laborwerten und weitergreifende Untersuchungsmethoden.

Es erscheint mir wichtig, an dieser Stelle eine Beobachtung aus der Praxis zu schildern: Vielen Patienten ist häufig nicht klar, daß zur Diagnostik grundsätzlich zwei Wege gewählt werden können. Einmal kann man zeigen, daß eine Krankheit vorliegt, zu ändern können Untersuchungen gemacht werden, um Krankheiten auszuschließen, bei einem Verdacht auf eine Krebserkrankung zum Beispiel. Da dieses Vorgehen vielen Patienten nicht bewußt ist, kann es zu Mißverständnissen kommen; sie sind mit dem ihrer Ansicht nach "schlechten" Arzt unzufrieden, weil der viele, oft auch unangenehme Tests veranlaßt hat, und anscheinend "doch nichts dabei herausgekommen" ist.

Ich möchte darauf hinweisen, daß die Art der Gesprächsführung natürlich immer auf die Situation abgestimmt sein sollte. Selbstverständlich wird es bei einem Notfall, bei lebensbedrohlichen Umständen vorrangig notwendig sein, klar und direkt das Unfallgeschehen, mögliche entscheidend wichtige Vorerkrankungen u.ä. zu klären.

In einer AG stellt sich die Situation etwas anders dar, aber letztendlich dreht sich doch alles mehr oder weniger um die Anamneseerhebung. Interessanterweise kann ich mich immer noch gut an mein erstes Anamnesegespräch in einer solchen Gruppe erinnern, an meine persönliche Ausgangssituation sozusagen, vor über vier Jahren. Ich finde das deshalb bemerkenswert, weil ich selbst vor, in und nach diesem Gespräch das Gefühl hatte, ich hätte überhaupt nichts davon im Kopf behalten. Gerade durch die Arbeit in den AG habe ich feststellen können, daß es vielen anderen auch so geht. Nun habe ich mit Hilfe von vielen Gesprächen, die ich zum Teil selbst führen konnte, denen ich als Gruppenmitglied oder Tutor beigewohnt habe, oder die ich anhand von Protokollen nachvollziehen konnte, Erfahrungen gesammelt. In diesem Abschnitt habe ich versucht, neben meinen persönlichen Anmerkungen zum Thema auch ein wenig Material zusammenzustellen, das mir beim Lernen eine Unterstützung war, und das ich deshalb demjenigen, der beginnt, sich mit Arzt-Patient-Gesprächen zu beschäftigen, empfehlen möchte.

Die erste Frage, die sich der Anfänger in der Situation stellt, lautet meist: "Welche Fragen soll ich überhaupt stellen?" In meiner ersten AG - ich studierte damals im vorklinischen Abschnitt - wurde uns von den Tutoren ein Text als Einstieg angeboten, der die Merkmale des Anamnesegesprächs nach G.L. Engel erläuterte, der sogenannten biografischen Anamneseerhebung. G.L. Engel hatte diese Technik zum ersten Mal systematisch erforscht.¹⁰

R. Adler hat die biografische Anamneseerhebung einmal folgendermaßen definiert: "... eine Technik..., die zum Ziel hat, die somatischen, die psychischen und die sozialen Gegebenheiten in einem Schritt einzuholen und in Beziehung zu bringen, und so eine Beurteilung nicht nur eines Organs oder Organsystems, sondern auch des Menschen in seiner Umwelt mit seiner Krankheit zu ermöglichen ...das ist das Ziel. ...es setzt also Kenntnisse in den somatischen Aspekten in der Medizin voraus, kombiniert soziale und psychische Belange."¹¹

¹⁰Adler R. (Hsg.), Morgan W.L., Engel G.L.: Der klinische Zugang zum Patienten. Hans Huber Verlag, Bern 1977

¹¹aus einem Interview im Zusammenhang mit dem Erlanger Anamnesegruppen - Video - Film - Projekt. Universität Erlangen 1988

Es war kein Zufall, daß uns gerade dieser Text vorgestellt wurde, denn ein wichtiger Inhalt der AG - Arbeit ist es, den Studenten bereits im Studium zu ermöglichen, diese Art der Anamneseerhebung kennenzulernen und erste Erfahrungen damit zu sammeln.

Damals war ich etwas enttäuscht von diesem Artikel, ich hatte mir viel mehr konkrete Hilfe erwartet, zum Beispiel eine Art Fragenkatalog. Statt dessen wurde uns "nur" eine bestimmte Strategie vorgestellt. Hierbei werden aus didaktischen Gründen mehrere "Schritte" im Gesprächsverlauf unterschieden.^{12 13}

Ich erinnere mich, als ich selbst mit diesen Fragen zum ersten Mal konfrontiert wurde, mit der "Trockenheit" des Stoffes nicht ganz zurecht gekommen zu sein, obwohl dieser Lehrstoff wirklich gut an Fallbeispielen erläutert wird. Ich hatte damals das Gefühl, von den zehn Schritten wären sieben zuviel.

In vielen AG - Sitzungen habe ich bemerkt, daß gerade Punkte wie: Wie gehe ich vor, was frage ich wann, wofür soll ich mich überhaupt interessieren? eine große Rolle spielen; immer wieder wird auch darüber diskutiert, ob man ein schriftlich fixiertes Fragenschema benutzen, oder ob man die Antworten des Patienten mitschreiben soll. Ich möchte im folgenden diese zehn Schritte nochmals wiedergeben und daneben dem Leser eine Synopsis der Prinzipien anbieten, die sich für mich bewährt haben. Ich möchte aber nochmals darauf hinweisen, daß gerade für die Gesprächstechnik meiner Ansicht nach keine Regel allgemeine Gültigkeit hat. Immer besteht ein Bezug zur Situation und zu den Gesprächspartnern. Jeder sollte für sich selbst überlegen und entscheiden, was für ihn eine Möglichkeit darstellt. Er sollte vor allem Erfahrung in Gesprächen sammeln und dabei praktisch erproben, was er für sich herausgearbeitet hat. Adler sagt: "... "learning by doing", ist der Grundsatz. ...und bedeutsam ist, daß man den Studenten Zeit gibt."¹⁴

¹²Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken. Urban & Schwarzenberg, München -Wien - Baltimore, 1983;, S. 121 - 132

¹³Adler R.: Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin. In: Uexküll T. v. (Hsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1983;, S. 184 -200

¹⁴aus einem Interview im Zusammenhang mit dem Erlanger Anamnesegruppen - Video - Film - Projekt. Universität Erlangen 1988

Elemente eines Anamnesegespräches

von Thomas Loew

Ein Einstieg

Ich will auf eine Beobachtung in der AG - Arbeit hinweisen, die ich aber auch bei anderweitiger praktischer Tätigkeit machen konnte. Vielleicht kann sie demjenigen, der sich nun angesichts der hohen Anforderungen im Zusammenhang mit einem "einfachen " Gespräch überfahren vorkommt, Mut machen. Glücklicherweise ist ein erfolgreiches Anamnesegespräch nicht abhängig von einem ausgeklügelten Fragenschatz oder Schema. Werden einige wichtige Grundregeln beachtet, dann besteht die Chance, daß der Patient im Gespräch versucht, für sich Verantwortung zu übernehmen und selbstständig Symptome, Krankheitsverlauf, seine soziale Situation etc. schildert. Das Resultat wird eine "innere Gliederung" sein, die gleichsam "automatisch" auf den einzelnen Patienten abgestimmt ist. Oft reichen die Informationen, die wir dadurch erhalten, aus, um arbeiten zu können. Daneben sollte dem Patienten immer vermittelt werden, daß wir ihn ernst nehmen möchten. Ein weiterer bedeutender Punkt ist, ihm Zeit zu lassen.

Zeit lassen, Sprechen lassen, erweist sich als relativ einfach. Als Interviewer muß man es aber auch aushalten, ein längeres Schweigen zu überstehen; der Patient wird oft nach einer Pause das Gespräch von sich wieder beginnen und dabei dann gerade die Fragen beantworten, die ihm wichtig sind.

Aber wie kann man einem Menschen signalisieren, daß man ihn ernst nimmt?

Eine gute Möglichkeit stellen die beiden ersten Schritte des Engel-Schemas dar:

1. Schritt - Begrüßung

2. Schritt - Die Botschaft: Patient, du bist mir wichtig!

Vermitteln kann ich das dem Patienten dadurch, daß ich ihn frage, ob ihm der Zeitpunkt des Gespräches recht ist, ob er etwa auf Besuch oder auf das Essen wartet; ob er bequem sitzt, ob man ihm das Bett hochstellen oder das Kissen zurechtrücken soll. Adler schreibt: " Fühlt sich der Patient seines Arztes nicht sicher, so hält er wesentliche Informationen zurück oder entstellt sie."¹⁵

¹⁵Adler R.: Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin... a.a.O., S. 185

Dieses "ernst nehmen", kann ich auch dadurch vermitteln, daß ich den Patienten nun nicht mit Fragen überschütte, sondern ihm besonders am Anfang des Gesprächs viel Gelegenheit gebe, von sich aus zu berichten. Hin zum Thema kann folgender Weg führen. Engel beschreibt den

3. Schritt: - "Warum sind Sie hier/im Krankenhaus?"¹⁶ Durch eine offene Frage wird der Patient nun angeregt, über seine augenblickliche Krankheit, sein "Thema" zu sprechen.

Schüffel sagt dazu: "Wenn wir unbefangen sein könnten, so würde die Antwort lauten, wie in einem normalen Gespräch, für das wir uns Zeit nehmen, um die Lösung für ein wichtiges Problem zu entwickeln." Er schreibt weiter: "Der Patient soll in seinem Worten, in seinem Tempo und zu vom ihm gewählten Zeitpunkten seine eigenen Eindrücke wiedergeben und seine Feststellungen treffen. Der Arzt stellt daher offene Fragen, also Fragen, die nicht mit ja oder nein beantwortet werden können. Jede Frage wird daher zur Aufforderung zum selbstständigen Sprechen. Bewußt werden Pausen gelassen, die dem Patienten Zeit zur Besinnung geben. Sehr schnell werden sich bereits in den ersten Minuten die Hauptpunkte herauskristallisieren... Bereits hier werden vielfach neben der eigentlichen Körpersymptomatik Gefühle und soziale Bezüge erwähnt (meine Frau wischte mir den Schweiß von der Stirn, als ich vor lauter Enge im Brustkorb Angst hatte, nicht mehr atmen zu können). Sie werden aber noch nicht aufgegriffen, sondern vermerkt, noch werden keine Detailfragen gestellt...Im Übersichtsformat erhält man eine Landkarte der Probleme des Patienten und seiner Beschwerden und seiner biographischen Situation."

Schüffel führt noch einen weiteren Vorteil an: "Indem der Patient seine eigenen Gedanken verfolgt, statt auf Fragen zu warten, werden bis dahin zurückgehaltene Eindrücke und unter Umständen krankheitsrelevante Daten, sowie seine Einstellung zu den Beschwerden formuliert. Wir erhalten Einblicke in seine psychologische und soziale Situation, die wir in unsere späteren Behandlungspläne einbauen können."¹⁷

¹⁶ebenda, S. 185

¹⁷Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken...a.a.O., S. 123

Ich habe versucht, für mich diese ersten drei Schritte nach Engel, entsprechend ihren Kernaussagen, in zwei Merksätzen zusammenzufassen:

Ich komme wie von selbst zum Thema, wenn der Patient Thema wird,
und
zur Struktur ohne Strukturierung.

Für mich persönlich bilden diese beiden Grundregeln das Fundament meiner Gesprächstechnik; ich habe die Erfahrung gemacht, daß man, beachtet man nur diese wenigen Punkte, schon ein sehr befriedigendes Gespräch führen kann.

**Der Unterschied zwischen einem normalen wichtigen Gespräch und einem
Arztgespräch**

In einer Nachbefragung von Patienten, die in einer AG interviewt worden waren, zeigte sich, daß die Zufriedenheit des Patienten mit dem Gespräch unabhängig davon war, ob nun ein Student aus dem ersten Semester oder aus dem klinischen Abschnitt das Gespräch geführt hatte.¹⁸ An dieser Stelle wird jedoch deutlich, daß die Informationen über die Symptomatik, die der Patient ohne weiteren Anstoß von sich aus schildert, in vielen Fällen nicht ausreichen. Mit dem medizinischen Wissen im Hinterkopf kann der Interviewer durch ausgewählte Fragen wichtige klinische Fakten herausarbeiten. Engels

4. Schritt: "Der Arzt/Student wird nun gezielter fragen. Die von dem Patienten selbstentworfenen Übersichtskarte seiner Beschwerden und seiner Person liegt vor... Bei der Abklärung der Beschwerden wird die vorliegende Landkarte nun unter Lupenvergrößerung gesehen."¹⁹ Wie solche Fragen aussehen können, hängt natürlich von den Krankheitsbildern ab, die in Erwägung gezogen werden müssen. Versucht man sich ein Schema zu entwickeln, können zum Beispiel die Systeme, die Adler oder Schüffel anbieten, eine Anregung sein. Adler ordnet zum Beispiel dem einzelnen Symptom, welches vom Patienten im "3. Schritt" angeboten wurde "7 Dimensionen" zu (zeitliches Auftreten, Intensität etc.), die durch weitere Fragen erhellt werden können.²⁰ Manchem können solche Modelle eine Hilfestellung sein, und wenn man sich bereits intensiver mit der Materie beschäftigt hat, möglicherweise zum besseren Verständnis beitragen. Mir erschienen diese Konzepte, als ich selbst anfing und von Semiotik²¹ noch keine Ahnung hatte, zu sehr aus dem Zusammenhang herausgelöst. Meiner Erfahrung entwickeln sich die individuellen Fragenkataloge zusammen mit dem klinischen Wissen. Mit wachsendem Verständnis von Erkrankungen und Zusammenhängen wird sich der einzelne diese "Dimensionen" erst im Laufe der Zeit erarbeiten können, gerade auch durch praktische Tätigkeit (nicht zuletzt in den AG).

¹⁸eigene Aufzeichnungen

¹⁹Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken... a.a.O., S. 121 -132

²⁰Adler R.: Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin... a.a.O., S. 186

²¹die Systematik der Krankheitszeichen in Bezug zu den Erkrankungen

Ganz genauso verhält es sich mit den ebenfalls sehr wichtigen Bereichen, wie der lebenslaufbezogenen Krankheitsgeschichte oder dem Erfragen von Krankheiten und Lebensumständen der Angehörigen über das im Vordergrund stehende Krankheitsgeschehen hinaus, die neben dem aktuellen Beschwerdebild des interviewten Patienten unbedingt in das Anamnesegespräch gehören. Anfangs tat ich mich dabei schwer, denn gerade hier, dachte ich, würde sich ein formales Vorgehen anbieten. Ich habe es nie als leicht empfunden, diese Punkte flüssig in ein Gespräch zu integrieren. Gerade am Anfang hatte ich damit zu kämpfen, wenn ich erst einmal mit formalen Fragen angefangen hatte, wieder zu einem offenen Gespräch überzuleiten. In diesem Zusammenhang möchte ich noch auf ein weiteres Problem hinweisen: Je mehr klinisch - somatisches Wissen sich ansammelt, desto mehr kann ich Opfer einengender Wahrnehmungsschablonen werden. Engel gliedert diese Teilbereiche der Anamneseerhebung folgendermaßen : der

5. Schritt beinhaltet die Schilderung der früheren Krankheiten, der

6. Schritt, die Gesundheit der Angehörigen. Gerade diesbezüglich war ich anfangs ziemlich hilflos. Als ich mich in der üblichen, krankheitsorientierten Literatur über die Anamneseerhebung informierte und mit dem Stichwort "Familienanamnese" konfrontiert wurde, dachte ich natürlich zuerst an die Frage nach den Krankheiten oder Todesursachen, falls Angehörige bereits verstorben waren, oder später auch an Erbkrankheiten. Durch die AG-Arbeit stieß ich auf weitere Aspekte, die mich sehr beeindruckten; zum Beispiel: "...soll der Patient die seiner Ansicht nach wichtigsten Beschwerden der Familienmitglieder und seine eigene Reaktion darauf darstellen. Viel wichtiger ist es zu erfahren, daß die Mutter lebenslang unter rezidivierenden, z. T. schwersten Abdominalschmerzen litt, als zu vermerken, daß sie sich im Alter von 83 Jahren einen Schädelbasisbruch zuzog und hieran verstarb. Im ersten Fall ermöglicht uns das den Schluß, daß sich der Patient von früh an mit einer leidenden Mutter auseinandersetzen mußte... daß möglicherweise eine Prädisposition für Abdominalschmerzen vorliegt ...seine Reaktion auf Krankheit und Gesundheit seiner... Familienangehörigen gibt uns wichtige Hinweise auf seine Einstellung zu Bezugspersonen, zu denen im späteren Leben auch Ärzte und Pflegepersonal gehören."²²

²²Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken... a.a.O., S. 129

Überblicke ich meine Erfahrungen in den AG, glaube ich sagen zu dürfen, daß es durch die Übung in den AG insgesamt leichter fällt, Gespräche zu führen, wenn es in Richtung "persönliche Entwicklung", des Patienten, nach Engel der

7. Schritt, und um die sozialen Lebensumstände, den **8. Schritt**, geht.

Das Vorgehen, welches Adler beschreibt, hat sich für mich ebenfalls sehr bewährt, und kann in den AG häufig beobachtet werden, auch wenn der nächste Satz nicht unbedingt beim ersten Durchlesen verständlich wird; er schlägt in diesem Zusammenhang vor: "Der Arzt folgt den Assoziationen des Patienten zu den Schritten 5 bis 8 (Anm.: frühere Krankheiten, Gesundheit der Angehörigen, soziale Lebensumstände), während er das jetzige Leiden erforscht, und integriert sie dadurch in Schritt 4 (Anm.: gezieltes Nachfragen)."²³

Hier stellt sich übrigens der Kerngedanke dieser Gesprächstechnik dar, an der sich meine Empfehlungen anlehnen. Schüffel bezeichnet sie als "assoziative Gesprächsführung". Der Anteil des Patienten ist hierbei, daß er, wie bereits vorher in anderem Zusammenhang zitiert, "in seinen Worten, in seinem Tempo und zu von ihm gewählten Zeitpunkten seine eigenen Eindrücke wiedergeben und seine Feststellungen treffen kann."²⁴

Um noch einmal auf mein persönliches "System" zurückzukommen - in der zweiten Stufe (die Schritte 4 bis 8 nach G. Engel) wendet der Interviewer gezielt medizinisches Wissen an. Auch jetzt sollte der Patient möglichst wenig direktiv, sondern assoziativ geführt werden. Er soll also nicht abgefragt, sondern immer ausgehend von der momentanen Gesprächssituation, von dem Hier und Jetzt, den augenblicklichen Beschwerden, wichtige Punkte aus seiner bisherigen Krankengeschichte erzählen. Er kann Wichtiges von seinen Angehörigen, seinen persönlichen Lebenslauf und seine soziale Situation, also sein Umfeld, schildern. In vielen Lehrbüchern werden diese Inhaltspunkte des Gespräches als Familienanamnese, Sozialanamnese und Altanamnese bezeichnet.

²³Adler R.: Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin... a.a.O., S. 187

²⁴Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken... a.a.O., S. 123, 124

Wie kann ich bei offener Gesprächsstruktur sicher sein, keinen medizinisch wichtigen Punkt zu übersehen?

"9. Schritt":²⁵ Stichwort - Organsysteme. Im letzten Absatz ging es bereits um Beschwerden, die sich meistens einem Organ(system), einem Funktionskreis zuordnen lassen können. Um nichts zu übersehen, müssen auch die anderen, bisher vielleicht im Gesprächsverlauf noch nicht aufgetauchten körperlichen Funktionseinheiten in einem Anamnesegespräch abgefragt werden, um das Bild abzurunden.

Es empfiehlt sich, daß man einmal für sich selbst ausführlich zusammenstellt, auf welche Punkte hierbei geachtet werden muß. Immer häufiger werden zur Erweiterung oder Standardisierung der Anamneseerhebung vorformulierte Fragebögen benutzt. Weit verbreitet sind zum Beispiel die Formulare, die von den Anästhesieabteilungen im Rahmen der Narkosevorbereitung den Patienten zum Ausfüllen und Ankreuzen ausgehändigt werden, es gibt aber noch viele andere. Einige sind sehr durchdacht konzipiert. Ein Anamnesegespräch können sie sicher nicht ersetzen, ob sie als Ergänzung dienlich sind, kann diskutiert werden. Meiner Meinung nach gibt es Arbeitsgebiete in der Medizin, wo sie ihren gerechtfertigten Einsatz finden.

Ein umfassender Fragebogen kann aber auch ein geeigneter Einstieg sein, eine persönliche Strategie in Bezug auf das Abfragen und Abdecken von Störungen in den Organsystemen und zum Integrieren von "ärztlichen Pflichtfragen"²⁶ in das eigene Konzept zu entwickeln, Es lohnt sich auch, vor allem im klinischen Abschnitt, die Punkte eines ausgearbeiteten Fragebogens in Hinblick auf die Differentialdiagnose oder auf Untersuchungen, die anschließend weitere Informationen bringen könnten, zu durchdenken. Gerade dem, der sich mit der Anamneseerhebung beschäftigt, möchte ich dieses systematische Vorgehen neben dem Sammeln praktischer Erfahrung ans Herz legen.

²⁵Adler R.: Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin... a.a.O., S. 187

²⁶Anschütz F.: Körperliche Untersuchung. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1984;, S. 22

Versucht man das Gespräch nach dem assoziativen Grundsatz zu führen, so stellt diese 3. Stufe die höchsten Ansprüche an den Interviewer. Blicke ich zurück auf die Gespräche, die ich selber geführt oder in der Gruppe erlebt habe, so fällt mir auf, daß gerade diese Übersicht über die Organsysteme, zu denen bisher im Gespräch z.B. noch nicht ausreichend Informationen vorliegen, bzw. die noch nicht angesprochen wurden, oft zu kurz kommt.

Theoretisch dürfte eine vorstrukturiertes Anamneseerhebung eher zum Ziel führen. Soll man also hier, um nichts zu übersehen und nichts zu vergessen, nicht wenigstens auf ein Raster umschalten? Ich habe es eigentlich nie erlebt, daß dieser Weg gewählt wurde. In der Praxis ist es häufig so, daß ein sehr ausführlich geführtes Gespräch viele Punkte automatisch mit einschloß und einen praktisch kompletten "Organdurchlauf" mit sich brachte; zum anderen schließt sich an die Anamneseerhebung im Regelfall die körperliche Untersuchung an (die wir in den AG ja bewußt auslassen - sie kann in anderen Unterrichtsveranstaltungen besser gelernt werden), die alle Organkreise erfassen muß. Eventuelle Probleme könnten also auch hier noch auffallen.

Die Medizin ist kein Fach, welches man von heute auf morgen erlernen kann. Und auch noch so umfangreiches Literaturstudium ersetzt nicht das möglichst häufige Üben. Ich erlaube mir also folgende Gliederung aus

mnemotechnischen Gründen anzubieten. Versucht man sich in der assoziativen Anamneseerhebung, so gilt in Stichworten:

1. Stufe - "vorklinischer Student" -

Das kann jeder, auch der Anfänger, wenn er die zwei Grundregeln berücksichtigt: Interesse zeigen an einer ernsthaften Beziehung und offene Fragen stellen.

2. Stufe - "klinischer Student" -

Dazu muß man nun doch etwas von den Krankheitsbildern wissen; dieses Niveau erreichen meiner Erfahrung nach alle Studenten, die sich mit der Materie beschäftigen.

3. Stufe - "Arzt" -

Ein assoziatives Gespräch stellt hohe Anforderungen an den Interviewer. Ich habe oft erlebt, daß es bedingt durch die große Zahl von Eindrücken, dem Interviewer schwer fällt, sich von seinem Gespräch zu lösen, den Abstand zu finden, den er benötigt, um zu diesem Zeitpunkt noch "Pflichtfragen" oder das nochmalige Durchgehen der Organsysteme unterzubringen. Sicher ist diese Fähigkeit anzustreben, aber diese Art Gespräche zu führen, ist nicht in kurzer Zeit erlernbar. Je mehr sich das medizinische Wissen setzt, und je mehr erlebte Erfahrung dabei hilft, Fakten zu vertiefen, desto eher werden alle Anforderungen auch zu integrieren sein. Auch ein Student der klinischen Semester braucht meiner Ansicht nach nicht verzweifeln, wenn er merkt, daß er hier an seine Grenzen stößt. Denn in dem Augenblick, in dem er diese Beobachtungen macht, ist er bereits dabei, seine Fähigkeiten zu erweitern. Es gibt viele Bücher, die Fragen der Anamneseerhebung behandeln. Auch in fast jedem Lehrbuch der verschiedenen klinischen Gebiete kann man ein Kapitel dazu finden. Während der ganzen Zeit meiner Ausbildung habe ich immer wieder gespürt, daß gerade in diesem Bereich die Diskrepanz zwischen Praxis und der Theorie besonders groß ist. Es ist wichtig auf die Anforderungen eines Anamnesegespräches in der Theorie genau einzugehen, und aufzuzeigen, wo besondere Gefahr besteht, Lücken zu lassen. Gerade der Alltag vieler Studenten zeigt aber auch, daß das "Machbare" doch sehr häufig von dem Bild, das theoretisch entworfen wird, abweicht (z.B. wegen Zeitdruck). Insbesondere der, der lernt, der sich unsicher ist, weil seine alltägliche Erfahrung abweicht von dem, was in den Lehrbüchern eigentlich gefordert wird, sollte Gelegenheit haben, zu erfahren, daß es anderen damit ganz genauso geht, und davon ausgehend erst einmal als "normal" anzusehen ist. Ich habe bemerkt, daß der einzelne viel besser zurechtkommt, motivierter wird und sich gerne fortbildet, wenn er ein Gefühl dafür bekommt, wie die Kollegen, die Kommilitonen diese Situationen erfahren, wie es sich mit ihren Fähigkeiten verhält, anstatt einem unerreichbaren Ideal nachzujagen. Da dies ein Buch ist, das in erster Linie von Studenten für Studenten geschrieben wurde, habe ich mir in diesem Abschnitt erlaubt, auf persönliche Erfahrungen hinzuweisen. Vielleicht ist es ein Anstoß.

Wie abschließen?

Gegen Ende der Begegnung sollten dann Fragen geklärt werden, die vielleicht im Verlauf des Gespräches dem Interviewer bisher unklar geblieben sind. Eventuell noch nicht zur Sprache gekommene "Pflichtfragen"²⁷ können spätestens jetzt angesprochen werden. Dann sollte vom Interviewer nochmals eine Zusammenfassung des herausgearbeiteten Beschwerdebildes dem Patienten rückgemeldet werden. Danach sollte der Patient gefragt werden, ob die Zusammenfassung dem entspricht, was er vermitteln wollte, und man sollte ihn fragen, ob er noch etwas ergänzen oder fragen möchte.

Der "Zehnte Schritt"²⁸ nach Engels beinhaltet noch mehr: Schüffel schreibt dazu: "... soweit als möglich wird das weitere Untersuchungs und Behandlungsprogramm mit dem Patienten durchgesprochen ...soweit keine Informationen hierüber vorliegen, wird versucht, die Ansichten des Patienten über Entstehen, Art, gegenwärtige und zukünftige Auswirkungen der Krankheit zu erfahren. Ziel: Dem Patienten soll gezeigt werden, daß der Dialog Arzt/Patient fortgesetzt wird."²⁹

Gerade wenn es um Fragen nach den Vorstellungen des Patienten ging, habe ich oft sehr spannende Situationen erlebt. Das subjektive Krankheitskonzept und die Erfassung der individuellen Wirklichkeit in den AG zu erschließen, führt häufig zu phantasievollen und kreativen Diskussionen in der AG.

Das Untersuchungs - und Behandlungsprogramm sind sicher kein Thema eines Patienteninterviews in der AG. Sehr wohl kann der Patient aber gefragt werden, welche Untersuchungen mit ihm gemacht wurden, welche Behandlung er erhält, und besonders, wie es ihm damit geht, welche Gefühle er dabei hat; ob er Untersuchungen oder Therapien als unangenehm empfunden hat, etc.. Der Interviewer kann bei Fragen wie diesen gut lernen, auch einmal seine eigenen Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren. Man kann gezwungen sein, z.B. im Zusammenhang mit Rückfragen des Patienten, die dieses Thema betreffen, eingestehen zu müssen, daß man dazu oder über das weitere Programm nichts sagen kann.

²⁷Anschütz F.: Körperliche Untersuchung. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1984, S. 22

²⁸Adler R.: Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin... a.a.O., S. 187

²⁹Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken... a.a.O., S. 123, 124

In der Praxis erweist sich oft das Beenden eines Gespräches als sehr schwierig, gerade wenn dazu ermuntert wurde, Eindrücke oder Empfindungen zu schildern. Häufig nehmen Patienten diese Anregungen auf, weil sich eben durch die assoziative Gesprächsführung und das Verhalten des Interviewers eine gute Beziehung entwickelt hat. Es fällt dann schwer, den Patienten wieder zu unterbrechen. Oft wird der gesprächsführende Student das Gespräch mehr oder weniger abrupt beenden. Auch dieser Bereich des Gespräches und die oft im Zusammenhang damit auftretenden Gefühle der Hilflosigkeit sind wichtige Themen in den darauffolgenden Diskussionen.

Die meisten Studenten bedanken sich am Ende des Gespräches beim Patienten. Ich persönlich finde das in Ordnung. Der Patient hat sich für uns Zeit genommen, und wir haben die Chance, aus seinen Leben, dem was und wie er uns erzählt, zu lernen. Natürlich gibt es auch andere Ansichten. Schüffel schreibt dazu:

"Der Anfänger und vor allem der Student als noch nicht fertiger Arzt hat neben Gefühlen der Unsicherheit auch leicht Schuldgefühle dem Patienten gegenüber. Er meint, er müsse sich entschuldigen oder sich bei ihm bedanken, daß er sich ihm zur Verfügung stellt. Demgegenüber muß betont werden, daß die Gelegenheit, sich über seine Beschwerden und Probleme mit einer Person aussprechen zu können, die zuhören und menschliches und ärztliches Interesse zeigen kann, dem Kranken eine hilfreiche Erfahrung bedeuten wird, die ihn häufig von der Angst befreit. Zudem dienen die Informationen, die der Arzt/Student in dem Gespräch erhält, zur Vervollständigung der ärztlichen Aufzeichnungen und können das Bild abrunden... Der Arzt/Student braucht sich daher nicht bei dem Patienten zu bedanken. Er sollte es auch nicht tun, da er das Gespräch für den Patienten entwertet."³⁰

Was passiert in einem Gespräch alles gleichzeitig?

³⁰ebenda, S. 131

Wie in allen, auch alltäglichen Gesprächen geschehen im Anamnesegespräch mehrere Dinge gleichzeitig. Insbesondere die Gesichtspunkte, die eine Rolle für den Interviewer spielen könnten, sollten nun angesprochen werden.

Zum einen geht es in dem Gespräch natürlich um die Schilderung der Beschwerden. Wir können aber auch noch anderes im Zusammenhang mit dem Gespräch wahrnehmen, wobei einmal das Gespräch selbst betrachtet werden kann. In diesem Zusammenhang werden Fragen diskutiert, wie:

Wie wird der Kontakt aufgenommen?

Wie wird auf den Patienten eingegangen?

Läßt der Interviewer ihn ausreden oder unterbricht er ihn?

Wie und wann unterbricht er ihn?

Bezieht sich der Interviewer nur auf das, was der Patient konkret möchte?

Versucht er Vertrauen zu vermitteln, antwortet er einsilbig u.s.w.?

Zusammenfassend also Anteile wie reine Information, Kontakt, und letztlich das Bemühen des Interviewers ein Gesamtbild von dem Patienten zu bekommen. Schüffel schreibt hierzu: "...in jedem Anamnesegespräch werden diese ... Punkte immer wieder ein etwas anderes Gewicht haben. Grundsätzlich sollte immer das Ziel verfolgt werden, eine zwischenmenschliche Beziehung herzustellen, in welcher der Patient spürt, daß der Arzt ihm helfen will; erst dann wird der Patient über seinen Zustand und sein Befinden sprechen können; und erst zu diesem Zeitpunkt hat sich in der neu entstandenen zwischenmenschlichen Beziehung das Empfinden des Patienten herausbilden können, daß der Arzt an allem interessiert ist, was er, der Patient für berichtenswert hält."³¹

Eine andere Möglichkeit besteht darin, sich von dem direkten Gesprächsverlauf zu lösen, quasi etwas Abstand nehmen und mehr die Wechselbeziehung zwischen Interviewer und Patient zu beobachten. Ein Ansatz, diese Wahrnehmung zu strukturieren, wurde meiner Ansicht nach von Wolfgang Wesiack beschrieben. Er unterscheidet drei Ebenen:

"1.Die Ebene der objektiven Informationen.

2.Die Ebene der subjektiven Informationen bzw. der Bedeutungen

³¹ebenda, S. 122, 123

3. Die Ebene der szenischen Information"³²

"Subjektive Information" ist die Information im Zusammenhang mit der individuellen Bedeutung für den Patienten. Unter Punkt drei versteht man, zusammenfassend erklärt, den Eindruck, den der Patient noch vermittelt, welche Gefühle beispielsweise mit bestimmten Aussagen verknüpft sind.

Hat man im ärztlichen Alltag Zeit, so ausführlichen Anamnesegespräche zu führen?

Das längste Anamnesegespräch, das ich bisher erlebt habe, dauerte zwei Stunden, das kürzeste acht Minuten. Im Schnitt kommen die AG-Teilnehmer mit 20 bis 40 Minuten aus, so wie anfangs vereinbart wurde. In diesen Gesprächen wird eigentlich eine ausreichende Menge an Informationen erfaßt. Von den Patienten werden die Gespräche praktisch immer als sehr angenehm empfunden, wie sich bei der von uns durchgeführten Nachbefragung herausstellte.³³

³²Wesiack W.: Das ärztliche Gespräch - Versuch einer Strukturanalyse. In: Uexküll T. v. (Hsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1983;, S. 239

³³eigene Aufzeichnungen

Geht man davon aus, daß sich die Fertigkeiten im Laufe der Zeit durch weitere Übung verbessern, und von den einzelnen daran gearbeitet wird, auch die Lücken in medizinischer Hinsicht kleiner werden zu lassen, so werden meiner Ansicht nach im zeitlichen Rahmen von etwa einer dreiviertel Stunde durchaus für beide Partner befriedigende Gespräche geführt werden können. Schüffel schreibt dazu:

"Obwohl vielfach behauptet wird, daß sie (die biogr. Anamneseerhebung; Anm. d. Verf.) sehr zeitaufwendig sei, ist dies nicht der Fall. Wenn sie auch in der Hand des Anfängers 45-60 Minuten erfordert, reduziert sich diese Zeit später, weil berücksichtigt werden muß, daß man Informationen erhält, die späteres zeitaufwendiges Rückfragen erspart."³⁴

Meine bisherige praktische Erfahrung zeigt, daß oftmals durchaus der Wille vorhanden ist, Gespräche zu führen, die ganze Person des Patienten mit einschließen. In den meisten Fällen mangelt es an den Räumlichkeiten. Häufig müssen sich mehrere Assistenzärzte ein Arztzimmer teilen, manchmal gibt es nicht einmal ein richtiges Untersuchungszimmer, so daß nichts anderes übrig bleibt, als das Gespräch am Krankenbett zu führen, oft dazu noch im Beisein von Mitpatienten. In dieser Atmosphäre dem Patienten zu vermitteln, daß man in den nächsten Augenblicken nur für ihn dasein möchte, erfordert viel Engagement. Deshalb ist es von großer Bedeutung, in den nächsten Jahren endlich die entsprechenden Bedingungen zu schaffen, damit auch der äußere Rahmen für diese Gespräche gegeben ist.

Kann man sich den Inhalt eines so langen Gespräches überhaupt merken?

³⁴Schüffel W. (Hsg.): Sprechen mit Kranken... a.a.O., S. 132

In den ersten Interviews hatte ich bereits Mühe, zu erfassen, was der Patient in 20 Minuten erzählt, und in den Diskussionen danach gelang es mir oft nicht, den Überblick zu behalten (geschweige denn präsent zu haben, was die andern Teilnehmer einbrachten). Zuerst habe ich mir angewöhnt, die Ereignisse, von denen der Patient berichtet - Symptome, Krankheiten, Veränderungen in seinem Leben - der Abfolge nach zu ordnen und mir auf einer Art Zeittafel vorzustellen. Ich bemerke dann gleich, wo mir Fakten fehlen, etwa die zeitliche Zuordnung, oder wo mir etwas nicht ganz klar ist. Zusätzlich bekomme ich einen Eindruck, von welchen Dingen der Patient ausführlicher erzählt, was er nur streift, usw. Später habe ich dann gelernt, auch auf Formulierung, Wortwahl und schließlich auf etwaige Gefühlsregungen, den Ausdruck, die Haltung zu achten. Erst langsam gelang es mir, meine eigenen Reaktionen miteinzubeziehen.

Kann man diese Art der Gesprächsführung erlernen?

Ich möchte mich der Meinung des Hochschullehrers Prof. Schüffel anschließen, der sagt: "Sie erfordert Übung, ist aber mit gewissen Einschränkungen erlernbar. Sie ist das wichtigste Handwerkszeug des Arztes und es kann mit Recht verlangt werden, daß zu ihrem Erwerb Energie aufgewandt wird. Ihre Möglichkeiten und Grenzen werden weitgehend durch die Persönlichkeit des Untersuchers bestimmt."³⁵

Das Gespräch mit den Patienten - Eine ärztliche Kunst?

von Peter Leiberich

³⁵ebenda, S.132

Die Gesprächsführung in der AG ist eine Vorbereitung auf die Aufgabe des Arztes, mit dem Patienten in einen fruchtbaren Dialog zu kommen. Für den Studenten bestehen in den Famulaturen, im Kleingruppenkurs und im Praktischen Jahr weitere Möglichkeiten, Gesprächserfahrungen zu machen, allerdings in der Regel ohne Supervision. Mit dem Beginn einer eigenständigen Tätigkeit wird vom Arzt auch der richtige Umgang mit dem Patienten erwartet: Das informative Anamnesegespräch und das gelungene therapeutisch unterstützende Gespräch gehören ebenso zur ärztlichen Kunst, wie das Verschreiben der richtigen Medikamente oder die lege artis durchgeführte Operation. Sowenig es eine Rezeptur für ein gelungenes Gespräch gibt, so ist es doch sinnvoll, sich an einigen Grunderfahrungen zu orientieren:

Ein Gespräch sollte immer vorbereitet geführt werden (z.B: nach kurzem Überblick über die vom Patienten mitgebrachten Unterlagen). Der Arzt wird dadurch gezielter fragen und für den Patienten eventuell peinliche Gesprächsinhalte vorsichtiger und einfühlsamer erkunden. Der Kranke wird ein größeres Vertrauen gewinnen, und sich als Partner akzeptiert fühlen. Handelt es sich um ein therapeutisches Gespräch im Rahmen einer bereits bestehenden Arzt-Patient-Beziehung, sollte der Arzt sich bereits vorher über die mit dem Gespräch verbundenen Ziele im klaren sein (z.B. Vorbereitung eines Patienten auf eine schwere und eingreifende Operation).

Von Anfang an ist volle Aufmerksamkeit für die Aussagen des Patienten wichtig. Meist spricht er bereits in den ersten Antworten alle ihn bewegenden Probleme an. Klußmann glaubt, daß über den Zugang zum Patienten oft der erste Satz entscheidet.

"Er gibt nicht nur erstaunliche Informationen zum Krankheitsbild des Patienten, sondern auch zu seiner psychosozialen Situation und seiner Persönlichkeit schlechthin."³⁶

Ebenso bedeutsam ist der Eröffnungssatz des Arztes. Das Arzt-Patient-Gespräch ist als eine gemeinsame Wirklichkeit zwischen den Beteiligten im Hier und Jetzt zu verstehen. Dies ist zugleich ein Ringen um ein Arbeitsbündnis vor der Aufgabe, eine für beide Seiten gültige "Wahrheit" zu finden. Denn der subjektiven Wirklichkeit des Patienten steht manchmal die objektive Wirklichkeit des Arztes entgegen (z.B. wenn eine Patientin wegen Abgeschlagenheit und Knochenschmerzen kommt, ihre eingezogene Brustwarze als Hinweis für ein Mammakarzinom jedoch nicht wahrnehmen möchte). Der Arzt sollte auf diese subjektive Sicht Rücksicht nehmen und zunächst Gesundheitswillen und Motivation der Patientin vorsichtig stärken, somit das "Arbeitsbündnis" auf eine solide Grundlage stellen und die beiderseitige Verantwortung zum Ausdruck bringen.

³⁶Klußmann R.: Ärztliches Gespräch und psychosomatische Diagnostik. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 59, Stuttgart, 1983, S. 686-690

Vom Arzt ist deshalb die Fähigkeit gefordert, vom vorbereiteten Gesprächskonzept abzugehen und die Wünsche und Ängste des Patienten zu thematisieren. Gerade wenn bei einem Patienten auch der psychische und soziale Hintergrund der Erkrankung für ihr Verstehen bedeutsam ist, braucht der Patient Raum, um dies darstellen zu können. Bei psychosomatischen Leiden gilt es, das Angebot der Körpersprache anzunehmen - sich die Beschwerden schildern zu lassen und vielleicht erste Hinweise für die Bedeutung eines Symptoms vermittelt zu bekommen. Wichtig ist, den lebensgeschichtlichen Zusammenhang einer Erkrankung zu verstehen. Der Arzt wird deshalb neben den Erwartungen des Patienten an ihn auch zu erkunden suchen, weshalb der Patient gerade jetzt mit dieser Krankheit kommt. Gerade bei psychosomatischen Erkrankungen liegen dem Beschwerdebeginn meist problematische Veränderungen im Lebenslauf zugrunde, insbesondere Veränderungen in den für Patienten wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen.

Auch wenn ein gewisser therapeutischer Effekt im Arzt-Patient-Gespräch nicht zu übersehen ist, sollte dieser Dialog nicht überbewertet oder zu stark psychologisiert werden. Der Arzt sollte dabei auch selbst die Grenzen seiner eigenen Belastbarkeit kennen.

In fast allen Gesprächssituationen, die der Arzt mit einem Patienten gestaltet, ist ein non - direktives Vorgehen gut geeignet, um eine vertrauensvolle Beziehung mit dem Kranken aufzubauen und ihm Raum für die eigenständige Darstellung seiner Probleme zu geben. Eine solche Haltung orientiert sich an Rogers, dem Begründer der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie.³⁷

Durch einführendes, nichtwertendes Verstehen soll das innere Erleben des Gegenübers erfahren werden. Die Bereitschaft zu einer verstehenden Einfühlung in den Patienten schafft die Voraussetzung dafür, daß der Patient seine eigene Lebenswelt voll wahrnehmen und modifizieren kann und sich auch vom Arzt angenommen und akzeptiert fühlt.

³⁷Rogers C.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer TB, Frankfurt a. M., 1983

Die Achtung vor der Persönlichkeit des Kranken und eine vorurteilsfreie nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung führen zu einer Zurücknahme der eigenen Bewertungsmaßstäbe und ermöglicht dem Arzt, ohne Schablonendenken zuzuhören.

Das innere Erleben des Arztes und sein Verhalten im Kontakt mit dem Patienten sollten in Einklang stehen. Der Arzt sollte also um Echtheit (Authentizität) bemüht sein. Das erleichtert es dem Patienten auch in einen persönlichen Dialog mit dem Arzt zu treten. Wenn der Patient aus dem Schatten des "Der nächste, bitte" heraustritt, werden sich die objektive Wirklichkeit des Arztes und die subjektive Wirklichkeit des Patienten annähern und zu einem therapeutisch wirkungsvollen Arbeitsbündnis verdichten können.

Auch wenn eine solche einfühlsame und authentische Grundhaltung den meisten Menschen eine Stück durch den "gesunden Menschenverstand", d. h. durch die Erfahrungen in der Sozialisation und Individuation mitgegeben sind, bedarf es doch eines weiteren Erlernens und Übens. Der Arzt, der unmittelbar über Wohl und Wehe eines Patienten entscheidet, ist in dieser Fähigkeit besonders gefordert. Die AG ist neben wenigen anderen offiziellen Bausteinen des Studiums (z.B. Unterweisung in Medizinische Psychologie, sowie das Psychosomatik - bzw. Psychiatrie - Praktikum) eine möglicher und wichtiger Ausgangspunkt für eine solche Entwicklung. Daß dieses Modell des praktischen Übens von Basisfähigkeiten "zündet", zeigt nicht nur die zunehmende Organisation studentischer AG an deutschen Hochschulen. Die Ausbildung kann auch nach der Mitarbeit in AG weitergehen. Studenten können im Praktischen Jahr in "Balint - Studentengruppen" mitarbeiten, um begleitend zu den Erfahrungen mit den Patienten auf Station eine themenzentrierte Selbsterfahrung von Übertragungs - und Gegenübertragungsprozessen zu bekommen. Manchmal stellt sich die Situation auch so dar, daß gerade durch die AG Elemente patientenzentrierter Medizin in die Kliniken erst hineingetragen werden.

Das Gespräch mit unheilbar Kranken - Was sollte man beachten?¹;

und i . Shan L.: Psychotherapie gegen Krebs. Klett - Cotta, Stuttgart, 1982

von *Martin Pummerer*

³⁸in Anlehnung an: Kübler Ross E.: Interviews mit Sterbenden. Kreuz Verlag, Stuttgart, 1969" \ 2

Probleme im Umgang mit Krebspatienten sind ein Thema, das im Medizinstudium nur ganz selten angesprochen wird. In der praktischen Tätigkeit des Arztes haben gerade Gespräche mit diesen Patienten eine große Bedeutung. Über das Sterben zu sprechen nimmt in den AG immer wieder einen großen Raum ein, vielleicht ein Zeichen dafür, wie wenig sonst darauf eingegangen wird. Es kommt immer wieder einmal vor, daß Teilnehmer von AG sich spezieller mit einem Thema zu beschäftigen, z. B. im Rahmen eines "Thematischen Blocks". Den Ablauf eines solchen Seminars zum Thema "Aufklärung von Krebspatienten" stellt der vorliegende Abschnitt dar:

Die Studenten begannen den Vormittag mit einer "praktischen Übung", die sich aus einem Rollenspiel und einem Gespräch darüber zusammensetzte. Jeweils eine Kleingruppe erarbeitete den Inhalt eines Akteurs (Arzt oder Patient) und gab demjenigen aus der Gruppe, der die Person spielen sollte, Regieanweisungen. Es folgten Kurzreferate mit den Titeln: "Aufklärung, ja oder nein?"; "Aufklärung ja, aber wie?" und "Die emotionale Überwältigung des Arztes beim Gespräch mit Krebskranken". Im Mittelpunkt des Seminars stand aber das Interview einer Patientin, die berichtete, wie sie die Aufklärung über ihre Krebserkrankung durch die Ärzte erlebt hatte. Der folgende Beitrag ist an ein Arbeitspapier angelehnt, das die Studenten in diesem Zusammenhang diskutiert haben:

Ein kluger Handlungsgrundsatz für einen Arzt wäre, den Patienten so zu behandeln, wie man selbst behandelt werden möchte. Darüber hinaus sollte der Arzt höchste Ansprüche an Wahrhaftigkeit und Offenheit stellen bei dem Gespräch mit dem Kranken über seine Krankheit und den sich dar aus ergebenden Problemen. Er sollte sich um eine tragfähige Beziehung zum Patienten bemühen, verbunden mit einführender Zuwendung. Die Beziehung sollte dauerhaft aufrecht erhalten werden.

Der subjektive Kenntnisstand des Patienten sollte ergründet werden. In Anlehnung an das Vorwissen des Patienten soll das Gespräch taktvoll geführt werden, die Aufklärung dem Verständnis des Patienten entsprechend erfolgen, nicht als einmalige Mitteilung, sondern mit dem Angebot, daß auch weiterhin Gespräche darüber möglich sind.

Man sollte vermeiden, hinsichtlich der Lebenserwartung Angaben wie Tage, Wochen oder Monate zu machen. Es erscheint eher sinnvoll, den Patienten auf den Zusammenhang mit anderen ernsthaften Folgeerkrankungen, wie Herzinfarkt, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz etc. hinzuweisen. Immer Hoffnung lassen!

Bedeutung haben dabei auch der Lebenslauf, der Zeitpunkt und die Umstände der Krankheitsmanifestation, das Krankheitserleben und die Vorstellungen über die krankheitsbedingten Veränderungen, die Vorerfahrungen mit anderen Ärzten und Kliniken. Es empfehlen sich Fragen, wie: "Was bedeutet die Krankheit "Krebs" für Sie ?" Es kann dann zum Beispiel deutlich werden, daß man den Patienten darauf aufmerksam machen kann, daß es sich dabei um eine Vielzahl von Erkrankungen ganz unterschiedlichen Charakters und Verlaufs handelt.

Weiterhin ist wichtig zu klären, ob der Patient das offene Gespräch wünscht. Auch zu Patienten, die das nicht möchten, soll der Kontakt gesucht werden. Man sollte sich durch eine schweigende, unbeteiligte Haltung nicht von der Kontaktsuche abbringen lassen.

Im Verlauf sollte sich der Arzt bemühen, den Patienten in seiner aktuellen emotionalen Reaktion zu erreichen und darin soweit als möglich zu unterstützen. Es ist zum Beispiel durchaus möglich, daß die Probleme, die ein Patient bei der gefühlsmäßigen Bewältigung seiner Krankheit hat, deutlich werden, indem er Aggressionen auf das Pflegepersonal entwickelt.

Die Betreuung im Krankenhaus sollte im Team erfolgen (Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger) und in ein Konzept für poststationäre Versorgung einmünden (Familie, Hausarzt, Selbsthilfegruppe). Der konsequente, sensible, ehrliche und empathische Umgang mit unheilbar Kranken erfordert Unterstützung bei der Wahrnehmung und bei der Verarbeitung eigener Gefühle und Eindrücke z.B. durch Teamarbeit und Supervision.

Lebensfreude und Spaß an der Arbeit bestärken die lebensbejahenden Impulse eines Patienten. Angesichts existenzieller Bedrohung entwickelt der Kranke oft Qualitäten, von denen er, aber auch seine Umwelt, wenig wahrneh

men, z.B. was den Sinn für die Realität angeht oder die Intensität des Lebens betrifft. Man kann erkennen, daß wir selber auch in dieser Situation lernen, gerade in dieser Richtung. Und dies sollten wir dem Patienten auch mitteilen.

empfehlenswerte Literatur:

Balint M.:

Der Arzt, der Patient und die Krankheit. Klett Verlag, Stuttgart 1976

Haeberle E.J, Bedürftig A. (Hsg.)

AIDS. De Gruyter, Berlin - New York, 1987

Köhle K., Simons C., Kubanek K.

Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: Uexküll Th. (Hsg.): Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1985;, S. 1204-1246

Meerwein F.

Das ärztliche Gespräch. Hans Huber Verlag, Bern 1969;

Senn H. J.; KKap. 3. In: Meerwein F.:

Einführung in die Psycho - Onkologie. Hans Huber Verlag, Bern 1981

Zorn F. Mars, Fischer TB, Stuttgart 1979

Anamnesegruppen und Psychotherapie

Beinhaltet das Anamnesegruppengespräch nicht manchmal psychotherapeutische Ansätze?

von Thomas Loew

Gerade weil im Zusammenhang mit der assoziativen Gesprächsführung oder der Arbeit der AG immer wieder der Begriff Psychotherapie fällt, sogar ab und zu die Frage gestellt wird - auch von den Teilnehmern - ob die Art von Gesprächen, wie sie in AG geführt werden, nicht auch psychotherapeutische Elemente beinhalten, möchte ich kurz darauf eingehen.

Es gibt sehr viele Autoren, die sich mit dem Themenbereich Psychotherapie beschäftigen und auch eine große Anzahl sehr guter Definitionen.^{39 40} Für den Zweck, den ich in diesem Absatz verfolge, möchte ich eine zugegebenermaßen sehr grobe und vereinfachte Erklärung an den Anfang stellen, die in wenigen Worten demjenigen, der noch keinen Bezug zu dem Gebiet hat, andeuten soll, worum es geht. Die Fachleute mögen mir verzeihen.

Menschen haben Kontakt miteinander, können Beziehungen eingehen. Diese "Berührungen" im weitesten Sinne, manchmal auch Handlungen, Aktionen, die nicht immer unmittelbar mit demjenigen, den wir nun beobachten, zu tun haben müssen, die angenehmer oder auch unangenehmer Art sein können, lösen normalerweise immer irgendwelche seelischen Regungen, Gefühle beim Betroffenen aus. Dadurch kann und soll die Reaktion dieses Menschen im weitesten Sinne beeinflusst werden. Vergleicht man nun eine große Gruppe von Personen miteinander, kann man feststellen, daß es Gefühle und Reaktionen gibt, die sich häufiger in bestimmten Situationen beobachten lassen. Diese Gefühle oder Reaktionen wären sozusagen "normal", in dem Sinne, daß die Mehrheit der Menschen eben in dieser Weise reagiert. Andere haben im Verhältnis dazu eher "unpassende" oder nicht vorhandene Gefühle, die dann auch zu veränderten Reaktionen führen können, und den Betroffenen in seiner Lebensqualität einschränken können. Dahinter können verborgene - "unbewußte" - Erlebnisse und Erfahrungen im Leben des Patienten stecken. Wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ist der Leidensdruck des Patienten. Bei einem Patienten, der unter seiner "Störung" nicht leidet, ist eine Therapie selten erfolgversprechend.

³⁹Tölle R.: Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York - Tokyo, 1985, S. 330

⁴⁰Dörner K., Plog U.: Irren ist menschlich. Psychiatrie Verlag, Bonn, 1985;, S. 551, 552

Es gibt verschiedene Therapieformen. Ganz grob lassen sich folgende Ansätze beschreiben: Zum einen kann der Therapeut versuchen, mit dem Patienten zusammen die Erlebnisse und Erfahrungen aus der Lebensgeschichte herauszuarbeiten, in denen die Veränderung begründet sein kann. Ein andere Methode ist das Untersuchen der gegenwärtigen Kontakte oder Beziehungen, die z.B. nachgespielt und in der Spielsituation dann genauer untersucht werden können, um hierdurch zu erreichen, daß dem Patienten selbst Gefühle und Reaktionen bewußt werden. Verhalten kann so auch schrittweise eingeübt werden. Auch der Einstieg über die Veränderungen von Gefühlen oder Handlungsprozessen, die im Lauf der Zeit stattgefunden haben, ist möglich.

Was kann eine Psychotherapie bringen? Um diese Frage zu beantworten, kann man zwei unterschiedliche Problemkreise betrachten. Man kann analysieren, was sich aus der Sicht des behandelten Patienten im Zusammenhang mit einer Therapie geändert hat. Er kann z.B. wahrnehmen, daß seine Reaktionen, Gefühle oder Handlungen in bestimmten Situationen sich verändert haben oder sich verändern. Das Ziel kann auch aus der Sicht des Umfeldes definiert werden. Eine Psychotherapie trägt dann dazu bei, daß der Patient in seinem Alltag, in seinen Beziehungen und Kontakten besser zurechtkommt.

Das Handwerkszeug des Psychotherapeuten ist in den meisten Fällen das Gespräch. Viele Techniken, beobachtete Prozesse und Ebenen, die ich im Zusammenhang mit dem Anamnesegespräch beschrieben habe, haben auch für die Psychotherapie Bedeutung. Die Beziehung spielt im psychotherapeutischen Bereich eine viel größere Rolle als im herkömmlichen Arzt-Patient Verhältnis. Parallelen zur AG-Arbeit sind teilweise in der Gruppensituation begründet oder finden sich im Zusammenhang mit der Supervision. Da nun schon einmal der Themenbereich Psychotherapie und AG - Arbeit angesprochen ist, möchte ich noch auf einiges hinweisen. Ganz wichtig ist mir, an dieser Stelle darauf aufmerksam zu machen, daß in der Praxis diese "psychotherapeutische Problematik" weit über den eigentlichen, klassischen Bereich, der Therapie der Neurosen hinausreicht. Auch für die "psychische Betreuung" von Patienten im Allgemeinen oder die Schwerstkranker oder Sterbender treffen die Beobachtungen und Überlegungen aus dem Feld Psychotherapie/Psychologie zu. Ich finde es ganz wichtig, daß der einzelne Student/Arzt/Therapeut über die Möglichkeiten in diesem Bereich Bescheid weiß und auch seine eigenen Grenzen in dieser Hinsicht genau kennt.

Ein Ziel der "patientenorientierten" Medizin, des "ganzheitlichen" Ansatzes ist es, den Menschen als Person zu erfassen, seine Seele mit in ärztliches Handeln und Denken einzubeziehen. Es ist aber auch absolut notwendig zu differenzieren, um ausreichend Hilfestellung anzubieten. Im somatischen Bereich ist dies selbstverständlich. Der Kinderarzt wird kaum einen entzündeten Blinddarm selber operieren, sondern den Patienten zu einem Chirurgen überweisen. Die Tatsache, daß es Fachleute für Beziehungen, für die Psyche gibt, sollte aber nicht zu dem Schluß führen, daß erst einmal oberflächlicher Kontakt ausreicht. Ich finde, daß der Arzt hier eine Schlüsselposition hat. Der Patient kommt mit seinen Beschwerden, und es ist die Pflicht des Arztes, dem Patienten die Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Für Fragen, die den Körper betreffen, ist das selbstverständlich. Für die seelischen Störungen sollte es noch selbstverständlich werden. Warum der Arzt? Weil er oft der einzige ist, mit dem der Patient in so engen Kontakt kommt, und dem der Patient ausreichend Informationen über sich preisgibt, so daß es überhaupt möglich ist, sich ein vollständiges Bild von ihm zu verschaffen. Wichtig ist hierbei auch das Vertrauensverhältnis, das zwischen Patient und Arzt bestehen kann.

Ich habe bereits "ärztliche Pflichtfragen" angesprochen. Dilley und Goldblum⁴¹ haben einige Hinweise, ob ein Patient zusätzlich mit einer psychotherapeutisch geschulten Fachkraft Kontakt haben sollte, in einer Art Fragenkatalog zusammengestellt. Ich möchte an dieser Stelle kurz zusammenfassen, auf welche Gesichtspunkte sie wert legen:

Alltag - Der Patient könnte berichten, seine Alltagsaufgaben nicht mehr erfüllen zu können, weil ihn seelische Reaktionen dabei behindern. Fehlt es ihm an Energie angemessen die täglichen Verrichtungen durchzuführen?

Gefühlsleben - Zeigt er Panik, Wut oder Depressivität anstelle von Furcht, Ärger oder Traurigkeit, die einem konkreten Anlaß angemessen wäre? Wird das Schlafverhalten durch diese Gefühle beeinflusst (länger als eine Woche)?

Essgewohnheiten - Heißhunger oder Gewichtsabnahme über längere Zeit ohne Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand.

Gedanken - Kommen dem Patienten von selbst immer wieder extreme Handlungen in den Kopf, zum Beispiel sich selbst oder jemand anderen zu töten? Fühlt er sich außer Kontrolle?

Drogen oder Alkohol - Erzählt ein Patient z.B. Alkohol zu trinken, um allgemeinem Angstgefühl, Depression oder Furcht zu entfliehen? Glaubt er, ohne diese Mittel seine Gefühle nicht ertragen zu können?

Wahrnehmungsstörungen - berichtet der Patient z.B. von Stimmen oder Dingen, die in der Realität nicht vorhanden sind?⁴²

Meine Vorbehalte gegenüber Fragenkatalogen habe ich bereits erläutert. Ich habe diese Zusammenstellung kommentarlos angeboten⁴³, weil ich glaube, daß sie eine gute Orientierung sein kann, da einige der angesprochenen Reaktionen und Empfindungen manchmal von Patienten während eines assoziativ geführten Gespräches spontan auftauchen können.

Ist eine gute Anamneseerhebung schon Therapie?

⁴¹Dilley J.W., Goldblum P.B.: Aids und geistig - seelische Gesundheit. In: Haeberle E.J., Bedürftig A. (Hsg.): Aids. De Gruyter, Berlin - New York, 1987

⁴²Dilley J.W., Goldblum P.B.: Aids und geistig - seelische Gesundheit... a.a.O.

⁴³Siehe auch: Richman A. et al.: Symptom questionnaire validity in assessing the need for psychiatrist's care. Brit. J. Psychiat. 112, 1965, , S. 549

von Peter Joraschky

Zunächst ist die Anamnese die Grundlage für die Stellung einer Diagnose. Dies gilt wohl auch heute, wenn auch in eingeschränktem Maße, denn die Praxis zeigt, daß die Priorität bei der Diagnosestellung eher bei sogenannten Hilfsmethoden, wie Röntgen oder Laboruntersuchungen liegt. Zweifellos ist es bei einer Reihe von Krankheiten wichtig, das morphologische Substrat zu kennen, und etwa aus dem Zelltyp eine bestimmte Krebsdiagnose zu stellen. Unter der Maxime, pathologische Veränderungen finden zu müssen, werden die Vielzahl gewonnener Informationen im Gespräch zum Abfallprodukt, wenn nicht eine "Gesamtdiagnose" im Sinne Balints gestellt wird. In diese Gesamtdiagnose gehen soziale und psychischen Faktoren gleichgewichtig neben den körperlichen mit ein. Hier wird die Normensetzung wesentlich problematischer, z.B. die Fragestellung, was pathologisches und was gesundes Verhalten ist. "Normalbefunde" und als krankhaft eingestufte Daten sind gleich wichtig, es gibt daher keine Abfallprodukte und auch keine verlorene Zeit mit dem Patienten. In diesem Sinne dient die Anamneseerhebung einer möglichst umfassenden Klärung bio - psycho-sozialer Zusammenhänge, die dann in die Diagnosestellung aufgenommen wird.

Ich glaube, daß die Stellung einer Gesamtdiagnose bereits unter folgenden Gesichtspunkten Therapie ist: "Therapie" abgeleitet aus der griechischen Ethymologie bedeutet "dienen". Wir können dem Patienten im Gespräch in vielfältiger Weise dienlich sein:

1. Wir nehmen seine subjektive Sicht, seine Konzepte von Krankheit und Gesundheit ernst, auch wenn diese ihn z.B. zum Heilpraktiker geführt haben. Denn wir denken, daß er dort etwas für ihn wichtiges sucht.
2. Dem Krankheitsverhalten des Patienten werden Fragen nach seinem Gesundheitsverhalten an die Seite gestellt, er wird damit automatisch auch in seiner Selbstschilderung in die Rolle des Verantwortlichen gerückt.
3. Der Patient erlebt, daß er auch in den alltäglichen Kleinigkeiten Interesse findet; dies baut die Hierarchien ab, macht ihn zum Partner und ist Voraussetzung für das Erschließen eines Arbeitsbündnisses.

4. In dem Anamneseespräch wird wahrgenommen, wie der Patient sich in seiner Lebenssituation fühlt, nicht nur psychisch, sondern im ganzheitlichen Erleben. Wie er seine Befindlichkeit körpersprachlich ausdrückt, wie er seine Körperwahrnehmungen organisiert, inwieweit er seinen Körper als "Maschine" behandelt, also im Sinne der Medizin zu objektivierend, isolierend mehr von einem "Körper - haben" als von einem "Körper - sein" ausgeht. Hier kann ihm vermittelt werden, wie eine Gesamtansicht wieder Zugang zu inzwischen abgespaltenen Erlebnisbereichen leisten kann.
5. Wie im organmedizinischen Bereich muß auch hier eben eine psychologisch-psychiatrische Basiskennntnis vorhanden sein, um entscheiden zu können, wann psychotherapeutische Fachbehandlung notwendig ist, oder eine zugrundeliegende depressive Symptomatik des Patienten aufgefangen werden kann, beispielsweise bereits dadurch, daß ihm Verständnis signalisiert wird.
6. Wirkfaktoren, wie sie in der Psychotherapie gefunden wurden, gelten gleichermaßen auch für die psychosomatischen Grundversorgung: Akzeptanz, die nicht an Bedingungen geknüpft ist, ein aufdringliches Interesse, emotionale Beteiligung oder Offenheit auch für andersartiges Denken.

Anamnesegruppen - Eine Gefahr für psychisch labile Patienten?

von Thomas Loew

In diesem Zusammenhang möchte ich auf eine weitere, mir wichtige Frage eingehen, die immer wieder in den AG auftaucht: Können und sollen wir überhaupt Gespräche führen mit Patienten, bei denen aufgrund der psychischen Verfassung Probleme auftreten könnten, z.B. Gespräche mit Schwerstkranken, oder Patienten, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, oder die sich bereits in einer solchen befinden?

Einmal ganz abgesehen von den Problemen, die auftreten können, möchte ich auf den Umstand hinweisen, daß es im Medizinstudium praktisch fast keine Möglichkeit gibt, sich auf diese Situationen vorzubereiten, die doch im ärztlichen Alltag immer wieder auftreten. Diese psychischen Schwierigkeiten oder Belastungen sind oft für den Patienten sehr wichtig. Nehmen wir ihn als Mensch ernst, und das wollen wir ja, können wir über diese Kernfragen nicht hinwegsehen. Es gibt kein "Patentrezept", um damit umzugehen. Dies aus der Ausbildung auszuklammern, vielleicht mit dem Hintergedanken, die Patienten vor einem "falschen Wort" aus "falschem Mund" zu schützen zu müssen, ist kurzsichtig, weil das Problem damit nur auf die Zeit nach dem Examen verschoben wird. Außerdem gibt es eine Vielzahl anderer "ungeschützter Kontakte", die nicht zu vermeiden sind, so daß ein Begrenzen auf eine vielleicht ausschließlich theoretische Beschäftigung oder auf Rollenspiele meiner Ansicht nach keinen Sinn zeigt. In den Gesprächen in den AG, die ich selber mitverfolgt habe, aber auch aus den Äußerungen anderer Tutoren konnte ich entnehmen, daß die gesprächsführenden Studenten im AG-Interview immer extrem vorsichtig sind, obwohl gerade Fragestellungen zu psychischen Bereichen in der Gruppe sehr kontrovers diskutiert, und oftmals auch sehr radikale Ansichten und Phantasien geäußert werden. Ich erinnere mich in diesem Zusammenhang an eine Diskussion, in der ein Teilnehmer die Forderung stellte, der Interviewer müßte eigentlich, um wirklich eine gemeinsame Basis zu schaffen, in dem Gespräch dem Patienten auch etwas über sich selbst und seiner eigenen Lebenssituation erzählen, - quasi im Austausch.

Wir haben mittlerweile viel Erfahrungen mit AG, auch mit Patienten aus der psychosomatischen Abteilung. Rückblickend sind nie Komplikationen oder Interferenzen mit einer etwaigen Psychotherapie aufgetreten, die in Zusammenhang mit dem Gespräch in der AG gestanden wären. Auch Schüffel äußert sich zu diesem Problem. In dem Zeitraum bis 1983 hatte er über 700 Gespräche überblicken können. Dabei sind keine Schwierigkeiten in dieser Hinsicht aufgetreten.^{44 45}

⁴⁴Schüffel W., Egle U., Schneider A.: Studenten sprechen mit Kranken. Münch. med. Wschr., 1983, S. 845- 848

Die Erfahrung ist der beste Lehrmethode, wenn es um das Vermeiden ungeschickter Fragen geht. Es gibt auch einige Regeln der Gesprächsführung, die, werden sie beachtet, helfen, Gesprächssituationen, die eventuell dem Patienten psychisch schaden könnten, zu vermeiden. Martin Pummerer hat uns, ausgehend von einer Vorlesungsmitschrift aus dem allgemeinmedizinischen Unterricht in Ulm⁴⁶, acht "Gebote" für die Gesprächsführung abgeleitet:

1. Gib kein Werturteil ab!
2. Sei einfühlsam!
3. Gebe keine Anweisungen!
4. Frage nie warum!
5. Nimm anderen nicht die Verantwortung für Ihre Probleme ab!
6. Interpretiere nicht!
7. Halte dich an das Hier und Jetzt!
8. Halte dich in erster Linie an die Gefühle!

Die letzte Empfehlung erscheint sicher nicht auf den ersten Eindruck verständlich. Es gehört sehr viel Fingerspitzengefühl, Mut und Erfahrung dazu, das traditionelle ärztliche Rollenverständnis zu erweitern, und diese Aspekte sowohl für den Patienten als auch für sich selbst mit einzubeziehen. Die Eigenwahrnehmung soll in den AG durch die Einführung die Technik des "Blitz" erreicht werden, indem auf eine vorher festgelegte Weise eingeübt wird, sich Gefühle im Zusammenhang mit einem Gespräch bewußt zu machen, zu äußern und in der Gruppe zu überprüfen. Für viele Teilnehmer eröffnet sich damit, haben sie einmal das Prinzip verstanden und für sich angenommen, eine neue Dimension. In die AG wird gerade hier auch eine gewisse Selbsterfahrungskomponente einführt. Sie kann bei der Zielsetzung jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielen, stellt aber für einige, die dadurch neugierig geworden sind, den Einstieg dar, nun Wege zu suchen, auch über sich selbst mehr zu erfahren. Hier ergeben sich wieder Berührungspunkte zum psychotherapeutischen Bereich.

⁴⁵Siehe auch: Knauss W., Sturgen D.: Student psychotherapy teaching. Psychother. Psychosom., 1980;; oder: Freyberger H., Nordmeyer J., Künsebeck N.: Studentische Hilfstherapeuten in der klinisch psychosomatischen Krankenversorgung. Therapiewoche, 1980, S. 5846-5850

⁴⁶aus einer Vorlesungsmitschrift aus dem allgemeinmedizinischen Unterricht an der Universität Ulm 1983

ANAMNESEGRUPPEN IN ERLANGEN

Was bringt die Gruppenarbeit im Studium?

Warum sollten wir etwas verändern?

von Thomas Loew

Die AG in Ulm waren für mich zu einem sehr wichtigen Bestandteil meiner Ausbildung geworden. Lasse ich die letzten Jahre Revue passieren, sehe mich noch einmal in den einzelnen Praktika und Vorlesungen sitzen (besonders in denjenigen, in denen Patienten zugegen waren) oder versetze ich mich zurück in die Nachtwachen und ins Krankenpflegepraktikum, also in Situationen, die mit meiner Professionalisierung zum Arzt zu tun haben, erinnere ich mich, häufig ein beklemmendes Gefühl gespürt zu haben, wenn ich mich direkt mit Patienten konfrontiert sah. Erwartungshaltungen, der Anspruch, mit dem nicht Selbstverständlichen selbstverständlich umgehen zu können, Probleme der Eigeneinschätzung oder die fehlende Anleitung erzeugten eine starke Anspannung. Natürlich hatte ich gewisse Vorgaben durch das Pflegepersonal und die Ärzte, die ich bei Visiten am Bett erleben konnte, oder durch eigene Erfahrungen als Patient. Diese Beobachtungen und Erlebnisse alleine verarbeiten zu müssen, und dabei das Gefühl zu haben, Schwierigkeiten mit dem Natürlichsten überhaupt, nämlich dem Umgang mit Menschen zu entdecken, machte mich unzufrieden. Und der Stundenplan bot nichts an, was bei diesem Problem eine Hilfe hätte sein können. Deshalb war diese Gruppenarbeit für mich eine große Hilfe. Hier war es mir immer wieder möglich mich selber, meine Wirkung und mein Wirken zu überprüfen. Ich denke, daß das Ausbildungskonzept der AG deshalb eine gute Ergänzung zur bisherigen Unterrichtsstruktur darstellt. Ich habe sie als die beste Möglichkeit erlebt, den augenblicklich seitens der Universität ziemlich brachliegenden Bereich der "Persönlichkeitsbildung" anzugehen. Vom Mediziner wird verlangt, daß er sich über die Konsequenzen seines Handelns im klaren ist. Ich glaube, daß die Universitäten im naturwissenschaftlichen und klinischen Bereich versuchen, diesem Anliegen in ihren Curricula, entsprechend der Ausbildungsordnung, nachzukommen. Durch intensive Forschung werden neue Erkenntnisse gewonnen, die dem einzelnen Arzt dann als Entscheidungsgrundlage für verantwortliches Umgehen mit dem Patienten dienen können. Für viele Menschen auf der Welt haben sich deshalb die Überlebenschancen verbessert.

Häufig fällt der Begriff "Schulmedizin". Es handelt sich dabei um keine "Methode" sondern um einen Prozess: Das Denken, das bis zum Mittelalter die medizinische Welt bestimmte:

Erfahrungen durch Beobachten und Ausprobieren sammeln ("trial and error") und, wenn überhaupt, weiterreichen.

wurde in der Neuzeit abgelöst durch den Ansatz:

Erfahrungen sammeln, auswerten, daraus Schlüsse ziehen, und Verhalten deshalb modifizieren.

In allen Bereichen der Naturwissenschaft (und der Medizin) hat man heute den Wert dieses "neuen" Denkansatzes erkannt, und man geht allgemein danach vor. Während der letzten hundert Jahre hat sich auch die Lern- und Verhaltenspsychologie enorm entwickelt. Dadurch gewonnene Erkenntnisse beeinflussen mittlerweile weite Bereiche des täglichen Lebens (Werbung, Verkauf, professionelle Weiterbildung). Was aber das Medizinstudium oder den Beruf des Arztes angeht, sind viele noch der Ansicht, daß es ausreicht, sich auf seine individuellen Fähigkeiten und den gesunden Menschenverstand zu verlassen. Wo bleibt hier das schulmedizinische Denken ?

Ich glaube, daß es wichtig ist, die Medizinstudenten auch im Sinne eines sensibilisierten Umgangs mit Patienten auszubilden. In vielen Gesprächen mit Patienten habe ich gespürt, daß gerade auf diesem Gebiet große Bedürfnisse bestehen. Für viele Patienten gilt sogar das Einfühlungsvermögen, beziehungsweise das Verhalten in Gesprächen als Maß für die Qualität eines Arztes.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Ausbildung ist es, die Absolventen auf die Anforderungen des Berufslebens vorzubereiten, zu denen außer dem nötigen theoretischen und praktischen Wissen auch Eigenschaften gehören wie z.B. Kritik zu akzeptieren, Selbstkritik zu üben, sich in ein Team einzufügen, Geschick im Umgang mit anderen Menschen zu entwickeln, oder Verantwortung zu tragen. Sicher hatte die Schule bei dieser Erziehung, die im Leben nie abgeschlossen sein wird, Schrittmacherfunktion. Diese Aspekte spielen in praktisch allen Situationen im Leben, also ebenfalls in der Ausbildungsveranstaltung

gen an der Universität eine Rolle, wobei die ausbildenden Ärzte eine Modellfunktion haben. Ein große Hilfe wäre es für die Studenten, wenn es ein Angebot gäbe, bei dem sie gerade diese Fähigkeiten lernen und üben könnten.

Ich glaube, daß die Universität diesen Anforderungen gerecht werden kann, indem sie z.B. den Studenten die Möglichkeit eröffnet, an AG teilzunehmen. Das regelmäßige miteinander, voneinander und nebeneinander Lernen, Verstehen und Erfahren in einer überschaubaren Gruppe stellt für den einzelnen Medizinstudenten, egal ob Erst- oder Examenssemester, eine gute Möglichkeit dar, neben dem notwendigen Erarbeiten von theoretischen Grundlagen und dem Aneignen klinischen Wissens anhand des regulären Stundenplans, sich im Umgang mit einem weiteren unabdingbaren Handwerkszeug des ärztlichen Berufes zu üben, und sein eigenes Handeln in der Gruppe immer wieder zu hinterfragen.

Das Kennenlernen der - oftmals überraschenden - "Strategien des miteinander Umgehens" kann ein guter Anstoß sein, über sich selber oder über die Situationen, in die man gerät, zu reflektieren. Man kann erleben, wie sich der andere verhält, hat die Möglichkeit, ihn darauf aufmerksam zu machen und es zu diskutieren. Da ich diese wertvolle Ergänzung des Studiums in Erlangen nicht missen wollte, habe ich angefangen, mich dafür einzusetzen, AG auch hier zu verwirklichen.

Aus der Geschichte der Anamnesegruppen

von Matthias Merklein

Der folgende Absatz stammt aus einem Interview, welches Matthias Merklein im Rahmen des Erlanger AG - Video - Film - Projektes mit Dr. Ulrich Egle führte:

"Es fing ungefähr 1969 in Ulm an, als Prof. Adler in die Arbeitsgruppe um Prof. Uexküll kam und dort die biographische Anamneseerhebung nach Engel einführte. Prof. Adler war lange bei Engel in den USA gewesen. 1970 begann Herr Schüffel, ein Mitarbeiter Uexkülls, diese Technik auch Studenten zu vermitteln, weil diese Interesse zeigten, auch so etwas zu lernen. Bis Mitte der siebziger Jahre ging es dann erst einmal um die Frage, wie Studenten so etwas lernen können. Damals begann die Deutsche Forschungsgemeinschaft diesen Ansatz zu fördern und eine systematische Untersuchung zu unterstützen. Von Ulm aus ist die Arbeit mit Prof. Schüffel nach Marburg gegangen. In dieser Zeit ergab sich eine wichtige Veränderung: Die AG, bis zu diesem Zeitpunkt von Ärzten betreut, wurden nun von den Studenten selbst, sogenannten Tutoren geleitet. Ich selber war im WS '75/ '76 in Ulm der erste studentische Tutor. In Marburg begannen die AG von vornherein mit studentischen Tutoren. Wir sahen, daß es viele Vorteile gab. Einer war der personelle; die psychosomatischen Abteilungen haben häufig nur sehr wenig Mitarbeiter, d.h. durch studentische Leiter konnte man in größerem Umfang Gruppen anbieten.

Eine weitere wichtige Veränderung ergab sich Anfang '78, als auf Drängen der studentischen Tutoren eine Supervision von außen entstanden ist. Der erste Supervisor war damals Prof. Eicke in Kassel, der früher mal bei Michael Balint in London gewesen ist, und der uns sehr viel über Gruppendynamik und den Umgang damit beigebracht hat, was sehr wichtig für die Entwicklung der Identität der Tutoren war."

Die Realisierung einer Idee

von Thomas Loew

Medizinstudium und patientenzentrierte Berufsausübung

Schon vor dem Medizinstudium hatte ich das Gefühl (meistens selbst als Patient), daß viele Ärzte zu wenig Wärme, Einfühlungsvermögen und Verständnis für ihre Patienten aufbringen. Aber auf die Idee, daß Lernen in diesem Bereich zu einem Studieninhalt werden sollte, wäre ich, bevor ich in Ulm das Studium aufnahm, nie gekommen. Eigentlich bin ich auch nur durch einen puren Zufall auf die AG aufmerksam geworden, die ich dann näher kennenlernen durfte.

Nach dem Studienortswechsel nach Erlangen gewann ich bald den Eindruck, daß meine neuen Mitstudenten zwar oft Interesse an den Problemen einer patientenzentrierten Ausübung ärztlicher Tätigkeit zeigten oder Fragen in den Bereichen Psychologie, Psychotherapie oder Psychosomatik hatten, aber wenig konkrete Vorstellungen, wie man solche Aspekte in eine praktische Ausbildung integrieren könnte.

Nur derjenige, der sich wirklich intensiv darum kümmern wollte und sich dazu in das Vorlesungsverzeichnis vertiefte, konnte die eine oder andere "Rosine" herauspicken. Die breite Masse erschien mir eher frustriert, und selten war Initiative über die eigene Clique hinaus zu beobachten. Ausbildung sei Sache der Professoren, man müsse sie über sich ergehen lassen und das Studium möglichst schnell hinter sich bringen, um den erwarteten weiteren Verschlechterungen aus dem Weg zu gehen. Kritik schön und gut, aber bewirken könne man doch nichts. Woanders könne man gut studieren, dort gäbe es Praktika, "bed side teaching", Kleingruppenunterricht, viele motivierte Lehrer und, und, und... Alles sei so wesentlich besser, daß es überhaupt keinen Sinn habe, hier anzufangen etwas zu verändern. Außerdem gäbe es sowieso zuviele Medizinstudenten (Anm.: zuviel sind immer die andern).

Die erste Erlanger Gruppe

Jeder, der selbst einmal in einer AG mitgearbeitet hat, spürt im Laufe der Zeit, daß nicht nur Patienten und Studenten, Engagement und Interesse den Wert der AG ausmachen, sondern auch das durch Tutoren gesteuerte, "dosierte" Miteinander. Die Tätigkeit des Tutors kann nur nach Erfahrung als Teilnehmer in der AG aufgenommen werden und sollte auch in der Supervision immer wieder hinterfragt werden.

Damit die Erlanger AG aus der Taufe gehoben werden konnten, mußten zwei Bedingungen erfüllt sein: Erstens Kontakt aufzunehmen mit jemandem an der Fakultät, der Interesse hatte, die Supervision zu übernehmen, und dem es möglich war, Patienten und Raum zur Verfügung zu stellen, zweitens einen Co - Tutor zu finden.

Ich habe mir lange überlegt, wie man anfangen könnte und entschied mich dafür, erst einmal andere Studenten zu suchen, die, ebenso wie ich, bereits Erfahrungen mit der AG hatten. Medizinervollversammlungen oder eine Kontaktaufnahme über die Fachschaft sind dafür ein geeigneter Weg. Tatsächlich waren wir nach einem Semester Suche dann zu zweit. Christian Appel, ebenfalls Ex - Ulmer, plante in den Semesterferien an einem Tutorentraining teilzunehmen, was er für sich als eine Voraussetzung betrachtete, die Arbeit als Tutor einer AG aufnehmen zu können. Mittlerweile hatten wir auch einen Arzt gefunden, der seit längerem eine Balintgruppe für PJ - Studenten an der Uni anbot (nach der aber leider keine so große Nachfrage bestand). Er hatte zwar noch keine Erfahrung mit AG, erklärte sich aber freundlicherweise bereit, die Verantwortung für die Patienten und die Supervision zu übernehmen. Am Ende dieses Semesters sah es also ganz so aus, als ob im nächsten Semester eine Gruppe die Arbeit aufnehmen könnte. Aus dem Training in Ulm wurde nichts, Christian fiel zunächst als Tutor aus, und so stand ich wieder allein da. Glücklicherweise fand Dr. Jecht einen Ausweg. Einer der Teilnehmer seiner PJ - Studenten - Balintgruppe (eine der "Rosinen", die ich vorher im Text erwähnt hatte, und die damals mangels Teilnehmer leider wieder einmal vor der Selbstaflösung stand), Johannes Kraft, hatte bereits auf der süddeutschen Balinttagung etwas von den AG mitbekommen, zeigte Interesse und war bereit, als Tutor mitzumachen.

Wir entschlossen uns, eine AG mit zwei studentischen Tutoren anzubieten, obwohl weder Dr. Jecht noch Johannes mit Gruppen dieser Art gearbeitet hatten, und niemand an einem Training teilgenommen hatte. Damals befand ich mich in einer Konfliktsituation. Auf der einen Seite wollte ich die Gruppen so durchführen, wie ich sie selbst erlebt hatte, auf der anderen Seite hatte ich das Gefühl, daß der Einstieg verpaßt werden könnte, wenn wir jetzt nicht anfangen würden, sondern abwarten, bis die Bedingungen optimiert wären. Beeindruckt war ich damals durch die Haltung von Dr. Jecht. Er ermöglichte uns den Einstieg, nicht zuletzt auch dadurch, daß er uns ernst nahm und uns das Gefühl vermittelte, er traue uns das zu, was wir uns vorgenommen hatten. Oft hatte ich den Eindruck, er habe mit der Tutorrolle weit weniger Probleme als wir Tutoren selbst.

Die Zeit drängte, das halbe Semester war mittlerweile verstrichen, und um überhaupt anfangen zu können, entschlossen wir uns mit einer kleineren Gruppe als den bisher üblichen zu beginnen. Um jedem Teilnehmer die Chance zu geben wenigstens ein Patientengespräch zu führen, setzten wir ein Limit von fünf Teilnehmern (drei davon Vorkliniker). Da es bei so wenig Plätzen keinen Sinn hatte, alle Studenten zur Verlosung einzuladen, beschränkten wir uns auf diejenigen, die durch Mundpropaganda bereits etwas mitbekommen und uns angesprochen hatten, und ließen dann unter ihnen den Zufall entscheiden. Meine Spannung war groß. In meiner eigenen ersten Gruppe waren wir zehn gewesen.

Wir trafen uns zum Kennenlernen und für die Rollenspiele nicht in der Klinik, sondern privat bei uns zu Hause. "Privat" oder "nah" sind die Eigenschaftswörter, die das Gruppengefühl meiner Meinung nach am besten beschreiben. Das überraschte mich, weil wir uns gegenseitig kaum kannten, und zwölf Stunden, die wir letztlich zusammenarbeiteten, wahrlich keine lange Zeit waren. Bedeutung für die Inhalte und den Ablauf der Diskussionen hatte, glaube ich, in besonderem Maße das Protokoll, welches noch aus meiner Ulmer Zeit stammte.

Im Vordergrund stand meiner Ansicht nach das Wahrnehmen des Erleben des anderen im Gespräch. Mit dem Begriff "anderen" meine ich sowohl den anderen Studenten beim Interview als auch den Patienten. Im nachhinein glaube ich eine Entwicklung aufzeigen zu können, die Gruppe während des Semesters durchlief. Am Anfang stand erst einmal der Interviewer im Vordergrund, in der zweiten Hälfte dann der Patient. Meine Beiträge als Tutor liefen oft darauf hinaus, daß ich versuchte, mögliche Betrachtungsweisen zu fördern, die ich selbst in ähnlicher Weise durch die AG kennengelernt hatte, z.B. typische Beobachtungen - etwa: Spricht der Patient von sich in der ersten Person oder gebraucht er "man"; oder die Frage, warum der Patient für das Darstellen gewisser Fakten bestimmte Worte, einen bestimmten Zeitpunkt gewählt hat, welche nonverbale Botschaft damit verbunden war, oder wie ausführlich er auf die Punkte eingegangen ist. Von Johannes hingegen hatte ich den Eindruck, er verhalte oder interveniere so, wie ich Balintgruppenleiter erlebt habe.

Die ersten fünf Gespräche waren geführt (Ort: der Speisesaal einer Klinik), und das Semester neigte sich dem Ende zu. Nach dem letzten Treffen gaben eigentlich alle an, während der Sitzungen einiges gelernt zu haben. Doch wie sollte es nun weitergehen? Johannes hatte mittlerweile sein Studium abgeschlossen. Unser Supervisor hatte die Idee gut gefunden, in Erlangen ein Training zu organisieren, um die Kontinuität zu sichern. Wir fragten in der Gruppe, wer Lust hätte, nach entsprechender Vorbereitung am Anfang des nächsten Semesters, eventuell als Tutor weiterzumachen. Von den fünf Teilnehmern waren Christine, Christoph und Michaela bereit.

Die ersten Erlanger Tutorentrainings

Ascona⁴⁷ war eine gute Gelegenheit, geeignete Trainer zu suchen. Außer diesen haben wir dort auch Brigitte Gossart kennengelernt. Sie hatte bereits in Mainz mit den AG Erfahrungen gesammelt, tauschte jetzt nach Erlangen und fand es toll, gleich wieder in neue Gruppen einsteigen zu können. Zu Pfingsten fand dann das 1. Erlanger Tutorentaining statt. Volker und Monika von der Uni Bonn, die wir auf dem Monte Verità engagiert hatten, haben sich mit uns sehr viel Mühe gegeben. Vor allen Dingen konnten wir von den Erfahrungen profitieren, die sie mit nach Erlangen brachten. Das, was uns von den beiden angeboten wurde, ging weit über unsere Erwartungen hinaus. Beispielsweise sorgten die Auflockerungsspiele zwischendurch, mit denen wir absolut nicht gerechnet hatten, nicht nur bei uns für Abwechslung (die Patienten im Park der Hautklinik hatten auch ihren Spaß daran). Ich denke, daß diese vier Tage das, was im Augenblick in unseren Gruppen passiert, sehr beeinflußt haben.

Als ich Volker in Ascona erzählte, was wir bisher in Erlangen gemacht hatten, und vor allem, was wir uns vorgenommen hatten, gewann ich den Eindruck, er sei eher skeptisch und rechnete mit einem Flop. Am Ende ließen uns Monika und Volker wissen, daß sie doch von der Atmosphäre während des Trainings beeindruckt waren, und beurteilten unsere Chancen positiver. Damaliger Hauptkritikpunkt war, daß die meisten Trainings - Teilnehmer davor sehr wenig Erfahrung als Gruppenmitglieder sammeln konnten (12 Stunden gegenüber 40 an anderen Universitäten). Doch gerade dieses Defizit hätte sich weniger ausgewirkt, als unsere Trainer erwartet hatten.

⁴⁷Siehe Seite 114

Nun waren wir schon drei Tutorenpaare. Wie sollten die Gruppen aussehen? Nach einigen Diskussionen entschlossen wir uns, ähnlich wie im Wintersemester zu verfahren, da die Semester sehr kurz sind, und wir glauben, daß man grundsätzlich die zeitliche Belastung nicht außer acht lassen sollte. Deshalb wählten wir einen Zwei-Wochen-Rhythmus. Gerade die Studenten, die AG an anderen Unis mit 10 Teilnehmern kennengelernt hatten, fanden es schön, in einer kleineren Gruppe zu diskutieren. Wir wollten auch mehr Tutoren werden, um eine breitere Basis zu schaffen. Deshalb begrenzten wir die Arbeit wiederum nur auf ein Semester.

Drei Monate später stellte sich heraus, daß von 18 Teilnehmern die Hälfte als Tutoren weitermachen wollten (!). Bereits während des Semesters war abzusehen, daß wir unsere Arbeit auf weitere Kliniken ausdehnen mußten, wollten wir mehr Gruppen anbieten.

Weitere Erlanger Ärzte begannen die Gruppenarbeit als Trainingsleiter zu unterstützen. Zum Training im Herbst hatten wir nun schon die Unterstützung von drei Erlanger Unikliniken. Für das Tutorentraining bildeten wir zwei Gruppen. Außer den neuen Tutoren nahmen auch die sechs, die bereits am ersten Erlanger Tutorentraining dabeigewesen waren, nochmals daran teil. Eine Gruppe lief als Intensivseminar über ein Wochenende, die andere erstreckte sich dagegen über einen Zeitraum von zwei Wochen. Zusätzlich wurden ein Abend zum gegenseitigen Kennenlernen, zwei thematische Blöcke und ein Nachmittag für die Paarbildung vorbereitet, an denen beide Gruppen gemeinsam teilnehmen sollten.

Anfangs schien es unseren neuen Leitern nicht ganz klar zu sein, was sie uns studentischen Tutoren mit auf den Weg geben sollten. Teilweise lassen sich die anfänglichen Schwierigkeiten folgendermaßen erklären: Beim ersten Training waren die Rollen und Aufgabenbereiche deutlicher abgesteckt: Es gab die Studenten, die an der Tutorenausbildung teilnehmen wollten, und die Trainer, die für die Durchführung verantwortlich waren. Jetzt hatten wir Ärzte als Leiter, die durch ihre psychotherapeutische Weiterbildung, ein Psychologiestudium und die Berufserfahrung auf der einen Seite geeignet waren, aber andererseits wenig bis gar keinen Kontakt mit AG hatten. Einiges an praktischer Erfahrung konnte jedoch ein Teil der Studenten aufweisen.

Die Ärzte hatten uns gleich von Anfang an klargemacht, daß sie es gut fänden, wenn die Anregungen von uns ausgehen würden. Ich glaube sogar, die indirekte Aufforderung verspürt zu haben, wir Studenten sollten die Initiative ergreifen. Ich hatte den Eindruck, als wollten sie, die sich zudem untereinander noch nicht so gut kannten, jeder für sich erst einmal zurückhaltend abwarten und im Hintergrund bleiben. Sie hatten, glaube ich, die Hoffnung, wir Studenten würden "das Kind schon schaukeln". Von uns waren schließlich die Informationen an sie herangetragen worden, wir hatten damals die ersten Kontakte geknüpft, dabei die Gruppen vorgestellt und auch den organisatorischen Part des Trainings den Ärzten abgenommen.

Gerade diese Situation hätten wir gerne vermieden. Im Regelfall wird ein Tutorentraining von den Studenten selbst unter ärztlicher Supervision durchgeführt. Wir haben im Sommer '86, bei Beginn der Planung in der damaligen Tutorengruppe darüber diskutiert. Wir waren uns einig, daß es aber für das Gefühl in der Gruppe und die Weiterarbeit nicht gut wäre, wenn die Trainer aus den eigenen Reihen kommen würden. Außerdem wollten wir alle lieber Teilnehmer sein. Aus genau diesem Grund haben wir uns auch dafür eingesetzt, die Ärzte, die Gruppen weiter betreuen und in Zukunft die Verantwortung tragen sollten, als Trainingsleiter zu gewinnen.

An dem Training nahmen aber nicht nur die Studenten der alten Tutorengruppe und die Ärzte, sondern auch die neuen, zukünftigen Tutoren teil. Sie kannten unsere damaligen Überlegungen nicht. Die Zurückhaltung der Tutoren der ersten Generation hat sie anfangs sehr verstört. Jeder wartete ab, ob ein anderer begägne. Dieses Verhalten konnte man immer wieder beobachten, wenn wir etwas Neues begannen, also beim ersten Treffen, dann beim ersten Arbeitsgespräch, beim ersten thematischen Block und auch bei der ersten Supervision.

Doch die anfängliche Unsicherheit verflog rasch. Ich empfand es als sehr fruchtbar, daß, auf unsere Anregung hin, die Leiter selbst im Laufe der Sitzungen alle möglichen Rollen einnahmen, vom Diskussionsteilnehmer bis zum Supervisor, ähnlich wie es uns damals die Bonner Trainingsleiter vorgeführt hatten. So konnte jeder am eigenen Leib spüren, wie und was in den AG gelernt wird, und die Probleme wurden transparenter.

Weitere Entwicklungen

von Johannes Büttner

In jenem Wintersemester konnten sieben Gruppen angeboten werden, wobei wir in einer Klinik mit der Auflage konfrontiert wurden, daß bei dem Patientengespräch immer ein Arzt anwesend sein sollte. In der Gruppe, in der ich selbst als Grüppling war, hatte der Arzt, wohl aus Tutorenmangel, nicht nur diese "Aufpasserfunktion", sondern war auch Tutor, was zu einigen Schwierigkeiten führte. So konnte man es häufiger beobachten, daß der Patient sich beim

Antworten nicht dem Interviewer, sondern dem Arzt zuwandte. Der Arzt war auch immer versucht, am Ende der Diskussion unsere Lücken in klinischem Wissen zu füllen. Wahrscheinlich spielte dabei seine Rolle als Hochschuldozent ebenfalls mit hinein.

Die Tutoren waren für dieses Semester auf zwei Supervisionsgruppen aufgeteilt worden, die beide leider nur sporadisch stattfanden. Außerdem war die Koordination unter den Tutoren sehr schlecht, so daß für das Sommersemester kaum etwas vorbereitet war, wie etwa ein eventuelles Tutorentraining in den Semesterferien. Wie die Supervision im nächsten Semester verbessert werden könnte, war ebenfalls nicht geklärt.

In den ersten beiden Semesterwochen des Sommersemesters '87 konnte dann doch ein lokales Tutorentraining stattfinden. Zwei Erlanger Trainer (Christoph und Thomas) und fünf angehende Tutoren trafen sich fünf Abende zu einem "Kurztraining". Damit die Gruppe diskussionsfähig wurde, waren in wechselnder Besetzung immer noch zwei bis drei weitere Teilnehmer dabei. Für weitere "Tutorenanwärter" wurde eine Gruppe gebildet, die sich über das ganze Semester verteilt regelmäßig alle zwei Wochen traf.

Im Frühjahr waren einige Tutoren doch noch aktiv geworden, so daß eine weitere Universitätsklinik für die AG gewonnen werden konnte, allerdings auch hier mit der Auflage, daß eine Ärztin bei dem Patientengespräch dabei sein sollte. In diesen Gruppen wurde nun so verfahren, daß die Gruppen von zwei studentischen Tutoren geleitet wurden, und sich der Arzt während des Termins ganz zurückhielt. Insgesamt liefen also sechs neue, eine Trainingsgruppe sowie eine Fortgeschrittenengruppe, die aus einer Gruppe, die sich bereits im letzten Semester entschlossen hatte, gemeinsam weiterzumachen, hervorgegangen war. Hierfür fand sich noch ein neuer Co-Tutor, der sich allerdings in der schon bestehenden Gruppe schwer tat.

Für mich hat dieses zweite Semester noch wichtige Erfahrungen als Grüppling gebracht, die ich vielleicht durch meine Doppelrolle (ich war parallel dazu in einer Gruppe Tutor) noch bewußter wahrnahm. Leider konnten wir uns aus terminlichen Gründen zu selten treffen, so daß eine ausführliche Nachbesprechung mit allen am Ende des Semesters ausfallen mußte.

Zur Supervision in jenem Semester: Eine Gruppe traf sich regelmäßig, die andere praktisch nur ohne Supervisor. Was mir fehlte, war ein regelmäßiger Treffpunkt aller Tutoren. Ein Bindeglied war lediglich Christoph, der als Tutor zweier Gruppen in beiden Supervisionsgruppen vertreten war.

Wie jedes Jahr fanden auch im Herbst '87 Tutorentrainings an verschiedenen Universitäten der Bundesrepublik statt. Das Training in Berlin wurde unter anderem von Christoph, einem Erlanger, geleitet. Sieben weitere Erlanger waren auf die anderen Trainingsorte verteilt. Da bei uns nicht alle Interessenten an einem Herbsttraining teilnehmen konnten, fand an einem Novemberwochenende nochmals eines unserer bewährten "Kurztrainings" statt. Jeweils zwei Bonner und Kölner Trainer leiteten die zwei Gruppen, an denen auch noch einige Kölner teilnahmen.

Mittlerweile konnten wir AG an acht Unikliniken anbieten. Mit der Ausweitung der Arbeit kamen wir halbwegs zurecht, vor allem, weil sich gerade "jüngere" Tutoren auch sehr engagierten.

Weiterhin wichtig für die Studenten war die Diskussion darüber, ob ein Arzt unbedingt während des Interviews anwesend sein müsse, wie es manchmal gefordert wurde, entgegen allen Erfahrungen, die die AG in den letzten 13 Jahren sammeln konnten. Überall hatten sich die Gruppen ohne Arzt bewährt. Auch wurden wir zum ersten Mal mit der Frage konfrontiert, ob die Studenten während des Termins einen weißen Kittel tragen sollten oder nicht, was uns dazu brachte, uns über den Sinn und Zweck des Kittels über seine hygienischen Funktion hinaus auseinanderzusetzen. Weiteres Kopfzerbrechen bereitete die Arbeit in der Strahlenklinik: Wie reagiert eine Gruppe, wenn sie nur mit Krebspatienten konfrontiert wird?

Da so viele Tutoren mitarbeiteten, wurden für die Supervision vier Untergruppen gebildet, die alle einen eigenen Supervisor hatten. Zusätzlich vereinbarten die Tutoren ein gemeinsames Treffen einmal im Monat, zum einen, um ein Auseinanderfallen der Gruppe zu verhindern, zum anderen, um Informationen auszutauschen und zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit aktuellen Themen; außerdem wurde ein weiteres Wochenende zum besseren Kennenlernen geplant. Zur organisatorischen Unterstützung bildeten drei Studenten eine Art Sekretariat, sozusagen als zentrale Informationsbörse.

Welche Motive haben Studenten, die an Anamnesegruppen teilnehmen?

von Thomas Loew, Johanna Dembowski, Stefan Gerling, Christoph Hilger und Lisa Kottwitz

Uns hat interessiert, mit welchen Vorstellungen die Erlanger Studenten in die AG kommen. Deshalb habe ich die Teilnehmer des Wintersemesters 86/87 in einem Brief gebeten, vor dem Beginn der eigentlichen Gruppenarbeit einen Aufsatz zu schreiben. 21 der 36 Teilnehmer sind der Aufforderung nachgekommen. Die umfangreichste individuelle Stellungnahme war fünf Seiten lang.

Gefragt wurde nach den Beweggründen des einzelnen Studenten, in die Gruppe zu kommen. Ausschnitte aus diesen Berichten werden im folgenden vorgestellt:

"Jeder weiß, wie wichtig sie (die Anamnese) ist. Wahrscheinlich werde ich es im Laufe meines Studiums noch lernen, "gute Anamnesen zu machen." Was, wenn das nicht geschieht? Wer wird es mir beibringen? ...die offizielle Ausbildung an der Uni bietet mir kaum Möglichkeiten, mich in der Gesprächsführung mit Patienten zu üben und darin Erfahrungen zu sammeln. Darum freut es mich, daß ich dazu in einer von Studenten selbst organisierten AG Gelegenheit erhalte."

Es wurde auch gefragt, was dem einzelnen bei Gesprächen zwischen Arzt und Patient zum damaligen Zeitpunkt wichtig war. Fast alle legten Wert auf eine entspannte, persönliche Atmosphäre:

"In Situationen, in denen ich ohne Zeitdruck war und mich selbst in meiner Rolle als Betreuerin von Patienten wohlgeföhlt habe und langsam ein Verhältnis zu den Patienten aufbauen konnte, sind manchmal ohne großes Ziel gute Gespräche entstanden, so daß ich tatsächlich das Gefühl hatte, den Menschen näher kennengelernt zu haben. Manchmal war es ganz einfach, ein Wort gab das andere, manchmal habe ich mich ganz schnell zurückgezogen, vor allem

wenn mir ein Thema zu unangenehm, zu neu war (das Thema Sterben z.B.). Bei Ärzten, die mich zielstrebig ausgefragt haben, habe ich mich meist auch sehr schnell zurückgezogen. So nach dem Motto: Das geht ihn jetzt wirklich nichts an."

"Eine wichtige Voraussetzung für ein ergiebiges Gespräch... Darin sehe ich die Schwierigkeit: Während einer relativ kurzen Zeit Fremdheit zu überwinden. Vielleicht ist es auch möglich, trotz bestehender Distanz zwischen den Gesprächspartnern Wesentliches zu erfahren?..." Die Studenten wollen eine Beziehung zum Patienten aufbauen:

"Wichtig ist für mich momentan ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. So ein Vertrauen, daß der Patient weiß, daß er das alles, was ihm wichtig ist, auch erzählen kann, und daß mit dem Erzählten auch sorgfältig umgegangen wird, so daß er spürt, daß er in seiner ganzen Person ernst genommen wird... eine Person, wie sie gerade vor dem Arzt sitzt, und... bereit ist, von sich etwas preiszugeben. Zu diesem Vertrauensverhältnis gehört für mich auch und vor allem Ehrlichkeit."

Vielen ist bewußt, daß dies nicht leicht ist, und sie erhoffen sich hierbei eine Hilfestellung:

"Meine Erwartung ist, daß ich lernen kann, völlig fremden Menschen so entgegenzukommen, mich so mit ihnen zu unterhalten, damit eine Situation entsteht, in der diese Menschen tatsächlich über persönliche Bereiche mit mir sprechen können. Daß es ein Gespräch wird und kein Verhör. Ich möchte meine Scheu verlieren, privaten Erlebnissen, Gefühlen, Meinungen von mir zunächst fremden Menschen zuzuhören, oder sie sogar zu erfragen."

Weiter war von Interesse, welche Erfahrungen der einzelne bereits in Gesprächen sammeln konnte, z.B. in Situationen, in denen er selbst Patient war.

"Nach meinen...persönlichen Erfahrungen sind Gespräche zwischen Arzt und Patient oft geprägt von der Eile und der Hetze, der sich Ärzte heutzutage kaum noch entziehen können oder auch wollen. Sei es durch den Wunsch, eine möglichst große Menge an Patienten in geringstmöglicher Zeit durch die Praxis zu schleusen, oder aber, weil - und hier liegt die Schuld nicht beim Arzt allein - die Klinikroutine mit ihrer zunehmenden Bürokratie dem Arzt oft einfach die Zeit und somit die Möglichkeit zu einem intensiveren Gespräch nimmt..."

Eine große Bedeutung hatte auch die Gesprächstechnik:

"...hinderlich finde ich auch sehr unsystematisches Fragen; andererseits möchte man den Patienten aber auch nicht ständig ins Wort fallen..."

"...benötigt der Psychiater die selbe Information wie der Chirurg und umgekehrt? Kommt nicht auch der Patient mit ganz bestimmten Gesprächserwartungen zum Arzt? Da liegt es dann an jenem, diese Erwartungen zu sondieren und in der geeigneten Form zu erfüllen. Nur so wird es dann auch dem Arzt gelingen, aus dem begrenzten Kontakt einen Schritt in Richtung Vertrauen zu machen..."

Das Lernen in der Gruppe:

Ich möchte mit Hilfe der Gruppe ein Gefühl für Gesprächstechniken entwickeln. Wie spreche ich heikle Themen an? Drohender Tod, Sexualität, unaufgearbeitete Konflikte oder Erlebnisse... Ist Trost eine Aufgabe des Anamnesegesprächs?... Was ist, wenn wir zu tief bohren und Reaktionen bekommen wie Angst, Wut oder Trauer, mit denen wir nicht umgehen können?..."

Auch die Wahrnehmung spielt eine Rolle:

"Bewußtmachen..., wann anderen bestimmte Bewegungen, Wörter oder Reaktionen an einem beim Gespräch auffallen."

Weitere Themenbereiche waren das Erfassen des sozialen Umfeldes des Patienten und die Bedeutung der Krankheit für den Patienten. Bemerkenswert war in diesem Zusammenhang, daß viele auch an der Einstellung des Patienten zur Therapie interessiert waren.

Die Erhebung diente dazu, einen Einblick in die Gedanken der Studenten zu erhalten, eine Art Orientierungshilfe. Auffallend war, daß man ausgehend von den Ausführungen in Bezug auf die Erwartungen oder den Stil der Aufsätze praktisch nicht unterscheiden konnte, ob die Studenten im vorklinischen oder im ersten klinischen Abschnitt studierten, was ein Indiz dafür sein kann, daß es grundsätzlich im Medizinstudium an Patientenkontakt mangelt.

Auch die Erfahrung beispielsweise in Nachtwachen scheint nicht unbedingt mehr Sicherheit im Umgang mit den Patienten zu vermitteln, vielleicht, weil nicht ausreichend Anleitung hinsichtlich der Patientenbeziehung gegeben wird. Die AG scheinen hier wirklich eine "Marktlücke" zu schließen.

weiterführende Literatur:

Santorelli A. Praxis und Probleme der POM (Patientenorientierte Medizin) in Würzburg. Med. Diss., Würzburg, 1983

Kirzinger D. Das medizinische Anliegen der POM (Patientenorientierte Medizin) in Würzburg. Med. Diss., Würzburg, 1983

Was geschieht während eines Anamnesegruppen - Treffens?

von Thomas Loew

Kann jeder daran teilnehmen?

Möchte man sich ein Bild davon machen, wie AG - Arbeit konkret funktioniert, so nimmt man am besten daran teil. Während ich dies schreibe, ist mir jedoch bewußt, daß dies nicht jedermann möglich ist. Am ehesten wird es wohl dem Medizinstudenten gelingen, der sich für eine Mitarbeit entscheidet. Grundsätzlich glaube ich, wird es eine Ausnahme bleiben, daß eine Hospitans für einzelne in einer solchen Gruppenstunde realisiert werden kann. Die gruppenspezifischen Elemente sind sehr komplex, generell wird dies also von der jeweiligen Gruppe abhängig sein; es ist aber möglich. Die Schwierigkeiten für die Gruppe damit verbunden sein können, belegen die kontroversen Diskussionen, die in Zusammenhang mit der Anwesenheit von Ärzten während der Gruppentermine geführt wurden.

Umstritten ist z.B. meiner Erfahrung nach auch, ob Patienten bei der Diskussion dabei sein können. Ich habe es bisher zweimal erlebt, daß dieser Wunsch geäußert wurde, der dann höflich aber bestimmt einmal von dem Interviewer selbst, das andere Mal aus der Gruppe und von den Tutoren zurückgewiesen wurde. Zum einen wird das wohl an der relativ strengen Konzeption liegen, zum anderen stellt dieses "man bleibt unter sich" aber sicher auch eine

Schutzfunktion dar. Ich habe es aber auch schon erlebt, daß Patienten und sogar ihre Angehörigen bewußt in den Gruppenprozeß mit einbezogen worden sind. Das ist in den sogenannten "Monte Veritá"-Gruppen der Fall, die vor einigen Jahren in Ascona entwickelt worden sind.⁴⁸

Ich kann mir gut vorstellen, daß das Konzept sich im klinischen Bereich weiter verbreiten wird, also ebenfalls Angehörige des Pflegepersonals, die ja auch in engem Kontakt mit den Patienten stehen, und die natürlich ähnlichen Schwierigkeiten wie Ärzte oder Medizinstudenten begegnen, damit arbeiten werden, vielleicht sogar in gemischten Gruppen. Es ist durchaus vorstellbar, daß die themenzentriert arbeitende "peergroup" - gerade in Bereichen, in denen die Beziehung zueinander, das Gespräch und der Kontakt, sowie verborgene Ängste und Gefühle eine Rolle spielen - ihre Nachahmer finden wird.

Warum gibt es Protokolle?

Unsere Erfahrungen zeigen, daß die Studenten in einem viel größerem Maße Interesse an dem direkten Kontakt - in unserem Falle zum Patienten - haben, als das zum Beispiel bei Tonband - oder Videoaufzeichnungen ist, von Wortprotokollen ganz zu schweigen. Das liegt meiner Ansicht unter anderem auch daran, daß Mitschriften von Sitzungen oder audiovisuelle Aufzeichnungen nur einen Teil der vielschichtigen Prozesse wiedergeben können.

Gerade am Anfang, glaube ich, fällt es nicht leicht, sich in Gespräche hineinzusetzen, die man nicht selbst erlebt hat. Hat man jedoch einige Erfahrungen sammeln können, so wird es zunehmend leichter und spannender, die Gespräche anhand der Protokolle und mittels seiner eigenen Phantasie wieder lebendig werden zu lassen. Die Qualität eines Protokolles ist nicht abhängig von seiner Ausführlichkeit oder der Länge.

Im folgenden werden als Beispiele zwei ganz unterschiedliche Protokolle wiedergegeben, die dem Leser einen Eindruck verschaffen sollen, was in

⁴⁸Siehe Seite 114

den AG passiert. Ganz allgemein werden von AG - Sitzungen immer Protokolle angefertigt. Die Gesprächsmitschriften dienen als Dokumentation für die Klinik und den teilnehmenden Studenten. Selbstverständlich werden dabei die Prinzipien der Schweigepflicht gewahrt.

Um die Identität der Patienten, deren Anamnesen dargestellt werden, zu wahren, haben wir in den folgenden Protokollen neben dem Namen auch zahlreiche äußere Details verändert, so daß auf die konkrete Person keine Rückschlüsse möglich sind. Authentizität und Sinngehalt haben wir versucht zu erhalten. Die Protokolle werden hier in Originalfassung wiedergegeben. Als Beispiele haben wir ein eher im "Telegrammstil" gehaltenes und ein sehr ausführliches ausgewählt.

Protokoll A

von Martin Zimmermann

Dauer des Treffens von 19 bis 21 Uhr, des Gesprächs ca. 20 min.

Die Stimmung zu Beginn kann ich etwa wie folgt charakterisieren: Einige waren etwas müde, hatten einen langen Tag hinter sich. Wir waren doch sehr auf dieses Gespräch gespannt. S. und M. fehlten.

Interviewer: G.

Andreas, der Patient, 15 Jahre alt, ist zur Entfernung einer Zyste über der rechten Augenbraue in stationärer Behandlung. Er war vorher schon bei mehreren Ärzten zur Untersuchung. Die ca. 1 cm dicke, hervorstehende und bewegliche Zyste wurde Anfang des Monats unter örtlicher Betäubung entfernt. Aufgrund der Infektionsgefahr darf Andreas aber noch nicht nach Hause, was ihn sehr nervt. Auch liegt der histologische Befund noch nicht vor. Bereits im Säuglingsalter hatte er an der Stelle einen bläulichen "Hubbel", der jedoch wieder verschwand. Zu Ostern entstand dann besagte Zyste. Diese tat auch weh, war verschieblich und störte vor allem beim Brille-Tragen. Die Brille stört aber auch so. Weiterhin ist Andreas öfter erkältet, zur Zeit auch. Ihn stört sein dicker Bauch sehr, er treibt aber keinen Sport, und auf die Frage, "was er denn dagegen tue", antwortet er, "essen". Andreas ist ein Einzelkind, und er meint, seine Mutter habe schon genug mit ihm zu schaffen. Außerdem hatte er noch Mumps und Windpocken.

Blitz: G. ist halbzufrieden, überrascht. Gutes Bild von der Krankheit, sonst wenig. A. ist amüsiert, war letztes Mal fix und fertig, diesmal ganz lustig. M. ist unzufrieden, weil er sich vom Gespräch mehr erwartet hatte. Der Patient gab sich kurz angebunden, machte es dem Interviewer dadurch schwer. E. fand es kurz und schmerzlos, aber unbefriedigend. J. ging das Gespräch zu schnell los. L. fand es zu kurz; es fehlte etwas: Sozialanamnese.

Diskussion: Was fehlt? Viele meinen, das Eingehen auf persönliche Probleme. J. hätte gerne noch gefragt, was sich der Patient darunter (Zyste) vorstellt. Krebs? Hätte man nachfragen sollen? Problematisch!! G.: Offene Türen einrennen. Der Patient zeigt kein großes Interesse. Ist nicht persönlich berührt. G. ging es in diesem Alter genauso - es ist schwer weiterzufragen. Ist der Patient sensibel? Meinung der Gruppe: nein!

Der Patient spielt seine Rolle, hat auf jede Frage sofort eine Antwort parat und blockt sofort ab, wenn es tiefer geht.

G. hatte ein Buch während des Interviews aufgeschlagen - stört den Patienten (?). G. als Lehrmeister: "Machst Du wenigstens Schulsport?" Weil der Patient noch jung ist, verführt das dazu, Ratschläge zu geben - kommt schlecht an. Auf Fettsein eingehen:

stört ihn das? Probleme mit Freunden? Man hätte direkt fragen können. Auch nach Hobbies hätte man fragen können.

G. glaubt, daß der Patient in einem Zweiergespräch eher über seine persönlichen Probleme sprechen würde und nicht vor so vielen Leuten, wegen seines Alters. Der Vater ist ein weißes Blatt.

G. hat sich in die Rolle des behandelnden Arztes versetzt. Wenn der Patient keine Beschwerden hat, warum der Wink mit dem Zaunpfahl; ist es dann gerechtfertigt weiterzupuhlen? Wo hören meine Fragen auf? Der Patient kommt nur wegen diesem oder jenem, und will sich weiter gar nicht öffnen, auch wenn er mehr Probleme hat. Grundsätzliches Problem: Muß ich als Arzt auf "private" Probleme eingehen, wenn ich merke, es gibt welche? - Spekulationen: Was soll ich dann als Arzt noch weiter darauf eingehen?

L. bringt neue Aspekte ein: Information vom Oberpfleger, die sie schon vor dem Gespräch erhalten hatte: Der Patient ist ein Muttersöhnchen, heult dauernd, labil, nicht selbstbewußt. Dies ist beim Gespräch nicht rausgekommen und auch bei der Gruppe nicht angekommen. Beim Wegbringen beklagte sich der Patient über Untersuchungen durch PJler. Reaktion der Gruppe: wenn wir das vorher gewußt hätten, wäre das Gespräch anders verlaufen. J. hätte einen Bogen um alles Psychische gemacht. G. hätte das voll angesprochen. Offener Punkt: Soll das Gespräch mit oder ohne Vorinformationen laufen?

J.: Wie reagiert die Mutter auf seine Krankheit? War ja bei 'zig Ärzten! War ihm das zuviel? Stinkt ihm möglicherweise selber. L.: Soziales Umfeld wäre aber doch interessant gewesen. Auch oder gerade wenn man schon vorher gehört hat, daß er öfters heult. E.: Beziehung zu Freunden? Lernerfolg in der Schule? G.: Offenheit des Patienten spielt eine wichtige Rolle. Welche Erwartungen habe ich als Patient in Bezug zur Klinik und zur AG?

Schlußblitz: J.: Chaotisch; viele Fragen wurden aufgeworfen, weiter darüber nachdenken, gemischte Gefühle, ein bißchen unzufrieden. E. fühlt sich kaputt; Grundsatzfragen kamen auf's Programm; Fragezeichen! L. ist aufgedreht wegen Vorinformationen; G. ist müde; etwas unzufrieden; wichtige Themen wurden angesprochen; größere Disziplin bei der Diskussion wäre nötig. A., müde; interessante Themen; Kritik an die Runde: lobende Worte fehlen. M.: Kritik ist zum Lernen da, aber auch Lob hat Lerneffekt; soz. Umfeld fehlt. A.: Zu harte und zu viel Kritik.

J.: Lob fehlt. G. hart im Nehmen; "Die Sache war gut", kann auch zum Lerneffekt beitragen". L. fand Mimik und Sprachstil gut; sympathische Art. J. fand gut, daß G.

klare Vorstellung davon hatte, was er im Gespräch machen wollte;

Fazit:

Gerade das Alter des Patienten war für uns heute problematisch. Wir sollten noch einmal über unser unterschiedliches Verhalten gegenüber Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sprechen, und auch über die Rolle, die wir als Mann/Frau spielen. Wichtig ist es, Gefühle anzusprechen, die der Patient in uns weckt. Außerdem sollten wir Lob nicht vergessen und mehr Disziplin üben.

Protokoll B

von Katrin Friedrich

1. Blitz:

N.: Weiß nicht, ob sie aufgeregt ist, da sie den ganzen Tag gelernt hat.

Sy.: Für sie war der bisherige Tag ein blöder Tag. Sie hat viel geschlafen und sich dazwischen viel ärgern müssen.

T.: Hat viel Lust auf Anamnese.

TT.: Hat jemand Interessanten auf einem Seminar kennengelernt und mußte wegen der AG früher gehen.

R.: Geht es gut.

Dr.: Kommt gerade von einem Seminar und erwartet, daß das Gespräch heute gut läuft.

Si.: Hat heute viel gelernt, aber es hat ihr Spaß gemacht, weil sie den Eindruck hat, daß es ihr viel gebracht hat.

K.: Fühlt sich müde und hofft, daß sie beim Protokollschreiben mitkommt.

J.: Sie ist noch nicht ganz da, denn ihre Großmutter hatte einen Schlaganfall.

Nicki begrüßt Herrn L. und stellt sich vor; beide setzen sich. Herr L. muß eine kurze Verschnaufpause einlegen, bevor er die erste Frage beantworten kann.

N.: Warum sind Sie hier?

Pat.: Vor einem halben Jahr war ich schon einmal hier, damals hatte ich Herzbeschwerden, Asthma und Bronchitis. Der Hausarzt hat damals etwas Verkehrtes gespritzt, kann ja mal passieren. Dann bin ich hierhergekommen mit Blaulicht, ich habe die ganze Nacht Schleim und Wasser gebrochen. Zufällig hat man noch zwei Magengeschwüre gefunden. Nach der Entlassung war, bis ich jetzt wieder eingeliefert wurde, alles gut. Am letzten Mittwoch bin ich mit hohem Fieber (39.5°) und starkem Brechreiz eingeliefert worden. Mir wurde gesagt, daß ich ein Magengeschwür im Anfangsstadium habe. Mit Asthma hatte ich nicht mehr so viel zu tun.

N.: Sie sind seit letzten Mittwoch hier?

Pat.: Ja, in der Nacht zwischen Mittwoch und Donnerstag bin ich gekommen. Seit Dienstag habe ich keinen Appetit mehr; zuerst habe ich mir dabei nichts gedacht, es war sehr heiß an diesem Tag, und ich bin schon 65 Jahre alt. Doch dann hatte ich plötzlich ganz hohes Fieber. Im November war ich das erste Mal hier und nun wieder.

N.: Glauben Sie, daß ihre jetzige Erkrankung etwas mit dem Asthma zu tun hat?

Pat.: Ich habe seit sechs Jahren Asthma, ich denke, es hat damit zu tun. Ich habe 16 Jahre lang an Hochöfen gearbeitet, da bin ich ständig mit Ammoniak und Gasen in Berührung gekommen.

N.: Haben sie wegen des Asthmas die Arbeit aufgegeben?

Pat.: Nein, ich bin seit 3 Jahren in Rente; früher habe ich 60 bis 70 Zigaretten am Tag geraucht, aber ich habe seit zwei Jahren damit aufgehört.

N.: Ist Ihnen das nicht sehr schwergefallen?

Pat.: Nein, ich habe von einem Tag auf den anderen damit aufgehört. Meine Frau raucht nicht, da ist mir das Aufhören leicht gefallen.

N.: Gingen die Symptome schnell vorbei?

Pat.: Seit vier Tagen habe ich wieder Appetit, aufgrund der guten Behandlung.

N.: Hatten Sie vorher keinen Appetit?

Pat.: Ich hatte schon mal Hunger, aber als ich am Tisch saß, war der ganze Appetit wieder vorbei. Zu Hause habe ich drei Tage nichts gegessen. In der Klinik war ich am Tropfer.

N.: Wie hat es Ihre Frau aufgenommen?

Pat.: Meine Frau hat es ziemlich schwer genommen. Sie ist im Krankenwagen mitgefahren und kommt mich jeden Tag besuchen. Wir wohnen in B.

N.: Glauben Sie, daß die Krankheit im Griff ist?

Pat.: Sie ist sogar sehr im Griff, allerdings habe ich bei zu heißem Wetter mit der Luft Schwierigkeiten.

N.: Nehmen Sie Medikamente?

Pat.: Ja, für die Luft, aber ich kann nicht mehr schwer heben. Meine Frau geht arbeiten, ich führe den Haushalt; ich bin sozusagen Hausmann. Sie arbeitet in der Stadt von früh bis Mittag. Wenn sie nach Hause kommt, ist der Haushalt schon fertig.

N.: War es eine schwere Umstellung vom Beruf zum Rentnerdasein?

Pat.: Ja, es war eine große Umstellung, besonders wenn man hart gearbeitet hat. Manchmal bin ich morgens aufgestanden und wollte zur Arbeit gehen, da hat meine Frau gesagt: "Bleib' doch liegen, Du kannst doch zu Hause bleiben!"

N.: Haben Sie den Beruf ausgeführt, den Sie erlernt haben?

Pat.: Nein, ich habe Metzger gelernt. Im Krieg war ich neun mal verwundet, dann habe ich in einem Bergwerk gearbeitet, dann in einer Gießerei, immer in der Hitze. Ich habe die erste Frau verloren, dann habe ich in B. die zweite Frau kennengelernt.

N.: Haben Sie sich bevor Sie in Rente gingen auch schon den Haushalt geteilt?

Pat.: Ja, so gut es ging.

N.: Haben Sie Kinder?

Pat.: Vier Kinder aus erster Ehe. Sie sind 41, 38, 36, und 33 Jahre alt.

N.: Haben Sie auch Enkelkinder?

Pat.: Vier Enkelkinder.

N.: Wie ist der Kontakt zu den Ärzten?

- Pat.: Sehr gut, wenn man etwas wissen will, bekommt man eine höfliche und genaue Auskunft.
- N.: Und die Schwestern?
- Pat.: Genauso, man kann sich nicht beklagen.
- N.: Was ist bei Ihnen gemacht worden?
- Pat.: Ich habe Flaschen und Spritzen bekommen. Außerdem ist eine Magenspiegelung gemacht worden, und die Lunge ist untersucht worden, der Magen ist geröntgt worden, und heute habe ich Ultraschall bekommen. Den Befund weiß ich aber noch nicht.
- N.: Wie sehen Sie dem entgegen, wenn Sie nach Hause kommen?
- Pat.: Ich werde mich danach richten, was ich zu Hause machen darf, ich habe mich auch nach dem ersten Mal daran gehalten.
- N.: Warum, glauben Sie, ist es ein zweites Mal passiert?
- Pat.: Vielleicht, weil ich kaltes Bier getrunken habe.
- N.: Worauf müssen Sie achten?
- Pat.: Normal leben und aufpassen, daß es nicht nochmal passiert.
- N.: Haben Sie Hobbies?
- Pat.: Ich habe ein Zweisitzer - Moped, mit dem fahre ich gern in den Wald hinaus. Meine Frau fährt immer mit. Allein ist es langweilig, und mit den Bäumen kann man sich nicht unterhalten.
- N.: Haben Sie viel zu tun im Haushalt?
- Pat.: Es geht. Zu zweit macht man nicht viel schmutzig, und z.B. Staubwischen reicht einmal in der Woche.
- N.: Fahren Sie auch in den Urlaub?
- Pat.: Ich fahre im August mit meiner Frau nach Tirol, meine Frau kommt von da.
- N.: Kommen Sie die Kinder auch besuchen?
- Pat.: Die kommen mich auch besuchen. Sie wohnen im Westerwald und in Stuttgart, das ist schon weiter weg. Wir haben sehr guten Kontakt zu meinen Kindern, sie waren nie frech, und ich habe sie auch nicht mit Schlägen aufgezogen. Bei uns gibt es auch keinen "Vater". Meine Kinder reden mich mit dem Vornamen an, außer wenn wir unter Leuten sind. Die freundschaftliche Begegnung mit seinen Kindern ist wichtiger als die väterliche Begegnung. Man muß mit der Jugend gehen, nicht mit dem Alter.
- Pat. (wendet sich an die Gruppe): Ich stehe jederzeit für jeden für Fragen zur Verfügung, jeder kann fragen.

- N.: Wir haben in unserer Gruppe vereinbart, daß immer nur einer, der Interviewer, Fragen an den Patienten richtet, da andere Patienten durch viele Fragende irritiert werden könnten.
- Pat.: Wir haben früher beim Militär viele Gruppengespräche gemacht, man soll immer sagen, was man denkt.
- N.: Das ist eine gute Einstellung. Wir bedanken uns für dieses Gespräch.

Herr L. verabschiedet sich von jedem Studenten mit Handschlag. Zuerst gibt er allen Frauen die Hand, dann erst kommen die Männer dran.

2. Blitz:

- N.: Fühlt sich gut, das Gespräch hat ihr viel Spaß gemacht. Sie glaubt, daß die Krankheiten zu kurz gekommen sind, und das andere im Verhältnis zu lang gedauert hat. Sie fühlte sich etwas unsicher, auf die Krankheiten einzugehen, weil sie davon eben noch nicht soviel weiß.
- Sg.: Das Gespräch mit dem Patienten hat ihr gefallen. Es war genau die richtige Mischung. Ihr hat das Gespräch etwas gebracht.
- T.: War erstaunt über die heile Welt, alles ist anscheinend prima, er ist sich aber nicht sicher, ob alles wirklich so ist.
- TT.: Es hat eine gute Atmosphäre geherrscht, aber er hat Nicki in der Hand gehabt. Es ist wahnsinnig schwer, da wieder raus zu kommen.
- R.: Das Gespräch war schön.
- Dr.: Fühlt sich wohl; er fand das Gespräch kompakt und in einer angemessenen Zeit geführt. Er hätte auch gar nicht so gerne ein dreiviertel-Stunden bis Stunden-Gespräch gehabt. Der Patient hat gutes Auskommen signalisiert.
- Si.: Es war ein gutes Gespräch; hat dem Patienten aber nicht alles geglaubt.
- K.: Hat gar nicht bemerkt, daß die Zeit schon vorbei ist. Sie hätte noch länger zuhören können. Sie hat den Patienten so empfunden, als ob er ein Märchenonkel gewesen wäre, der gerade eine Geschichte erzählt.
- J.: Fühlt sich im Zwiespalt bei dem Patienten; auf der einen Seite findet sie ihn militärisch zackig - abstoßend, auf der anderen Seite war er ihr sympathisch.

Diskussion.:

- J.: Was meint ihr dazu? Was haltet ihr von dem Patienten?
- R.: Der Patient hat den Mund beim Sprechen nicht richtig aufgekriegt; am Rand hat die Haut so gespannt, mich hätte interessiert, was das ist.
- K.: Mich hätten seine Kriegsverletzungen noch genauer interessiert.
- Sy.: Der Patient ist sehr vielfältig, wenn man alles gefragt hätte, hätte man den Rahmen gesprengt.
- Si.: Mich hätten aber schon noch andere Krankheiten, wie z.B. Kopfschmerzen interessiert, oder was er sonst noch hat.
- N.: Das habe ich tatsächlich vergessen zu fragen.
- TT.: Die Johanna hat eigentlich gefragt, was wir von dem Patienten halten, aber wir sind darauf gar nicht eingegangen. Ich habe bereits ein festes Bild von ihm. Nimmst Du ihm das mit dem Hausmann ab?
- N.: Das nehme ich ihm nicht ganz ab.
- Si.: Es ist komisch, aber ich habe den Eindruck, er wollte uns gefallen.
- TT.: Warum?
- Si.: In der Kindheit muß man sich so verhalten, daß man anderen gefällt und beim Militär kann man auch nicht sagen, was einem nicht gefällt.
- Sy.: Er hat wahrscheinlich die Einstellung, daß man sich integrieren muß, um weiter zu kommen, und wenn's gar nicht mehr geht, muß man halt hart sein und es aushalten. Ich denke, daß ist so eine Überlebensstrategie.
- J.: Obwohl er krank ist, macht er einen zufriedenen Eindruck. Was ich komisch fand, war am Anfang, als er gesagt hat: "Moment, ich muß Luft holen", aber der Moment war viel zu kurz, um Luft zu holen. Ich fand, er hat von Anfang an das Gespräch voll im Griff gehabt.
- Si.: Aber wie soll man das Gespräch leiten, ich dachte, gerade am Anfang soll man offene Fragen stellen?
- N.: Ich bin dem nachgegangen, was er gesagt hat, und habe mich dadurch nicht an eine gewisse Reihenfolge gehalten.
- K.: Es ist viel positiver, wenn ein Patient von sich aus etwas erzählt, als wenn man ihm alles aus der Nase rausziehen muß, und dadurch kann man dann eben nicht mehr eine gewisse Reihenfolge einhalten. Ich hatte auch dem Eindruck, daß dem Patienten die Gruppe gefallen hat.
- Sy.: Ein Gespräch zu führen, scheint ihn zu interessieren; er ist auch gerne mit jungen Leuten zusammen.

- J.: Ich glaube, es war eine nette Unterhaltung für ihn, auf dem Rückweg hat er zweimal betont, daß ihm das Gespräch mit dir auch etwas gebracht hat.
- R.: Ich finde es witzig, daß jeder an etwas anderes denkt.
- TT.: Was war für den Patienten wichtig?
- Si.: Das Zusammenleben mit seiner Frau; er unternimmt alles mit seiner Frau zusammen, er hat sein Leben gemeinsam verbracht.
- Sy.: Er sucht eine echte Beziehung zu anderen Menschen; er braucht ein gutes Auskommen.
- K.: Ich habe den Eindruck, daß ihm seine Freizeit auch schon immer wichtig war, nicht nur die Arbeit, wie beim letzten Patienten; er fährt ja z.B. auch in den Urlaub.
- N.: Als ich ihm nach seinen Hobbies gefragt habe, hat er aber nicht so viel gesagt, mit dem Moped fahren kann man ja auch nicht immer.
- TT.: Elementar für ihn war sein Soldatenleben, aber Nicki hat ihn frecherweise nicht mehr danach gefragt, obwohl er gerne darüber erzählt hätte. Seine Arbeit ist, das zu tun, was zu ihm gesagt wird. Ich habe ein unangenehmes Gefühl dabei. Er hat das typische Soldatenhobby, und zwar braust er mit dem Motorrad und seiner Frau durch den Wald. Er ist genau die Sorte Patient, mit der ich nicht zurecht komme. Er bietet dem Arzt ein gutes Verhältnis an, aber er fordert viel. Ich hätte Angst, daß ich seine Forderungen nicht erfülle.
- Si.: Er hätte aber auch gerne von seinen Kindern erzählt.
- T.: Den strengen Gehorsam sehe ich auch wie Thomas, aber welche Forderungen? Die falsche Spritze von seinem Hausarzt steht doch genau im Gegensatz dazu.
- TT.: Aber ich habe auch Mitleid, er hat sein ganzes Leben hart gearbeitet; es sind Forderungen von mir an mich selbst.
- K.: Für mich paßt er gar nicht in dieses Soldatenschema hinein. Er hat z.B. betont, daß er seine Kinder nie geschlagen hat und gern mit der Jugend zusammen ist. So ein richtiger konservativer Typ würde doch lieber mit seinen alten Kameraden über Kriegserlebnisse sprechen.
- J.: Seine Frau ist der weiche Teil von ihm, er braucht auch noch diesen anderen Teil.
- N.: Als Offiziersanwärter diskutiert man beim Militär nicht zusammen.
- R.: Unter dem Eindruck vom Krieg konnte er seine Kinder vielleicht nicht autoritär erziehen.

- Sy.: Ich kann mir nicht vorstellen, daß er tatsächlich der harte Mann ist.
- R.: Er hatte neun Kriegsverletzungen; das ist für mich so, als ob einer immer wieder ins Feuer langen würde.
- Sy.: Seine Frau hat im Krankenwagen geweint.
- J.: Er ist der harte Mann, und seine Frau darf weinen und Angst haben.
- T.: Ich bin mir jetzt nicht mehr sicher, ob ich ihn noch in das Soldatenbild einordnen kann, aber er hat etwas Zackiges drauf.
- Sy.: Zuhause wischt er Staub und wartet darauf, daß seine Frau kommt; ich glaube, er liebt sie.
- T.: Woher weißt du, ob er sie liebt?
- Sy.: Ich habe eben dieses Gefühl. Seine Frau hat er auch immer wieder erwähnt.
- TT.: Wie geht es euch mit der Angst, die ich vorhin geschildert habe, die Angst seine Forderungen nicht erfüllen zu können?
- Sy.: Nein, er ist umgänglich, er stellt als Patient Forderungen, womit er auch recht hat. Entweder ich habe bei jedem Patienten Angst, die Forderungen nicht zu erfüllen, oder gar nicht.
- N.: Warum kritisiert er z.B. nicht die falsche Spritze vom Hausarzt? Er weiß auch nicht, welche Medikamente er genommen hat. Er kümmert sich nicht um seine Krankheit.
- K.: Ich nehme schon an, daß er sich damals sehr über die falsche Spritze geärgert hat, aber die Sache ist ja nochmal gut ausgegangen, und jetzt im nachhinein ärgert er sich nicht mehr.
- TT.: Wie ist es für ihn, wenn der Arzt ihm sagen würde, daß er Magenkrebs hat?
- T.: Ich hätte da nicht so ein schlechtes Gefühl dabei, wie beim letzten Patienten. Er ist mir nicht so sympathisch, als daß ich Mitleid mit ihm hätte.
- K.: Ich fand es sehr positiv, daß es ihm gutgeht; nicht wie den meisten anderen Krankenhauspatienten, denen es wirklich sehr schlecht geht. Warum soll es nicht einmal eine älteren Patienten geben, der zufrieden ist und ausgeglichen.
- N.: Als ich zum zweiten Mal gefragt habe, ob es schlimm für ihn war, ins Krankenhaus zu kommen, dachte ich einen kurzen Augenblick, er würde gleich weinen - vielleicht die Angst es nicht zu überleben?
- Sy.: Jetzt beurteile ich auch seine Soldatenzeit anders. Er muß schon öfter das Gefühl gehabt haben : Jetzt ist es aus.
- N.: Ich habe das Gefühl, daß er da abblockt.

- TT.: Ist das der Punkt, wo er Hilfe braucht - bei der Angst vor dem Sterben?
- J.: Kann er mit seiner Frau darüber sprechen, oder muß er da der Starke sein?
- Sy.: Ich glaube schon, daß er darüber sprechen kann. Wenn ich in seiner Situation wäre, würde ich auch eher von den Schmerzen, also von objektiven Dingen erzählen, und nicht von Gefühlen.
- N.: Aber ich habe ihn direkt danach gefragt?
- Sy.: Mich würde interessieren, wie alt seine Frau ist; wenn sie jung ist, ist es blöd, mit ihr über das Sterben zu sprechen.
- TT.: Inwieweit berührt uns das? Ist es unser Bier, auf dieser Ebene mit dem Menschen zu kommunizieren?
- K.: Falls er tatsächlich eine bössartige Erkrankung hätte, wäre es schon unser Bier, mit ihm darüber zu reden.
- T.: Ich würde ihm dieses Thema nicht aufzwingen, nur wenn er mich darauf anspricht. Ich möchte das Bild der heilen Welt in ihm nicht zerstören.
- J.: Die Zeit ist um.

3. Blitz:

- N.: Die Diskussion war nicht so interessant wie sonst.
- Sy.: Die eine Hälfte war ich geistig abwesend. Schade!
- T.: Mir hat es heute nicht schlechter gefallen, als die letzten beiden Male auch.
- TT.: Ich war erstaunt über die Tiefe der Diskussion - Wie eine Spirale. Ich fand es schade, daß R. am Schluß abgetaucht ist.
- R.: Ich würde gerne die Diskussion im nachhinein aufarbeiten, es wäre interessant aufzulisten, was jeder einzelne gesagt hat.
- Si.: Ich habe gemischte Gefühle, einiges habe ich nicht akzeptieren können. Die ersten drei Diskussionen haben mir mehr gebracht.
- K.: Mir hat die Diskussion heute besonders gut gefallen. Ich habe mir ein bestimmtes Bild gemacht, wie ich so am liebsten sein möchte, wenn ich alt bin, und zwar so ähnlich wie die "Maud" in dem Film "Harold and Maud"; und der Patient war heute ein bißchen ähnlich - lebensfroh auch im Alter.

J.: Mir hat das Gespräch gut gefallen, auch wenn das Zackige mich gestört hat. Aber wir sind ja mit keinem Patienten so recht zufrieden. Letztes Mal hatten wir einen, der nicht mitgemacht hat, und heute haben wir einen, der zu allem Ja und Amen sagte.

Was könnte umgekehrt der Patient die Teilnehmer einer Anamnese-Gruppe fragen?

von Christine Rieger

In meiner Arbeit als Tutorin in den AG warfen die Gruppenmitglieder sehr oft die Frage auf: "Was hat der Patient davon, wenn er von uns über intime Lebensbereiche befragt wird, dann aber nach dem Gespräch wieder im Klinikalltag alleingelassen wird?" Die Gruppe empfindet ein Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen in der Beziehung zu dem Patienten, denn sie hat neben dem Interview die Möglichkeit dieses Gespräch als Diskussionsgrundlage zu verwenden und davon zu lernen. Aber was bleibt für den Patienten? Was geben wir ihm als Gruppe?

Diese Gedanken waren die Motivation für Nachgespräche mit Patienten, die in einer AG interviewt worden waren.⁴⁹ Die Mehrzahl gab an, daß sie sich wohlfühlte und den Eindruck hatte, in den Gesprächen ernstgenommen zu werden. Die Reaktionen reichten von "endlich mal eine Möglichkeit gehabt zu haben sich auszusprechen" bis zu "Freude über diese Abwechslung im Klinikalltag".

⁴⁹Im WS '86/'87 wurden 20 zufällig ausgewählte Patienten (von insgesamt 36, die sich in diesem Semester für ein Gespräch in einer AG zur Verfügung gestellt hatten) an einem der darauffolgenden Tage von zwei Tutoren (M. und T. Loew) nochmals befragt,

- ob es einen Einfluss auf sie hatte, daß eine Gruppe dem Gespräch zugehört hat,
- wie sie sich während des Gespräches gefühlt haben, und ob sie den Eindruck hatten, daß es sich um ein ärztliches Gespräch handelte.

Die Aussagen wurden in Gedächtnisprotokollen festgehalten. Aufgrund des methodischen Ansatzes lassen sich jedoch keine allgemeingültigen Schlüsse aus dieser Untersuchung ziehen. Deutlich werdende Tendenzen in der Einschätzung der AG dienten deshalb nur zur internen Information und wurden auch nicht veröffentlicht.

Ich denke aber, daß keine noch so umfangreiche Untersuchung - unsere bezog die Patienten mit ein - dazu beitragen würde, uns, die wir mit AG zu tun haben, alle Schuldgefühle gegenüber Patienten abzunehmen. In jeder neuen Gruppe werden sie immer wieder wach, besonders am Anfang; sie hängen stark mit den Ansprüchen zusammen, wieviel wir einem Patienten in einem einmaligen Gespräch geben "sollten". Gerade die Einsicht, daß ein einmaliges Gespräch nicht dem patientenorientierten Umgang der Ärzte und des Pflegepersonals mit den Patienten ersetzen kann, wäre vielleicht ein Schritt hin zur Integration des AG - Gedankens in die Stationsarbeit. Balintgruppen oder Teamsitzungen für das Pflegepersonal und die Ärzte, die den ständigen Kontakt mit den Patienten haben, würden ihnen ermöglichen, ihre Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten zu bearbeiten. Sensibilität zu entwickeln und eine Bereitschaft, sich auf eine bewußte Wahrnehmung der Beziehung zum Patienten einzulassen, stelle ich mir sinnvoller und effektiver vor, als in Schuldgefühlen gefangen zu sein, letztendlich auch für die Patienten.

Mit dem in unseren Gruppen vielbenützten Satz "um aber wieder zum Patienten zurückzukehren" möchte ich zu einem kleinen Experiment überleiten. Man stelle sich vor, eine soeben in einer AG interviewte Patientin kommt nach dem Gespräch auf die Idee, nun die Gruppe zu befragen.

Ich habe mir Fragen überlegt, die Frau B. interessieren könnten, und mir überlegt, welche Antworten sie aus der Gruppe wohl erreichen würden:

Frau B.: "Wieso interessieren Sie sich so für meinen privaten Hintergrund?"

Gruppe: "Weil wir dann eine bessere Vorstellung von Ihrer Person haben. Manchmal können private Probleme Krankheiten verursachen oder ungünstig beeinflussen."

Frau B.: "Besteht nicht die Gefahr, daß Sie mir dann psychische Probleme unterstellen, die ich gar nicht habe, und lenkt das nicht von der eigentlichen medizinischen Fragestellung ab?"

Gruppe: "Nein. Uns ist diese Gefahr bewußt. Gerade deswegen diskutieren wir in der Gruppe darüber. Beschwerden, bei denen keine medizinischen Befunde zu erheben sind, sollten auf keinen Fall pauschal als psychisch verursacht eingestuft werden."

Frau B.: "Was besprechen Sie denn im Gespräch danach über mich?"

Gruppe: "Wir versuchen gemeinsam, einen Eindruck von Ihnen, Ihrer momentanen Lebenssituation und Ihrer Beschwerden zu gewinnen. Dabei erzählen wir uns auch, welche Bilder uns spontan im Kopf herumgehen, sozusagen unsere Phantasien, die während des Gesprächs oder in der Diskussion in uns aufsteigen. Das soll helfen, Sie und den Interviewer besser zu verstehen. Und nicht zu vergessen, wir reden auch über das "Gespräch" das ohne Worte neben dem eigentlichen Interview zwischen Ihrem Gesprächspartner und Ihnen stattfindet, wie Gesten oder andere Reaktionen, z.B. ein paar versteckte Tränen, Unruhe, Pausen im Gespräch und ähnliches."

Frau B.: "Was hat die Gruppe mit der Klinik zu tun?"

Gruppe: "Bis auf die Tatsache, daß uns die Ärzte die Patienten für das Interview vorschlagen, und der eine oder andere manchmal zuhört, sehr wenig. Wir möchten nicht, daß sich ein Arzt aktiv an der Diskussion beteiligt. Das könnte ablenken von der eigentlichen Aufgabe, die wir uns gestellt haben, nämlich etwas über die Beziehung zum Patienten und die Gesprächstechnik zu lernen. Klinische Fragestellungen, Krankheitslehre, Untersuchungsbefunde oder die sogenannte Differentialdiagnose, d.h. das Abgrenzen des vorliegenden Krankheitsbildes von anderen ähnlichen, können wir in anderen Veranstaltungen lernen. Unsere AG versteht sich als eine studentische Initiative."

Frau B.: "Initiative wofür? Ich bin jetzt schon zwei Wochen in der Uniklinik und werde bald jeden dritten Tag von einer anderen Studentengruppe untersucht. Die können dabei doch viel lernen."

Gruppe: "Das stimmt schon. In den Untersuchungskursen interessieren uns in erster Linie die rein medizinischen Aspekte. Aber da ist die Zeit auch meistens zu kurz, eine ausführliche Anamnese zu machen. Wir müssen uns beeilen, da die Ärzte, die hinterher mit uns die Befunde, die wir erhoben haben, besprechen, sehr wenig Zeit haben. Wie bereits angedeutet, ist das Ziel unserer Gruppen die Gesprächsführung zu lernen und selbst zu praktizieren, und sich dabei der Kritik anderer zu stellen."

Frau B.: "Brauchen Sie dazu nicht die Hilfe von Psychologen? In Ihrer Gruppe sind doch nur Studenten."

Gruppe: "Die wären viel zu teuer. Es gibt in jeder Gruppe zwei Tutoren, die eine gewisse Ausbildung erhalten haben und sich regelmäßig mit ärztlichen Supervisoren treffen, um Probleme, die in der Gruppe auftauchen, zu besprechen."

Frau B.: "Ja, dann hoffe ich, daß es Ihnen in Ihrer Gruppe auch gelingt, was Sie sich vorgenommen haben, umzusetzen."

Schön wäre es, wenn solch ein Gespräch spontan zustandekommen würde. Meiner Erfahrung nach wird den Patienten in den Vorgesprächen, wenn die Studenten sie zum ersten Mal aufsuchen und bitten, sich für eine AG zur Verfügung zu stellen, viel zu wenig klar, was wir wollen, und wir landen in der Schublade: "Die gehören irgendwie auch zu dem unüberschaubaren Klinikbetrieb". Es wäre noch zu klären, ob es die Patienten überhaupt interessiert, was uns motiviert. Sind sie nicht viel zu sehr mit sich und ihrer Krankheit beschäftigt? Das stimmt sicherlich, aber sie müssen sich zusätzlich zu ihrer Krankheit auch mit ihrer eigenen Rolle im Krankenhaus und dem Betrieb dort auseinandersetzen. Ungefragt müssen sie sich eingliedern. Und wieso sollten nicht auch sie einmal fragen, wer was an und mit ihnen macht, und so auch die Frage an uns AG richten.

Michael Balint stellte die patientenorientierte Medizin der krankheitsorientierten gegenüber:

- "1. Jede ...verlangt verschiedene Beobachtungen. Krankheitszentrierte Medizin beruht auf Beobachtungen durch einen unbeteiligten, objektiven Beobachter, während patientenzentrierte Medizin Beobachtungen durch einen teilnehmenden oder einen beteiligten Beobachter erfordert.
2. Jede erfordert verschiedene Denkweisen. Die heutige Medizin denkt, wenn irgend möglich, in den Begriffen von pathologisch veränderten Körperteilen oder Teilfunktionen des Körpers, d.h. in den Begriffen von Krankheiten; die patientenzentrierte Medizin hingegen denkt in Begriffen von Persönlichkeitsproblemen, Konflikten und gestörten menschlichen Beziehungen sowie in denen organischer Krankheit.

3. Jede verlangt vom Arzt eine andere Art der Beziehung zum Patienten. Die krankheitszentrierte Medizin erlaubt dem Arzt, Informationen zu verwenden, die er nicht selbst erhalten kann (Röntgenbilder, Berichte von Sozialarbeitern, Laboruntersuchungen, psychiatrische Konsultationen), um diese für die Behandlung ohne Zustimmung oder Teilnahme des Patienten zu verwenden. Im Gegensatz dazu muß die allein verwendbare Information in der patientenzentrierten Medizin dem Patienten wie dem Arzt gleichermaßen bekannt sein."⁵⁰

Der dritte Punkt beinhaltet sehr deutlich die Forderung, daß auch der einzelne Patient die Gelegenheit haben sollte, das ganze System zu durchschauen. Da wir durch unsere AG uns selber eine Möglichkeit einer patientenzentrierten Medizinerbildung bieten, trifft dieses Ziel auch für unsere Arbeit zu.

Mehr Durchschaubarkeit - Transparenz - danach verlangt der Patient oft hilflos im Krankenhaus und wird dabei als renitent verkannt. Transparenz, die auch uns Studenten sehr am Herzen liegt, ist bedeutsam für unseren späteren Alltag mit den Patienten, muß aber oft wegen Arbeitsüberlastung und der Angst vor Gefühlen, wie z.B. der Hilflosigkeit angesichts des Leidens des Patienten dem Schweigen weichen.

Es bleibt zu hoffen, daß der Mut zu mehr Transparenz irgendwann unsere Ängste im Studium und im Beruf überwältigt!

Rückblick einer Teilnehmerin

von Elke Hofmann

Nachdem die Erwartungen von Studenten vor Beginn der AG - Arbeit geschildert wurden, sollen nun Auszüge aus einem Bericht einer Studentin, die am Ende eines Semesters Gruppenarbeit über ihre Erfahrungen berichtet, wiedergegeben werden:

⁵⁰Balint M., Ball D. H., Hare L.M.: Unterrichtung von Medizinstudenten in patientenzentrierter Medizin. *Psyche* 35, 1969, S. 532-546

Neugier war meine Motivation mich als Interessent zu bewerben. Eine Vorstellung konnte ich mir im voraus nicht machen, da ich niemand kannte, der mir von seinen Erfahrungen hätte berichten können. Der Anstoß war ein positiver Artikel von einem ehemaligen Grüppling in der Kanüle⁵¹. Nun habe ich ein Semester hinter mir und bin sehr froh, ausgelost worden zu sein. Ich habe mich auf jede der Zusammenkünfte gefreut, weil mir die einzelnen Interviews viel Spaß gemacht haben, und eine angenehme Auflockerung des Unialltags darstellten.

⁵¹Bei der "Kanüle" handelt es sich um die zwei bis dreimal im Semester erscheinende Zeitung der Fachschaft Medizin an der Universität Erlangen - Nürnberg

Eine lästige Pflicht erschien mir die Protokollführung, die jeden einmal getroffen hat, und derjenige war dann so beschäftigt, daß er an der Diskussion kaum teilhaben konnte. Dies kam meist auch im Blitz zum Ausdruck, wo sich der Betreffende als sehr beschäftigt und gestreßt darstellte.

Der Nutzen des Blitzes erschien mir ganz unterschiedlich. Manchmal empfand ich ihn als reines Formelement, dann aber gab er wieder Aufschluß über das jeweilige Befinden, verdeutlichte Reaktionen, die sonst nicht so leicht verständlich waren.

Die Interviews an sich hatten keinen Einfluß auf meinen medizinischen Wissensstand, da es nicht um eine möglichst treffende Diagnosestellung ging. Aber meine Aufmerksamkeit gegenüber unbewußten Zeichen, Gesten oder wertenden Aussagen wurde durch die nachfolgende Gespräche sehr geschärft. Meine Art, den Patienten gegenüberzutreten, hat sich kaum verändert, glaube ich zumindest, aber ich mache mir mehr Gedanken. Ich habe versucht zu lernen, neben dem Mitfühlen und sich in den anderen hineinzusetzen, auch den Überblick und eine gewisse Distanz bewahren zu können, um mich nicht von den eigenen Gefühlen wie Sympathie, Antipathie, Mitleid etc. beeinflussen zu lassen. Freilich schützen all die Verbesserungsvorschläge, die wir gemeinsam in der Gruppe herausgearbeitet haben, nicht vor künftigen Fehlern. Doch ein weiterer Schritt ist sicher getan.

Von Patienten selbst konnten wir einige traurigen Mißstände im Krankenhaus erfahren, die einem früher oder später auch so ins Auge stechen und an dieser Stelle nicht zur Diskussion stehen. Innerhalb der Gruppe haben wir uns natürlich besser kennengelernt. Trotzdem hatte ich den Eindruck, daß sich nach den sechs Treffen von der Struktur her nicht viel geändert hat. Die Persönlichkeit jedes einzelnen ist schon bei der ersten Begegnung angeklungen und hat sich wohl weiter herauskristallisiert, aber über die individuelle Offenheit kann scheinbar keiner hinaus; dazu hätte wohl nur noch intensiverer Kontakt beitragen können.

Ich bin durchaus zufrieden, so daß ich in dieser Richtung weitermachen möchte. Denn es liegt sicher auch sehr am Engagement jedes einzelnen, das Beste zu geben und die AG nicht in den Ruf zu bringen, in ihnen werde unnötig problematisiert, indem alle möglichen psychosozialen Aspekte für fadenscheinige Erklärungen und wenig fundierte Hypothesen mißbraucht werden. Völlig gegen den eigentlichen Sinn gerichtet wäre es, den Bezug zum Patienten zu reduzieren, also in erster Linie thematisch zu diskutieren, bzw. die Selbsterfahrung weiter in den Vordergrund zu stellen. Wie gesagt kann jeder zweifellos für sich persönlich profitieren, was später dann den Patienten sicher zugute kommt. Darin sehe ich den Sinn der AG.

Die vielschichtigen Anforderungen der Anamnesegruppen - Arbeit; Versuch einer Darstellung der Spannweite individueller Beobach- tungen

von Thomas Loew, Johannes Büttner, Florence Donnars und Stefan Thomas

Schon seit einigen Jahren können im Rahmen der Städtepartnerschaft zwischen Rennes und Erlangen einige Medizinstudenten der beiden Universitäten im Austausch zwei Semester an der Partnerhochschule verbringen. Im Studienjahr 87/88 waren zwei ehemalige Teilnehmer einer hiesigen AG Austauschstudenten in Rennes. Sie stellten fest, daß es eine den Ausbildungszielen der AG vergleichbare patientenorientierte Ausbildung in Frankreich nicht gibt. So entstand die Idee, dieses Ausbildungsmodell in Rennes bekannt zu machen und dort eventuell nach dem Erlanger Vorbild zu etablieren.

Wir nahmen Kontakt auf zu den französischen Kommilitonen, die dieses Jahr in Erlangen studierten, und machten sie bekannt mit dem Konzept der AG, berichteten von der Beobachtung der Erlanger in Rennes und machten den Vorschlag, einen Versuch zu starten, unseren Ansatz in Rennes vorzustellen. Da die Gruppenarbeit am besten durch die eigene Teilnahme an einer Gruppe erlebt wird, entschieden wir uns, neben einer kurzen theoretischen Einführung gemischte deutsch/französische Gruppen zu organisieren. Dank der freundlichen und schnellen Unterstützung durch die Universität Erlangen-Nürnberg und das bayerische Ministerium für Wissenschaft und Kunst, für die wir uns an dieser Stelle nochmals bedanken möchten, war es tatsächlich möglich, unsere Idee überhaupt, und noch dazu so kurzfristig, zu realisieren. Die im Zusammenhang mit diesem Unternehmen erstellten persönlichen Erfahrungsberichte und Protokolle sind ein weiterer Beleg dafür, wie vielschichtig und individuell sich AG-Arbeit darstellt.

Das Nebeneinanderstellen der Berichte von Stefan Thomas, Florence Donnars und Johannes Büttner stellt einen Versuch dar, eindrücklich die verschiedenen Aufgaben, die sich im Zusammenhang mit dem Zustandekommen einer AG stellen, deutlich werden zu lassen. Gleichzeitig möchte ich aber auch versuchen zu zeigen, welche unterschiedlichen Ebenen und Prozesse von jedem einzelnen und in der Gemeinschaft in einer AG erlebt werden können.

Florence:

"Um neun Uhr erhalte ich mit der Post eine Einladung für ein AG - Treffen, das am selben Abend stattfindet. Ich erfahre etwas von der Organisation und dem Ablauf dieser Gruppen, daß einige deutsche Studenten diese Idee bis nach Rennes verbreiten möchten, und daß sie eine Reise dorthin für Ende April planen. Es scheint mir ganz interessant zu sein, und ich entscheide mich dazu, Catherine und Axel in Rennes zu unterstützen. Wir gehen zu den verschiedenen Ärzten, Lehrern

und Behörden, um zu erfahren, ob es möglich ist. Wo, wann, mit wem."

Johannes:

"Da die beiden Französinen die Semesterferien in Rennes verbrachten, übernahmen sie zusammen mit Axel Freitag

die weitere Vorbereitung vor Ort. In Gesprächen mit der dortigen Universitätsleitung und Professoren stellten sie unser Projekt vor. Der Doyen der Universität, Herr Simon, sowie Prof. Guicheney, Medizinische Psychologie, begrüßten die studentische Initiative und sagten weitere Unterstützung zu. Prof. Bourdinère, Ordinarius für HNO, war bereit, die für die Vorstellung der Gruppen notwendigen Räume und vor allem Patienten zur Verfügung zu stellen. Informiert wurden die bretonischen Studenten dann über Plakate an den Anschlagtafeln der

Florence:

Uni und Klinik, durch Handzettel und natürlich Mundpropaganda. Zusätzlich konnte Axel vorab eine Einführungsveranstaltung organisieren, in der er näheres zum Hintergrund und Ablauf der AG vortrug."

"Ich schreibe einige Plakate, um die Studenten auf das Pro-

jekt und ein Informationstreffen hinzuweisen. Das hat Spaß gemacht, nicht nur, weil ich

die Idee gut finde oder gern zeichne! Sondern auch, weil ich Gefallen gefunden habe, diese Sache zu realisieren, nicht nur für mich selbst, sondern auch für andere. Auch wenn es manchmal enttäuschend sein kann: Nur acht Franzosen sind zu der ersten Informationsveranstaltung in Rennes gekommen! Wir haben dann zwei Vorstellungsgruppen innerhalb der nächsten Tage organisiert. Ich habe an der zweiten teilgenommen."

Johannes:

"Am 23. April war es dann soweit. Sechs Studentinnen und Studenten aus Erlangen: Petra Kohn, Anne Meihnhardt, Elke Hofmann, Stefan Thomas, Martin Zimmermann und Johannes Büttner machten sich auf den Weg. Zwei weitere Studenten, die an der Vorbereitung beteiligt waren, Cordula Braun und Thomas Loew, konnten leider wegen des

Beginns des Praktischen Jahres nicht mehr an der Fahrt teilnehmen. Am Abend treffen sich dann erstmals alle französischen und deutschen Gruppenteilnehmer bei einem gemeinsamen Essen. In ungezwungener Atmosphäre konnte man sich erst einmal kennenlernen und persönlich über die Ziele und Inhalte der AG austauschen. Nachdem am darauffolgenden Tag noch einige praktische Probleme (Patienten, Raum) endgültig geklärt werden konnten, fand dann am Abend die erste Gruppensitzung statt."

Florence:

"Wir haben uns um 17.30 getroffen. Vier Franzosen, die ich fast nur vom Sehen kannte, und vier Deutsche. Wir haben zusammen einen Kaffee getrunken, Axel hat nochmal erklärt, wie es laufen wird und dann gefragt, wer das Anamnesegespräch führen will. Ich war gespannt, wie jeder, glaube ich. Ich selbst hatte bisher erst zwei Anamnesen auf Deutsch gemacht; ich habe Angst, zu versagen, ich habe Angst vor diesen sieben Leuten, die mir zuschauen werden, ..., die mich beurteilen könnten. Ich weiß, daß es dumm ist, daß es keine richtigen Gründe sind, aber ich wage es trotzdem nicht und sage nein. Monique (10. Semester) entscheidet sich, ohne sehr begeistert davon zu sein. Wir reden nicht viel, die Atmosphäre ist gespannt. Ich bin nervös und habe Angst, daß dieses Projekt nicht klappt, das mittlerweile auch mein Projekt ist. Wir gehen auf die Station und setzen uns in ein ganz nettes helles Zimmer. Blitz: Jeder ist gespannt, einige neugierig, und es kommt das Sprachproblem für die Deutschen hinzu. Dann fängt die Anamnese an. Im Laufe der Zeit entspanne ich mich und finde, daß Monique es ganz gut macht, obwohl sie nervös ist, und der Patient nur ganz trockene Antworten gibt. Es passiert, daß ich möchte, entweder, weil es mir eine ganz interessante Frage zu sein

scheint, oder um Monique zu helfen. Plötzlich fällt ihr keine Frage mehr ein und wahrscheinlich aus Angst vor einer bedrückenden Stelle beendet sie

abrupt das Gespräch. Ich fühle mich wieder unwohl. Der Patient

geht zurück in sein Zimmer ohne uns "au revoir" zu sagen."

Kindheit unter wiederkehrenden Mittelohrentzündungen zu leiden habe. Er sei das 11. Kind einer Familie, in der alle Familienmitglieder von Ohrentzündungen betroffen seien, weshalb seiner Erkrankung wenig Beachtung geschenkt und in seiner Kindheit keine angemessene Behandlung durchgeführt worden sei. Er sei

Stefan:

"Nachdem der Patient hereingebeten wurde, beginnt Monique, ohne sich namentlich vorzustellen, die Befragung zunächst nach Wohnort, Familienstand,

Kindern und dann nach dem Grund des Krankenhausaufenthaltes. Der Patient,

Monsieur R. gibt an, wegen Ohrenschmerzen in die Klinik gekommen zu sein, nachdem er schon seit seiner

lediglich im Alter von drei Jahren bereits einmal operiert worden, nachdem er das rechte Auge nicht mehr schließen konnte. Er berichtet weiterhin, aufgrund seiner Erkrankung vom Militärdienst freigestellt worden zu sein.

Monsieur R. macht während des Gesprächs einen angespannten Eindruck und antwortet sehr knapp und ohne über längere Passagen frei zu erzählen. Dies wird dadurch verstärkt, daß Monique fast ausnahmslos geschlossene Fragen, häufig sogar in der Verneinung, stellt. Sie regt den Patienten kaum zu eigenen, freien Äußerungen an. Der Patient antwortet auf die Frage nach seinem Beruf, er sei Metzger und arbeite in einer Wurstwarenfabrik, wo er einer ständigen Lärmbelastung ausgesetzt sei. Monique fragt, ob er deshalb schon einmal den Betriebsarzt aufgesucht habe, vermeidet jedoch die Frage nach einem etwaigen Wechsel des Arbeitsplatzes oder Berufes.

Vor ungefähr eineinhalb Jahren wurde erneut eine Mittelohroperation vorgenommen, bei der nach Angaben des Patienten ein Ersatz der Ohrknöchelchenkette durch ein Transplantat vorgenommen wurde. Zu diesem Zeitpunkt war er nicht in der Lage, einem Gespräch in einer Gruppe von Menschen zu folgen.

Am Ende des Gesprächs befragt Monique noch den Patienten zu seinem Tabak- und Alkoholkonsum. Dann sagt sie, sie hätte keine weiteren Fragen und bricht das Gespräch ziemlich abrupt ab. Sie verabschiedet sich von dem Patienten, jedoch ohne ihn in sein Zimmer zurückzubegleiten. Das Gespräch mit dem Patienten hat insgesamt nicht länger als eine Viertelstunde gedauert und ist offensichtlich auf einer recht oberflächlichen Ebene abgelaufen."

Florence:

"Dann beginnt die Diskussion. Die Reaktionen auf dieses Gespräch sind sehr unterschiedlich. Sie reichen von Zufriedenheit über Angespanntheit bis zur Frustration und dem Wunsch, in das Gespräch einzugreifen. Die anschließende Diskussion ist geprägt von der verteidigenden Argumentation Moniques, die sich durch die Kritik an ihrem Gesprächsstil offensichtlich angegriffen fühlte, und der teilweise sehr ausführlichen Darlegung grundsätzlicher Standpunkte. Aus diesem Grunde herrschte zeitweise auch eine

recht gespannte Atmosphäre. Nicolas beginnt und bringt uns in zehn

Minuten die Hauptthemen, die letztes Jahr im Psychologie-Unterricht

behandelt wurden. Wir fahren sehr schnell auf einer Autobahn wir sehen,

Stefan:

"Jetzt kristallisieren sich zwei unterschiedliche Standpunkte heraus - einer-

seits die Meinung, man könne in einem ersten Arzt-Patienten-Gespräch, in dem

sich noch keine entsprechende Vertrauensbasis gebildet hätte, keine

<p>nur die Namen der verschiedenen Städte und Dörfer auf den Anzeigetafeln. Ich höre zu, denke, daß ich zu der Gruppe gehöre und so auch eine Rolle bei der Wahl der Richtung, die wir nehmen, spielen kann. Ich versuche zusammen mit den anderen den Blinker zu setzen, und bald kommen wir auf eine Landstraße. Ich möchte sehr oft fahren - etwas sagen, aber versuche, trotzdem zu beobachten, ob jemand aus dem Parkplatz fahren möchte, und bremse ein bißchen, besonders bei den Deutschen, die ein wenig länger brauchen, um sich auszudrücken. Jeder versucht seine eigenen Gedanken zu rechtfertigen, und es herrscht eine Art Solidarität zwischen den Deutschen "gegen" die französische Mannschaft. Als Axel gesagt hat, daß es Zeit ist, die Diskussion zu beenden, wollte ich eigentlich weitermachen, aber war trotzdem mit dem bisherigen Verlauf zufrieden. Ich hätte das gerne</p>	<p>tieferegehenden Aufschlüsse auf Psyche und Privatsphäre des Patienten erwarten, und es sei sogar für das Verhältnis gefährlich, entsprechende Fragen zu stellen. Weiter seien die Symptomatologie und die exakte fachliche Anamnese für die Behandlung weit wichtiger und die eigentliche Aufgabe des Arztes in der Klinik. Monique sagt außerdem, sie hätte sich ein entsprechendes Frageschema mit weitgehend geschlossenen Fragen angewöhnt, um im Klinikalltag die Anamnesen in der zur Verfügung stehenden Zeit bewältigen zu können. Im Gegensatz dazu besteht die Ansicht, daß man den Patienten zum selbstständigen Beschreiben seiner Beschwerden anregen und ihm Gelegenheit geben sollte, über Probleme zu sprechen, was mit einer geschlossenen Fragestellung nicht möglich sei. Gerade bei chronischen Krankheiten sei es wichtig, Einblick in die psychosozialen Zusammenhänge zu gewinnen, die die Krankheit beeinflussen, oder sich aus</p>
--	--

mit den selben Leuten wieder gemacht, weil man, wenn man sich kennt, weniger Angst hat vor dem Urteil der anderen, und seine Gefühle offener zeigt. Wenn Monique entspannter gewesen wäre, hätte sie vielleicht nicht nur die Straßenschilder angeschaut. Sie hatte immer Angst, keine Frage mehr zu finden und hat nicht sehr viel Aufmerksamkeit auf den Patienten gerichtet."

Am Ende der Diskussion beschäftigen wir uns mit der Frage, ob man sich nach dem Gespräch ein Bild vom Patienten machen könne. Die Mehrheit ist hierbei jedoch der Meinung, daß sich bei dem Gespräch für ein umfassendes Bild zu wenige Anhaltspunkte ergeben haben. Danach wurde nochmals das Problem der Fragetechnik diskutiert, ohne aber auch in dieser Frage zu einem abschließenden Ergebnis zu gelangen."

Florence:
"Aber wir sind doch in einem ganz schönen Dorf angekommen, wo wir eine Pause von fünf Monaten machen werden (die

ihr ergeben. Es stellt sich die Frage, wie ein solches Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut werden kann, die jedoch von der Gruppe nicht übereinstimmend beantwortet wird. Einige sehen den Patienten als eine entschlossene, stabile Persönlichkeit, und seine knappen Antworten als Konsequenz dessen. Monique führt zudem an, der Patient komme aus einer sehr ländlichen Gegend, wo die meisten Menschen sehr wortkarg seien, und in den meisten Fällen eine

Anamnese sehr schwierig aufzunehmen sei.

Johannes:

"Am Mittwoch wurden die Professoren

Bourinière und Guicheney über die ersten Versuche informiert und nach Möglichkeiten der weiteren Unterstützung gefragt. Prof. Bourdinière ist nach anfänglicher Skepsis nun doch über-

zeugt, daß die AG gewisse Defizite in der

Ausbildung ausgleichen könnten; er ist auch bereit, im Wintersemester

Zeit zwischen der ersten Anamnese-gruppenvorführung in Rennes und dem Termin, an dem die ersten regulären Gruppen die Arbeit aufnehmen werden) und dann weiterfahren wer-

den. Wir haben schon einige Hotelbesitzer und Werkstattinhaber für die nächsten Etappen kennengelernt."

Stefan:

"In einer Abschlußbesprechung wurden die vergangenen Tage ausgewertet. Der Versuch, für die AG-Arbeit in Rennes Interesse zu wecken, scheint gelungen.

Die Französischkenntnisse der deutschen Gruppenteilnehmer, die zunächst ein Problem zu sein schienen, waren ausreichend. Damit im Herbst tatsächlich mindestens eine Gruppe stattfinden kann, ist allerdings noch weitere Vorarbeit zu leisten. Axel wird in Rennes versuchen noch weitere Professoren zur Unterstützung zu gewinnen, da eine Klinik auf Dauer zu wenig ist. Florence und Catherine werden in Erlangen noch an einer Gruppe und an einem Tutorentraining teilnehmen."

wieder mitzuarbeiten. Prof. Guichenev sagte ebenfalls weitere Unterstützung zu und nannte auch Dr. Esnault als weiteren Ansprechpartner. Seiner Meinung nach könnten die AG langfristig

in den Unterricht integriert werden. Zusammen mit Dr. Esnault sieht er auch die Möglichkeit, eine Supervision für die Tutoren und das Tutorentraining

in Rennes zu realisieren."

Das Erlanger Gruppenmodell

von Johannes Büttner und Johanna Dembowski

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die AG, die seit 1985 in Erlangen angeboten werden, von den sonst üblichen (kleinere Gruppe, Dauer in der Regel auf ein Semester begrenzt). Den Teilnehmern wird bereits nach diesem einen Semester angeboten, an einem Tutorentreinig teilzunehmen und selbst als Tutor einzusteigen. Daneben gibt es seit eineinhalb Jahren je Semester ein bis zwei Fortgeschrittenengruppen, die teilweise aus einer Gruppe hervorgegangen sind, meistens aber unter interessierten ehemaligen Teilnehmern neu ausgelost werden. Sie unterscheiden sich sonst in Bezug auf Gruppengröße und zeitliche Ausrichtung allerdings nicht von den "gewöhnlichen" Erlanger Gruppen. Die Teilnehmer rekrutieren sich einerseits aus Studenten, die einfach weitermachen möchten, ohne Tutor zu werden; zum Teil haben sie auch ein oder mehrere Semester zwischen der ersten Teilnahme in einer AG und der Fortgeschrittenengruppe pausiert. Andererseits gibt es auch immer wieder einige Tutoren, die gerne, zum Teil auch neben ihrer Tutortätigkeit in einer Gruppe als Mitglied mitmachen, um selbst wieder die Gelegenheit zu haben, in einer Gruppe ein Patientengespräch zu führen. Wir können uns vorstellen, daß mehr Nachfrage nach diesem Angebot besteht, möchten aber gleichzeitig möglichst vielen Kommilitonen, die die AG noch nicht kennen, die Gelegenheit zur Teilnahme an einer Gruppe geben.

Die Frage, in wie weit sich diese Erlanger Regelung, die "Kurz - und Klein - Gruppe", damals zum besseren Einstieg erfunden, quasi eine Art "Notstandsmodell", von dem gängigen Konzept unterscheidet, beschäftigt uns Erlanger Tutoren sehr, denn entgegen der ursprüngliche Absicht haben wir die Regelung im großen und ganzen beibehalten. Wir hoffen mit unseren Überlegungen einen breiteren Austausch in Gang zu setzen und neue Anregungen zu bekommen.

Vor und Nachteile

Die Erlanger Gruppe ist überschaubar. Jedem Teilnehmer bietet sich so ausreichend Gelegenheit zu Wort zu kommen. Da man sich nicht jede Woche trifft und nur über eine begrenzte Zeit, sind im allgemeinen alle da, und kaum einer hört vorzeitig auf. Die einsemestrige Laufzeit läßt sich gut mit der übrigen Studienplanung vereinbaren.

Die zweisemestrige Gruppe ermöglicht jedoch ein stärkeres Zusammenwachsen. Es bleibt Zeit, um in der Gruppe oder in thematischen Blöcken Kernthemen tiefergehend zu behandeln. In den größeren Gruppen stört es nicht so sehr, wenn der eine oder andere manchmal nicht so viel zu sagen hat. Gruppendynamische Prozesse können intensiver ausgelebt werden.

Da das Ende einer Erlanger AG absehbar ist, finden harte Auseinandersetzungen selten statt. Durch den formalen Rahmen bleibt kaum Zeit, gruppendynamische Probleme zu bearbeiten. Wenig Raum haben die "drei S" Sterben, Sexualität und Sucht, denen man ein viertes "S" - Selbsterfahrung - hinzufügen könnte. Der organisatorische Aufwand ist größer: Jedes Semester Paarung, Auslosen von Gruppen, neue Termine und Gruppen für die Supervision, Ansprechen der in Frage kommenden Kliniken und Tutorenttraining.

Wir haben gehört, daß die sonst üblichen Gruppen selten an einem Termin komplett sind. Manchmal steigen einzelne Gruppenmitglieder ganz aus. Es ist schwieriger, einen gemeinsamen Termin zu finden. Die Tutoren können auf einzelne weniger intensiv eingehen. Wenn es schlecht läuft, wird die Gruppe zu einem "Schrecken ohne Ende".

Inzwischen haben sich neue Formen entwickelt. In Berlin gibt es einsemestrige Gruppe mit sechs Teilnehmern, wobei jeder Gelegenheit zu zwei Anamnesen hat. Mittlerweile versuchen wir in Erlangen auch unsere Erfahrungen mit Gruppen mit acht Teilnehmern, sowie mit Gruppen, die über zwei Semester laufen, zu machen. Wir hoffen auf Anregungen und sind gespannt auf die Erfahrungen der anderen, und wie sich die AG insgesamt entwickeln.

Ausblick Stabilisierung durch Professionalisierung?

Jetzt wäre es notwendig, die Kontinuität ohne ein "Wellental" zu wahren, d.h. einen Mangel an motivierten Mitmachern erleben zu müssen. Daß ein solcher Einbruch, wie er andernorts immer wieder im Zusammenhang mit der Entwicklung der AG auftrat, auch in Erlangen zu befürchten ist, deutet sich in der Tutorengruppe bereits an: Der Verlust der Kleingruppenintimität wird in der Tutorengruppe beklagt.

Wir könnten die Herausforderung aber auch annehmen, den Umgang in und mit einer größeren Gruppe zu lernen; einige jedoch denken eher wieder an eine Reduzierung auf "Kleingruppenniveau". Die Folge: Es besteht kaum Motivation Tutorennachwuchs zu werben, mit den negativen Auswirkungen auf die Altersstruktur der Tutoren, die sich bei dem anstehenden Generationswechsel sicher bemerkbar machen wird.

Durch eine Aufwandsentschädigung für die Tutoren für die nicht unerhebliche geleistete Arbeit kann die zeitliche Belastung durch die AG relativiert werden, da daß Aufbessern des Budgets der engagierten Studenten durch andere Jobs vermindert werden kann. Ein Finanzierungsvorschlag wäre, die AG - Arbeit, wie z.B. an der Uni Marburg geschehen, in den Unterricht nach der Approbationsordnung einzubinden. Hierbei sollte jedoch auch bedacht werden, daß durch den Charakter eines Praktikums mit Teilnahmeverpflichtung weniger motivierte Studenten die Effektivität der Gruppenarbeit negativ beeinflussen könnten. Eine Möglichkeit das Dilemma zu lösen, bestünde im Anbieten der AG als freiwillige Alternative zum traditionellen Unterricht. Im Zusammenhang mit den seit Oktober '87 existierenden kassenärztlich abrechenbaren Leistungen im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung könnte die AG-Mitarbeit als dafür qualifizierende Ausbildung angerechnet werden.

Nach meinen Schätzungen arbeiten die Tutoren im Schnitt etwa drei Semester, d.h. jedes Semester müßte die Zahl der aktiven Tutoren um 30% aufgestockt werden, um den Stand an Tutoren zu halten; in der Aufbauphase wird natürlich deutlich mehr Nachwuchs benötigt. Unter diesen Aspekten und in Anbetracht der kurzen "studentische Halbwertszeit" sollte jedes Semester ein Tutorentraining stattfinden.

DIE ARBEIT ALS TUTOR

Elemente der Tutorentätigkeit

von Johanna Dembowski

Das selbstständige Erarbeiten von Lerninhalten spielt eine wichtige Rolle in der AG - Arbeit. Wir, d.h. etwa 20 Erlanger Tutoren führten ein Wochenendseminar in einem alten Bergleuteheim in der Oberpfalz durch, um gemeinsam Aufgaben und Rollenverständnis von Tutoren zu erarbeiten.

Am Anfang beschäftigten wir uns mit der Psychosomatik, dem Fachgebiet der Medizin für Erkrankungen der Psyche mit somatischer Manifestation. Mit dem Begriff wird aber auch eine besondere Art und Weise in Verbindung gebracht, den Patienten zu sehen, mit ihm umzugehen, mit ihm zu reden, mit ihm über seine Krankheit zu sprechen und mit ihm Therapiemöglichkeiten zu erarbeiten.

Das medizinische Fachwissen soll aus dem Mittelpunkt heraus, der Patient hineingerückt werden. Der Patient soll als Gesamtperson, als Einheit, in die Diagnosestellung und Behandlung integriert werden. Unsere Arbeit in den AG, stellten wir fest, ist in diesem Sinn also auch psychosomatisch.

Die Gespräche an diesem Wochenendseminar gestalteten sich äußerst schwierig, da wir nun eine Großgruppe ohne "Tutoren " waren. Wir fielen uns gegenseitig ins Wort, einige von uns kamen nicht zum Zuge; nur mit Mühe konnten wir unser Gespräch strukturieren und länger bei einem Thema bleiben. Einigen viel das auf, und sie versuchten daraufhin zeitweise die Funktion eines Diskussionsleiters (Tutors) zu übernehmen. Ihre Autorität wurde jedoch immer wieder in Frage gestellt.

So spiegelte sich in dieser Diskussion wieder, was wir in unserer AG oder mit unserem Co-Tutor befürchteten. Wir entschlossen uns, öfter den "Blitz" als Möglichkeit der Zäsur zu verwenden, um uns über unsere Gefühle dabei Klarheit zu verschaffen. Wir hatten Probleme damit, die Rolle und unser Selbstverständnis zu definieren. Leichter war es, die Aufgaben bzw. Ziele herauszuarbeiten.

Zunächst schaffen sie den äußeren Rahmen für das Zustandekommen einer AG: Termine müssen festgelegt, Räume gesucht, Stationsärzte informiert, Supervisoren gefunden, die Gruppen ausgelost und Patienten angesprochen werden. Ein Teil der Verantwortung, zum Beispiel Patienten auszusuchen, Protokoll usw., wird später in die Gruppe weitergegeben. Wir Tutoren strukturieren, zentrieren das Gespräch, weisen auf uns wichtig erscheinende Punkte hin, versuchen Tabuthemen (z.B: Sterben, Sexualität, Sucht)⁵² anzusprechen. Dabei soll der Patient und seine Anamnese im Mittelpunkt stehen. Um auf der Ebene der drei "S" mit der Gruppe arbeiten zu können, müssen die Tutoren die Teilnehmer der Gruppe ermuntern, persönliche Eindrücke, Erfahrungen, Ideen, Gedanken und Gefühle der Gruppe mitzuteilen, also "sich selbst einzubringen", und so die nötige Offenheit für Phantasien und assoziative Gedanken zu schaffen. Einstellungen können sich verändern, Beziehungen können wahrgenommen, aufgenommen werden, die individuellen Stimmungen der Gruppenmitglieder aufgefangen, aufgearbeitet und so gemeinsam getragen werden.

Dieses Wahrnehmen von Gefühlen und das Bewußtwerden seiner eigenen Empfindungen erleichtert es, auch den Patienten als Person zu erleben. So können z.B. Schranken und Hemmungen beim Interviewer oder "Tricks" des Patienten erkannt und evtl. abgebaut und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickelt werden. Manchmal stellen Gruppenmitglieder die Forderung, mehr Wert auf die Selbsterfahrung zu legen. Sie spielt immer eine Rolle, denn die eigene Biographie und persönliche Erlebnisse lassen sich nun einmal während der Anamneseerhebung nicht auslöschen. Sie soll jedoch in den AG nicht im Zentrum des Interesses stehen. Hier müssen die Tutoren mit der Gruppe entscheiden, was diese an Selbsterfahrung "(er)tragen" kann.

⁵²Schüffel W., Egle U., Schneider A.: Studenten sprechen mit Kranken. AG als Ausbildungsform. Münch. med. Wschr. Nr. 125, 1983, S. 845-848

Bei solchen gruppodynamischen Prozessen kann Teamarbeit geübt werden. Jeder einzelne lernt zuzuhören, auf sein Gegenüber einzugehen, Probleme den anderen mitzuteilen oder sich auch einmal herauszuhalten. Die Tutoren "spiegeln" der Gruppe, d.h. sie weisen auf Reaktionen in der Gruppe hin, die beispielsweise als bisher nicht bewußtes Verhalten des Patienten oder des Interviewers während des Gespräches verstanden werden könnten. Das Beobachten des Umfeldes eines Gespräches und die Sensibilisierung für averbale

Gefühlsäußerungen des Patienten, des Interviewers und der Gruppe selbst zeigen neue Facetten der Beziehung Patient - Interviewer/Arzt. Ausgehend von unseren Aufgaben als Tutoren versuchten wir nun ein Bild von unserer Rolle zu entwickeln.

Während des Gesprächs nehmen wir Tutoren "moderierend", "lenkend", "direktiv", "erziehend" Einfluß.⁵³ Dabei bleiben wir jedoch als Tutoren gegenwärtig. Wir Tutoren laufen - auch unbewußt - natürlich immer Gefahr, eigene Standpunkte und Themen einbringen zu wollen. Einerseits wünschen wir uns Einfluß auf die Gruppendiskussion zu nehmen, andererseits ist es uns wichtig, der Gruppe ihre Eigentümlichkeit, Eigendynamik und Selbständigkeit zu lassen. Bei einem dominanten Tutor könnte die Vielfalt einer Gruppe, bei einem "antiautoritären" Tutor Struktur und Inhalt verloren gehen.

Zwischen diesen beiden Extremen bewegen wir uns. Eine Lösung wäre in mancherlei Hinsicht die Gruppe zur Selbständigkeit zu "erziehen", vielleicht ähnlich dem Erziehungsprinzip Maria Montessoris: Hilf mir es selbst zu tun.⁵⁴

Große Schwierigkeiten bereitete uns im Zusammenhang mit der Rolle und Selbstverständnis des Tutors der Begriff der "apostolischen Funktion", den Balint in der Arzt - Patient - Beziehung beschrieb, nämlich der Anspruch des Arztes, immer genau zu wissen, was für den Patienten am besten ist.⁵⁵ Inwieweit gilt er auch für uns? Für die Grüpplinge ist oft schwer zu durchschauen, was in und über die AG hinaus passiert. Zum Beispiel sind Begriffe wie "Blitz", "Supervision" u.ä. zunächst unbekannt. Die "apostolische Funktion" beinhaltet nicht nur die Rolle des Vorbildes, sondern auch Verantwortung für Patient und Gruppe. Ein wichtiges Korrektiv für allzu schwebende "Apostel" kann Cotutor und Supervision, sowie die Gruppe selbst sein.

⁵³Pummerer M., Joraschky P.: Supervision of Anamnesegruppen - A model at the university of Erlangen. Vortrag anlässlich der 17. European Conference on Psychosomatic Research, Erlangen, 1988

⁵⁴Montessori M.: Erziehung zum Menschen. Fischer TB, Frankfurt a. M., 1984

⁵⁵Schüffel W.(Hsg): Sprechen mit Kranken. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1983, S. 22

Nachdem wir uns mit unseren Ansprüchen und unserer Rolle beschäftigt hatten, machten wir uns Gedanken über den persönliche Gewinn des "Tutorseins". Die AG ist für uns ein Übungsfeld in der Arzt-Patient-Beziehung. Sie kann einen Ausgleich zum krankheitszentrierten Studium sein. In ihr können wir einer patientenzentrierten Medizin begegnen und später als Ärzte in Balintgruppen in ähnlicher Weise weiterarbeiten. "Tutorsein" ist faszinierend und macht Spaß.

Was bleibt? - Eine Tutorin blickt zurück

von Michaela Loew

Das AG - Modell bietet viele Möglichkeiten, sich auszuprobieren und neu zu erfahren. Es liegt bei jedem einzelnen, diese Möglichkeiten zu nützen. Die ungeschriebene Regel, daß jeder Gedanke, jede Phantasie erwünscht ist, daß es kein "richtig" oder "falsch", "gut" oder "schlecht" gibt, ermuntert sehr zum Mitmachen. Das Anamnesegespräch selbst ist sicher manchmal eine Art Mutprobe. Zum einen ist es für viele eine neue Erfahrung, ein freies Gespräch zu führen, noch dazu vor so vielen Zuhörern, zum anderen haben sicher viele auch Angst vor der Diskussion danach, in der auf die Gesprächsführung, die Stimme, die Körperhaltung näher eingegangen wird, also auf Beobachtungen, die der Interviewer im Eifer des Gefechts erst einmal übersieht. Diese Chance eines "feedbacks" - wie erlebt die Gruppe und letztendlich auch der Patient mich - hat man später nur noch selten.

Ich persönlich habe es oft bedauert, daß diese Hinweise sehr vorsichtig gegeben werden, aus Angst, daß sie als Kritik aufgefaßt werden könnten. Ich habe oft erlebt, daß der Interviewer dann die Position des Verteidigers eingenommen hat. Der Aspekt, daß wir miteinander und voneinander lernen können, ist vielen nicht deutlich genug. So kommt es leider öfter vor, daß eine scharfe Beobachtung von anderen Gruppenmitgliedern wieder abgeschwächt wird.

Im Unterschied zum Abfragen von Symptomen ergeben sich beim freien Gespräch Situationen, die für mich völlig neu waren. Während es bei einem stillen Patienten vielleicht nötig ist, Pausen auszuhalten, besteht bei einem gesprächigen Patienten die Gefahr, daß er mir die Gesprächsführung aus der Hand nimmt und auf belanglose Themen ausweicht. Mit Hilfe der Gruppe kann die Aufmerksamkeit für die verschiedenen Charaktere wachsen, und passende Reaktionsformen erlernt werden. Im Laufe meiner eineinhalbjährigen AG - Arbeit tauchte das Thema, wie wir unsere Fähigkeiten im Klinikalltag einsetzen und vertreten können, immer wieder auf.

Auch mich hat die Diskrepanz zwischen der Klinikrealität und meinen steigenden Ansprüchen am Anfang sehr enttäuscht. Inzwischen denke ich, daß mir diese Erfahrung nicht verlorengehen wird, und es meine Aufgabe ist, meine Wünsche soweit wie möglich zu realisieren.

Der oft festgestellte Zusammenhang zwischen der Atmosphäre in der Gruppe und der Stimmung des Patienten machte mir deutlich, daß Gefühle nicht unbedingt immer etwas mit mir selbst zu tun haben, sondern auch manchmal auf mich übertragen werden. Diese Unterscheidung - welche Reaktionen haben etwas mit uns zu tun und welche nicht - erscheint mir sehr wichtig in unserem Beruf.

Durch den "Blitz" ist es möglich, das Befinden der einzelnen Gruppenmitglieder zu erfassen, ihre Reaktionen besser zu verstehen, Projektionen zu vermeiden und die Auswirkungen der Gruppenarbeit beim Vergleich von Anfangs - und Schlußblitz zu spüren. Es war faszinierend für mich, festzustellen, wie nahe wir der Realität in unserer Phantasie kommen können. Die Vorstellungen, die von den meisten Gruppenmitgliedern geteilt wurden, waren unser Leitfaden. In der gemeinsamen Diskussion konnten wir einige Gedanken noch genauer überprüfen. Wichtig für mich ist es, nicht nur die Krankheit zu sehen, sondern auch die Geschichte, die Familie und die Persönlichkeit eines Menschen. Und vor allem zu lernen, immer wieder reale Beobachtung und die individuelle Wirklichkeit voneinander abzugrenzen.

Sicher ist es nicht möglich, einen Menschen in einer halben Stunde kennenzulernen. Das sollte auch nicht unser Ziel sein, sondern vielmehr zu üben, uns mehr in seine Situation hineinzusetzen und seine Reaktionen zu hinterfragen, d.h. zu verstehen. Diese Fertigkeiten, die die Gruppenmitglieder dem Patienten gegenüber entwickeln sollen, sollten die Tutoren gegenüber der Gruppe einsetzen. Mir persönlich fällt es sehr schwer, einer Diskussion zu folgen, ohne aktiv einzugreifen oder in eine bestimmte Richtung zu manipulieren. Andererseits finde ich es auch interessant, Interaktionen zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern zu beobachten, und mir über die Rollen der Mitglieder in der Gruppe klar zu werden. Wenn ich nicht mitten im Gespräch bin, sondern etwas außerhalb stehe, gelingt es mir eher, die Übersicht zu bewahren. Ich halte die Supervision für absolut notwendig, weil in der Regel die Tutoren außer dem Tutorentaining keine weitere Vor- oder Ausbildung haben und mit bestimmten Gruppensituationen manchmal überfordert sind.

Ich weiß aus eigener Erfahrung, daß ich Schwierigkeiten mit anderen Menschen habe, wenn ich an ihnen Eigenschaften entdecke, die ich bei mir selbst noch nicht akzeptiert habe. Weil diese und andere Aspekte der Selbsterfahrung in den AG bzw. in der Supervision meiner Meinung nach zuwenig berücksichtigt werden, habe ich mich entschlossen, mir diese Bereiche durch eine eher selbsterfahrungszentrierte Weiterbildung zu erschließen. Ich denke, in der AG kann viel gelernt werden, aber was Selbsterfahrung betrifft, hat sie ihre Grenzen. Mir hat diese Arbeit den Einstieg zu einer ganz anderen Sichtweise der Medizin ermöglicht, und ich habe durch sie die ersten Schritte getan, mich selbst besser kennenzulernen.

Auch die Tutoren bilden eine Gruppe - persönliche Eindrücke

von Christian Schmidt

Die AG hatte mir gerade noch gefehlt. Deshalb reichten mir auch die sechs Gruppenabende eines Semesters nicht aus. Damals gab es bei uns noch sehr wenige Tutoren, und es wurde "sanfter Druck" auf uns ausgeübt, am zweiten Erlanger Tutorentaining teilzunehmen.

Obwohl ich in dieser Zeit viel über mich gelernt und mich intensiv mit der Tutoresrolle auseinandergesetzt hatte, fühlte ich mich in "meiner" ersten Gruppe dann ziemlich ins kalte Wasser geworfen. Intensive und ausgedehnte Nachbesprechungen mit meiner Mittutorin waren dringend nötig, die Supervision kam so gut wie nie zustande, und wir fühlten uns ziemlich alleine gelassen. Wo war denn jetzt die "Gruppe", in der ich mich austauschen konnte? Wir waren damals zehn Tutoren, kannten uns alle untereinander, entweder privat oder vom Training her, und hatten auch schon das erste gemeinsame "traumatische Erlebnis" hinter uns. Bei einer mißglückten "Paarung" war ein Tutor übrig

geblieben, und ein Teil der Gruppe stand dem Problem völlig verständnislos gegenüber. Die anschließend durchgeführte Auslosung der Teilnehmer verlief chaotisch. Gleichzeitig gab es die ersten Differenzen in Zusammenhang mit unserem Selbstverständnis.

Es kristallisierten sich zwei Lager innerhalb der Tutoren heraus, auf der einen Seite das der "Beschleuniger", die mit großem Eifer die Sache der AG vorantrieben und auf eine starke Expansion aus waren, und das der "Bremser", denen das alles viel zu schnell ging, und die erst einmal "kleine Brötchen backen" wollten. Die eigentliche Gruppenarbeit geriet hierbei immer mehr aus dem Blickfeld. Im Brennpunkt stand damals in erster Linie die Gruppengröße.

Die erste Phase des folgenden Sommersemesters war dann von einem großen Harmoniebedürfnis aller Beteiligten gekennzeichnet. Dank besserer Organisation verlief die Gruppenauslosung in geordneten Bahnen, und auch die "Paarung", das große Angstthema, wurde diesmal ohne größere "Zwischenfälle" abgewickelt. Die Tutorengruppe hatte ein neues Gesicht bekommen: Zwei hatten aufgehört, vier neue waren dazugekommen. Wir waren inzwischen dreizehn, und nicht alle kannten sich untereinander. Einige hatten Tutorentrainings in anderen Städten besucht und brachten neue Eindrücke mit. Die oben beschriebenen Konflikte standen zwar nach wie vor im Raum, aber die scharfen Grenzen waren etwas verwischt.

"Meine Gruppe", also die, in der ich nicht Tutor bin, sondern in der ich auch etwas "für mich" bekomme, vermißte ich nach wie vor. Auch in diesem Semester war die Supervision schlecht organisiert, und das einzige Gesamttreffen der Tutoren war der Zahl der Gruppenteilnehmern und den organisatorischen Fragen gewidmet. Viele von uns fühlten sich von der Atmosphäre an hochschulpolitische Arbeitskreise erinnert. Wir vermißten immer mehr den gegenseitigen Austausch über Dinge, die mit den AG direkt zu tun haben. Vor allem wuchs das Unbehagen über den mageren theoretischen Hintergrund der Tutoren, und so beschlossen wir, im kommenden Semester regelmäßige Treffen einzuführen, um uns auszutauschen und weiterzubilden.

Um organisatorische Fragen, wie etwa das Verschicken von Protokollen und Einladen zu Terminen, Vorbereiten von Tutorentrainings und Seminaren u.ä. so weit wie möglich aus diesen Abenden herauszuhalten, bildeten abwechselnd zwei bis drei Tutoren eine Art Sekretariat. Im darauffolgenden Semester hatte sich die Zahl der Tutoren fast verdoppelt (auf 24). Es zeichneten sich jetzt zwei Gruppen ab, die "Neuen" und die "Alten". In der Paarung fand so gut wie keine Durchmischung statt, das heißt, es gab lediglich ein Tutorenpaar, das aus einem "Alten" und einem "Neuen" bestand. Überhaupt ging die Paarung sehr schnell vonstatten, viele Paare standen vorher schon fest, die wenigen, die übrigblieben, wurden quasi zusammengewürfelt.

Auch in dieser neuen Situation, gekennzeichnet durch die riesige Tutorengruppe, in der sich viele gegenseitig nicht kannten, und den zwei "Generationen" von Tutoren hatten wir den Anspruch, eben diese Tutorengruppe zu einer Austauschmöglichkeit für uns, zusätzlich zur (inzwischen gut funktionierenden) Supervision werden zu lassen. So trafen wir uns während des Semesters insgesamt fünf Mal, außerdem führen wir gemeinsam auf ein Wochenendeseminar, um das gegenseitige Kennenlernen zu verbessern, die Integration neu dazukommender Tutoren zu erleichtern und das nächste Semester vorzubereiten.

Die erwähnten Tutorenabende verliefen anfangs allerdings nicht so, wie wir uns das vorgestellt hatten. Viel Platz nahmen immer wieder organisatorische Dinge ein, z.B. das Rennes-Projekt⁵⁶, die Fahrt zum internationalen Balint - Treffen nach Ascona oder ein Tutorentraining. Inhaltliche Themen (Gruppendynamik, Paarung, die Gruppengröße waren Vorschläge) wurden immer wieder zurückgestellt. Die Tutorenabende wurden für manche zu einem unbequemen "muß". Beim vorletzten Treffen des Semesters wurde diese Situation dann für uns zum Thema. Aufhänger war die, wie sich im nachhinein herausstellte, für einige gar nicht so unproblematischen Paarung. Wir sahen, daß uns die Integration der "Neuen" in die Großgruppe eigentlich nicht gelungen war. Außerdem wurde bemerkt, daß die Tutoren - Abende mit immer mehr Verspätung begannen und sich auch zunehmend zeitlich ausdehnten, obwohl die Themen, die uns eigentlich interessierten, keinen Raum fanden. Um Abhilfe zu schaffen, wurde beschlossen, gleich zu Beginn des folgenden Semesters, noch vor der nächsten Paarung, ein weiteres gemeinsames Wochenende einzuplanen. Der darauffolgende letzte gemeinsame Abend des

⁵⁶Siehe Seite 76

Semesters verlief dann zur allgemeinen Zufriedenheit. Großen Raum nahmen die Berichte aus den Gruppen ein. Wir konnten uns in entspannter Atmosphäre einmal zweckfrei gegenseitig berichten, was wir eigentlich während des Semesters getrieben hatten.

Ein weiteres grundsätzliches Problem ergibt sich (immer noch) aus den verschiedenen Ambitionen der Tutoren. Es entwickeln sich in Erlangen eine Vielzahl von Aktivitäten, die mit der Gruppenarbeit direkt nichts zu tun haben. Es hat sich herausgestellt, daß diese Projekte in der Großgruppe nicht abschließend zu diskutieren sind. Ein Teil der Gruppe stand diesen Aktivitäten ablehnend gegenüber, wollte also auch nicht allzuviel Zeit darauf verwenden. Außerdem war es völlig unmöglich, bezüglich bestimmter Projekte einen Konsens herzustellen. Wir haben gelernt, daß hierzu auch nicht immer eine Notwendigkeit besteht, schließlich kann jeder machen, was er will. Diese Freiheit scheint jedoch dort zu enden, wo die Belange aller Tutoren berührt werden, also wenn beispielsweise für Studien oder Doktorarbeiten Fragebögen in den Gruppen verteilt werden sollen, oder wenn es um die Frage der Darstellung der Arbeit nach außen geht, z.B. Veröffentlichungen in der Presse. Wir mußten also zuerst lernen, daß man zu vierundzwanzig einfach nicht alles gemeinsam machen kann, und daß das auch gar nicht sein muß. Es war auch nicht so, daß grundsätzlich alle Unternehmungen von der Gruppe abgelehnt wurden. Der Video - Film z.B., dessen Realisierung auch von der Mitarbeit möglichst vieler abhängig war, stieß auf allgemeine Zustimmung.

Die Klärung dieser Standorte begann auf dem bereits erwähnten Wochenende zu Beginn des Sommersemesters '88 und nahm auch nochmal einen breiten Raum bei den ersten regelmäßigen Treffen während des Semesters ein. Das Wochenende wurde einmütig als voller Erfolg gewertet. Bewußt war es nicht mit Tagesordnungspunkten "überladen" worden, und wir hatten deshalb viel Zeit, "Liegegeblienes" zu besprechen. Die kalte Dusche erlebten wir dann bei der anschließenden Paarung, bei der wieder ein Tutor übrigblieb, der hierüber aus allen Wolken fiel, weil er sich eigentlich vorher durchaus in die Gruppe integriert gefühlt hatte. Wir waren überhaupt nicht in der Lage, das Geschehen irgendwie aufzufangen, und gingen mit einem ziemlich schlechten Gefühl in das Semester. Verschärft wurde die Situation noch dadurch, daß ein Teil der älteren Tutoren sich der Auseinandersetzung mit dem Problem entzog.

Mit der Größe der Tutorengruppe und damit dem Anwachsen der Teilnehmer an AG wuchs zwar unsere Zufriedenheit über das Konzept der AG, einfacher geworden ist der Umgang miteinander jedoch nicht. Die Gruppe ist fast unüberschaubar geworden, es bildeten sich inzwischen für die verschiedenen Projekte Untergruppen. Konkurrenz -, Hierarchie -, und Generationskonflikte traten auf. Es hat sich in letzter Zeit aber auch gezeigt, daß wir (wenn auch oft mit Verzögerung) durchaus in der Lage sind, unsere Bedürfnisse zu formulieren und den nötigen Rahmen zu schaffen. Ich persönlich bin sehr gespannt, ob wir in dieser Größe weiterbestehen werden, oder ob und wie in der jetzigen Entwicklung schon ein zukünftiger Schrumpfungprozess angelegt ist.

Tutorentätigkeit und gruppendynamische Prozesse

von Christine Rieger

Der "Anamnesegrüppling", der vielleicht später Tutor wird, der Tutor, oder der Tutor, der sich im Laufe der Zeit auf Fragen einer patientenzentrierten Medizin konzentriert - sie alle setzen Schwerpunkte in ihrer jeweiligen Arbeit, die sich auch im Laufe der Zeit verändern, und in einer entscheidenden Weise mit dem, was in einer Gruppe "abläuft", in Zusammenhang stehen. Das Spektrum der Ziele, der Schwerpunkte, sowie der Einfluß des einzelnen in seiner Entwicklung auf die Gesamtgruppe und umgekehrt soll anhand der Darstellung der Tutorengruppenarbeit und dem Herausarbeiten einzelner "Phasen" verdeutlicht werden.

1. Anfänglich, im WS'85 und SS'86 war die Anzahl der Tutoren überschaubar, durch die gemeinsam stattfindende Supervision wurde reger persönlicher Austausch gewährleistet. Die damaligen Ziele waren die Vergrößerung der Tutorengruppe durch Werben neuer Tutoren und die Organisation von lokalen Tutorentrainings. Die Schwerpunkte lagen im persönlichen Austausch über die Schwierigkeiten in der Gruppenarbeit.

2. Im darauffolgenden Jahr hatte die Zahl der Tutoren zugenommen. Dabei hatte sich die Gruppe folgenden Schwierigkeiten zu stellen: Die Supervision kann nicht mehr in einer Gruppe stattfinden, deshalb mußten neue Supervisoren gefunden werden. Teilweise fand mangels neuer Supervisoren und wegen Koordinationschwierigkeiten keine Supervision statt. Damals war das Hauptziel, allen Tutoren eine zufriedenstellende Supervision zu ermöglichen. Gemeinsam versuchten wir außerdem im Rahmen von thematischen Blöcken, besonders im Zusammenhang mit den Erlanger Tutorentrainings, auch inhaltlich zu arbeiten. Ein weiterer Schwerpunkt bestand aber auch darin, die zahlenmäßig gewachsene Gruppe organisatorisch in den Griff zu bekommen.
3. Im weiteren Verlauf konsolidierte sich die Gruppe auf eine ziemlich konstante Zahl, bezogen auf die semesterweise ausscheidenden und neu hinzukommenden Tutoren. Die Supervisoren betreuten die Tutoren nun in mehreren kleinen Gruppen. Hauptschwierigkeit war der mangelnde Informationsaustausch zwischen den einzelnen Supervisionsgruppen, was zur Einführung der Tutorentreffen führte (ca. alle drei Wochen). Ziel war die Bildung einer Tutorengruppe zur gemeinsamen Klärung organisatorischer und inhaltlicher, die Arbeit in den Gruppen betreffender Fragen und Beobachtungen, und die Gestaltung thematischer Wochenenden. Außerdem versuchten wir, gemeinsame Freizeitaktivitäten zum besseren Kennenlernen aller anzubieten. Der Gruppenprozeß selbst und die inhaltliche Zusammenarbeit in der Großgruppe waren die Themen.
4. Die augenblickliche Phase ist nun in erster Linie gekennzeichnet durch regelmäßige Treffen der Tutorengruppe. Zugleich kann man bei einzelnen Mitgliedern der Gruppe, vor allem denjenigen, die schon länger dabei sind, eine stärkere Orientierung nach außen beobachten, z.B. durch das "Lancieren" von Zeitungsartikeln, der Durchführung einer "AG - Information" an der Erlanger Partner - Uni, einem Filmprojekt und nicht zuletzt die Zusammenstellung eines Buches über die AG - Arbeit. Die ersten langjährigen Tutoren scheidet nun auch aus. Außerdem werden Stimmen in der Tutorengruppe laut, die sich über das Überhandnehmen der organisatorischen Fragen und das Vernachlässigen von inhaltlichen Arbeit, sowie das fehlende Auseinandersetzen mit den gruppendynamischen Prozessen beklagen. Zentrale Bedeutung gewinnen aus diesem Konflikt heraus die Standortbestimmung der einzelnen Tutoren und die Abklärung der Erwartungen an die Tutorengruppe. Parallel dazu wird ein gemeinsames Streben nach einer alle Bedürfnisse befriedigenden Form der Zusammenarbeit deutlich.

Im Rückblick möchte ich festhalten, daß die Dynamik in der Tutorengruppe auch teilweise ein Nebeneinander dieser Phasen aufweist, die letztendlich auch die Entwicklung der einzelnen Tutoren widerspiegeln. Die Darstellung in verschiedenen Phasen orientiert sich in groben Zügen an der natürlichen Verlagerung der Schwerpunkte seit dem Entstehen der AG in Erlangen. Denn nach dem ersten Gruppenbildungsprozeß und der Lösung interner Gruppenprobleme im organisatorischen und inhaltlichen Bereich wurde mehr Energie für die anderen Bereiche frei. Da die Gruppe aber durch das Hinzukommen neuer und das Ausscheiden alter Tutoren in ihrer Zusammensetzung einem Wandel unterworfen ist, bedeutet das für die Zusammenarbeit, daß besonders in der vierten Phase die persönlichen Erwartungen an die Zusammenarbeit der neuen und alten Mitglieder abzuklären sind, d.h. der Gruppenbildungsprozeß kann nicht als abgeschlossen betrachtet werden.

Auf einem Wochenendseminar zur Gruppendynamik der Tutorengruppe wurde deutlich, daß zum Finden des Gleichgewichts zwischen interner inhaltlicher und persönlicher Auseinandersetzung und nach außen gerichteter Aktivität die Beschäftigung mit den Erwartungen der einzelnen Voraussetzung ist. Möglicherweise wurden, weil wir die unterschiedlichen Erwartungen bisher noch nie so deutlich formuliert und sie in die Zusammenarbeit integriert hatten, schon seit Beginn der Orientierung nach außen (also bereits in der zweiten Phase) die Widerstände verschiedener Tutoren gegen die Öffentlichkeitsarbeit immer stärker.

Die Gründe für den Widerstand gegen die "Projektflut" sind einerseits in diesem "Macherproblem" und andererseits in der noch vorhandenen Unsicherheit in der alltäglichen AG - Arbeit zu suchen. Denn eine stark nach außen gerichtete und mit Organisationsaufgaben überhäufte Tutorengruppe birgt die Gefahr, dem einzelnen nicht mehr das notwendige Maß an Unterstützung für die Arbeit in der eigenen AG zu bieten. Für die Zukunft (WS '88) formulierten die Tutoren den Wunsch nach verstärkter Integration der neu hinzukommenden Tutoren und nach gleichmäßiger interner und externer Aktivität.

Bewährt sich die Arbeitstechnik der Anamnesegruppen auch in anderen Projekten?

von Christine Rieger

Die Überlegungen im Zusammenhang mit der Öffentlichkeitsarbeit zu den AG motivierten einige Erlanger Tutoren nicht unwesentlich, mit Hilfe eines Films⁵⁷ das Konzept, die Inhalte und die Organisation der AG, aber auch den persönlichen Gewinn durch die Mitarbeit bei AG exemplarisch aufzuzeigen.

Die Arbeit in der "Filmgruppe" gestalteten wir analog den in AG praktizierten Prinzipien:

- Kleingruppe
- Direkte Konfrontation mit der Praxis
- Gleichberechtigtes Zusammenarbeiten (Peer group)
- Die Arbeitsziele legt die Gruppe selbstständig fest

Die Filmgruppe setzte sich aus sechs Erlanger Tutoren zusammen und beschäftigte sich mit den Aufgaben Planung, Entwurf eines Drehbuches, Produktion, Regie, sowie Filmschnitt. Teilweise wirkten die Mitglieder auch als Darsteller mit. Diese Kleingruppe traf sich in mindestens einwöchigem Abstand und wurde an den Drehtagen von fünf weiteren Erlanger Tutoren und einem Schauspieler - den Darstellern - sowie technisch (Kamera, Licht, Ton) durch drei Theaterwissenschaftler unterstützt.

Unser Gruppenziel, die themenzentrierte Auseinandersetzung zum Konzept der AG und die konkrete Umsetzung des Konzeptes durch das Medium Film, erarbeiteten wir selbst. Dieses Ziel versuchten wir in Form von gleichberechtigter Teamarbeit zu erreichen.

Den direkten praktischen Kontakt konnten wir bei den Teilnehmern voraussetzen, da alle über mehrjährige Erfahrungen mit AG verfügten. Vor diesem Hintergrund erarbeiteten wir ein Drehbuch, in dem wir versuchten, eine Realitätsnahe und unseren konkreten Erfahrungen entsprechende AG - Situation zu rekonstruieren.

⁵⁷VHS oder U-Matic - Kopien des ca. 30 min langen Films sind auf deutsch oder englisch erhältlich über Priv. Doz. Dr. med. Joraschky, Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6 -10, D-8520 Erlangen

Bei der Verfilmung des Drehbuchs mußten wir dennoch immer wieder Veränderungen vornehmen. Insbesondere die Figur des Patienten wurde stark durch die Person des betreffenden Laiendarstellers geprägt, der versuchte, seine persönlichen Vorstellungen vom "Patientsein" mit einzubringen. Die Modifizierungen, die dadurch am Drehbuch entstanden, stellten eine Bereicherung aus direkter praktischer Auseinandersetzung mit einer Person, die ohne genaues Vorwissen von AG möglicherweise unmittelbarer das Erleben eines realen Patienten widerspiegelt.

Die wesentliche Grundlage der AG - Arbeit, die externe Supervision, nahmen wir für die Filmgruppe während dieser Zeit nicht in Anspruch. Die bei der Arbeit entstandenen Probleme versuchten wir gemeinsam aufzuarbeiten, indem wir von Beginn an unsere Erwartungen in der Filmgruppe offen vorstellten und die belastenden Gefühle im Zusammenhang mit der Filmarbeit thematisierten. Vor allem die Phase der Dreharbeiten bedeutete für alle Beteiligten eine zeitliche und emotionale Belastung, in der es immer wieder galt, entstandene Konflikte zu bearbeiten. Gegenstand dieser Auseinandersetzungen waren zunächst Kompetenzunterschiede, die auf unterschiedlichen Vorerfahrungen mit der Filmarbeit und auf der Bewertung der vor Beginn des Projektes geleisteten Vorarbeit basierten. Im Gruppenprozeß gelang es uns in konstruktiver Weise diese Konflikte anzugehen, indem verschiedene Kompetenzbereiche abgeklärt wurden, mit dem Ziel, im Team voneinander zu lernen und uns wechselseitig zu ergänzen.

Die Zusammenarbeit mit den Darstellern aus der Tutorengruppe war anfangs durch die hektische Atmosphäre geprägt. Die kurzfristige Bekanntgabe des ersten Drehtermins - die eingeschränkte Verfügbarkeit der Kameraleute und die späte Fertigstellung des Drehbuches spielten dabei eine Rolle - stellte alle vor eine ungewohnte Situation. Die inhaltliche Vorbereitung und die Überlegungen zur Gestaltung des Filmes waren in erster Linie von den Mitgliedern der Filmgruppe ausgegangen. Das Drehbuch selbst diente nun bei der praktischen Arbeit hauptsächlich als "roter Faden", der von den Darstellern als sehr hilfreich empfunden wurde, wobei aber letztlich viele Anregungen, die während des Drehens spontan geäußert wurden, zu integrieren waren. Im Verlauf der Zusammenarbeit zeigte die Tutorengruppe ein immer stärkeres Engagement. Vielleicht fielen deswegen einige organisatorische Pannen des Filmteams nicht so stark ins Gewicht, die die Filmgruppe in große Schwierigkeiten hätte bringen können, hätten die als Darsteller mitarbeitenden Tutoren nicht so kooperativ und verständnisvoll mitgemacht, obwohl aufgrund von technischen und zeitlichen Schwierigkeiten zum Teil nicht mehr in der erforderlichen Weise auf ihre Belange eingegangen werden konnte.

Unser Konzept, das beinhaltete die AG - Arbeit zu veranschaulichen, hatten wir auf Erwartungen der potentiellen Zielgruppen des Films ausgerichtet. Es sollen in erster Linie Studenten, die noch keine AG besucht haben, angesprochen werden, aber auch Dozenten, die sich vielleicht durch den Film anregen lassen, Elemente in ihren Unterricht zu übernehmen. Wir möchten mit dem Film aber auch dem Pflegepersonal, interessierten Nichtmediziner und medizinischen Laien Informationen - nicht zuletzt mit Hilfe der im Film dargestellten "patientenzentrierten" Begegnung - anbieten. Wir haben deshalb versucht, den Film verständlich und zugleich lebendig zu gestalten.

UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE STUDENTEN VON AUSSEN

Welche Hilfe benötigen die Anamnesegruppen durch den Arzt?

von Peter Leiberich

Da studentische AG in der Regel mit stationären Patienten arbeiten, werden die im Krankenhaus arbeitenden Ärzte zur Hilfestellung bei der Patientenauswahl benötigt. Der Arzt muß zumindest dem Studenten Patienten benennen, die er für geeignet hält, bei einem Anamnesegespräch vor einer Studentengruppe teilzunehmen. Weiß der auswählende Arzt über den Ablauf einer AG Bescheid, hat er vielleicht sogar selbst in seine Studium die Erfahrung einer ganzheitlichen Anamnese und ihrer Nachdiskussion in einer Gruppe machen dürfen, wird er der Versuchung widerstehen, den Studenten besonders schwierige Patienten zuzuweisen. ("Den Herrn Müller müssen Sie nehmen, der redet unheimlich viel, mal sehen, ob Sie sich gegen ihn durchsetzen können.") Ein am Erfolg der studentische Initiative interessierter Arzt wird vielmehr zusammen mit den Tutoren überlegen, welche Schwierigkeiten für die jeweilige Gruppenstunde angemessen sind.

Es wäre beispielsweise ungünstig, bereits in der ersten Stunde ein Gespräch mit einem Tumorpatienten oder einem Patienten vorzusehen, dessen Krankheitsbild besonders stark in intime Körperfunktionen (z. B.: fehlende Entwicklung der Sexualorgane, Geschlechtskrankheiten o.ä.) eingreift. Dies würde die studentische Gruppe zunächst überfordern, muß sie doch in den ersten zwei bis drei Gruppenstundensitzungen erst als Gruppe zusammenwachsen und eine Art "Modell" für die Anamnese erarbeiten. Dies gelingt besser bei Patienten mit klar überschaubarem Krankheitsbild: bei der 75 jährigen Frau mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz, bei der 35 jährigen Kosmetikerin mit einem allergische Kontaktekzem, bei dem 22 jährigen mit Appendicitis, bei dem 45 jährigen mit der Erstmanifestation einer Hypertonie und Diabetes mellitus. Auch bei diesen Patienten kommen bereits viele wichtige Themen zur Sprache: Der Prozess des Alterns und die Vorbereitung auf die letzte Lebensphase, die Frage nach der weiteren beruflichen Existenz, die Angst vor Operationen und schwerwiegenden medizinischen Eingriffen, die Einhaltung von medizinischen Ratschlägen und Diätvorschriften. Später wird sich die AG mit der von ihr inzwischen erworbenen Kompetenz auch an schwierigere Patienten heranwagen können.

Dann kommen existenzielle Themen zur Sprache, die meist allen Beteiligten Angst machen, und gerne tabuisiert werden. Zu solchen Themen gehören die Auseinandersetzung mit schwerer chronischer Krankheit, das Verstümmelt- und Entstelltsein, schwerwiegende Einschränkungen im zwischenmenschlichen und sexuellen Bereich, die Diskussion über das Schicksal schwerbehinderter Gleichaltriger (man denke nur an das Schicksal einer 25-jährigen mit progressiver Multipler Sklerose, die noch vor wenigen Jahren aus völlig gesund war, nun im Rollstuhl sitzt und nur noch mit Mühe sprechen kann). Die AG wird jetzt über diese Probleme aufgrund des zwischen den Gruppenmitgliedern entstandenen Vertrauens offener diskutieren können. Beim Patientengespräch werden der Interviewer und die Gruppe eher in der Lage sein, sich während des Gespräches in die Situation des Patienten einzufühlen und damit ein schützendes und motivierendes Klima zu schaffen.

Vorgespräch des Arztes mit dem Patienten

Der Arzt, der von Studenten um die Auswahl eines geeigneten Patienten gebeten wird, wählt meist einen Patienten von der eigenen Station aus oder einen Patienten, den er bereits kennt. Notwendig ist immer ein kurzes Vorgespräch, um die Bereitschaft des Patienten zur Teilnahme an der AG zu erkunden. Das Einverständnis des Patienten am Ende dieses Gespräches, in dem ihm das Konzept der AG kurz vorgestellt wurde, ist die Voraussetzung für seine Teilnahme am AG-Interview. Man sollte sich nicht auf die beiläufig bei der Visite geäußerte rhetorische Frage beschränken: "Übrigens, Frau Schmitt, heute Abend haben wir wieder Studenten im Haus, die mit Ihnen ein Anamnesegespräch führen wollen. Sie machen doch mit?" Die Patientin kann in der geschilderten Visitensituation kaum ernsthaft widersprechen, sie wird sich vielleicht den ganzen Nachmittag ängstliche Gedanken über die von ihr geforderte Leistung machen und dann unsicher und verkrampft zur AG kommen. Es genügt in der Regel auch nicht, einen Patienten nur einem Studenten gegenüber zu benennen und diesem dann das Vorgespräch zu überlassen. Das zwischen Arzt und Patient geschlossene Arbeitsbündnis und das

darauf gründende Vertrauensverhältnis sollte Ausgangspunkt für das Vorgespräch und gegebenenfalls die Vorstellung der Tutoren sein. Ein solches Vorgespräch könnte folgende Mindestinformationen enthalten:

"Frau Schmitt, ich habe eine Frage an Sie. Als ich Sie aufgenommen habe, haben wir gemeinsam ein längeres Gespräch über ihre Krankheitsgeschichte und ihre jetzigen Beschwerden geführt, ein Anamnesegespräch. Das war für mich, als ihren behandelnden Arzt sehr wichtig, weil ich dadurch von Ihnen die Informationen bekam, die mir halfen, Ihre Situation zu verstehen und Ihre Symptome richtig einzuschätzen. Von einem Patienten eine Anamnese zu erheben, soll man im Studium lernen. Es gehört ein bißchen Übung und Anleitung dazu. Könnten Sie sich vorstellen, daß Sie noch einmal, und zwar diesmal mit einem Studenten, ein solches Gespräch führen? Heute kommt eine Gruppe von Studentinnen und Studenten, die solche Gespräche üben wollen. Keine Angst, es ist eine kleine Gruppe von acht Leuten, und es wird nur einer mit Ihnen sprechen, während die anderen still zuhören. Das Gespräch wird etwa eine halbe Stunde dauern, vielleicht auch ein bißchen länger. Ein Student holt Sie um 18 Uhr ab und bringt Sie in den Seminarraum am Ende des Ganges. Die Studenten sprechen anschließend unter sich über den Verlauf dieser Anamnese, darüber, was gut gelaufen ist, wie man vielleicht besser fragen kann, welche Krankheit vorliegt usw. Das passiert alles unter strenger Schweigepflicht. Ihr Gesprächspartner und die anderen Studenten können dadurch lernen, wie man ein solches Gespräch angenehm und fruchtbar gestalten kann. Ich will Sie allerdings nicht dazu überreden, nur ermutigen, denn es ist eine freiwillige Entscheidung von Ihnen. - Gut, Sie können sich das vorstellen? Das hilft uns sehr weiter. Vielen Dank!"

Wenn eine entsprechende Gelegenheit besteht, sollte man auch den abholenden Gruppenteilnehmer oder Tutor kurz persönlich vorstellen. Das erhöht das Vertrauen des Patienten und baut mögliche Ängste ab. Man kann auch auf die positiven Erfahrungen anderer Patienten hinweisen: Die AG als Chance, das eigene Schicksal einmal länger und als Ganzes darstellen können.

Rückmeldung als Chance für die Fortsetzung des Dialoges

Am Tag nach der AG ist ein kurzes Nachgespräch des Arztes mit dem ausgewählten Patienten sinnvoll. Welche Eindrücke bringt der Patient aus der AG mit? Hat ihn das Gespräch belastet? Häufig wird der Arzt das Gegenteil hören: Es sei angenehm und positiv gewesen, länger über die Krankheit sprechen zu können, eine kleine Entlastung für die Seele. Die Studenten seien aufmerksame und interessierte Zuhörer gewesen. Manchmal wird der Patient dann auch von sich aus das Gespräch mit dem Arzt fortsetzen und neue Gedanken und Anregungen in den Therapieprozeß miteinbringen. Aus diesem Grund ist es auch sinnvoll, daß der behandelnde Stationsarzt von den Studenten eine kurze Rückmeldung über den Verlauf des Anamnesegespräches bekommt. Manche Ärzte werden anfangs überrascht sein, dadurch neue Eindrücke und Informationen zu erhalten. Ergibt sich in der AG der Eindruck, der Patient bräuchte dringend ein Gespräch oder eine Hilfestellung zur seelischen Stützung, sollte ein entsprechender Hinweis an den behandelnden Arzt ohnehin selbstverständlich sein. Es läßt sich manchmal auch nicht vermeiden, daß ein Gespräch mit dem Patienten ungeschickt durchgeführt wird. Manche Patienten, insbesondere, wenn sie an chronischen unheilbaren Krankheiten leiden, weinen plötzlich. Ein uneinfühlsamer Interviewer wird eine solche tiefe Gefühlsregung nicht richtig auffangen können (wozu der Patient spüren müßte, daß auch Platz für seine Sorgen und Ängste da ist), sondern versuchen, scheinbar unbeeindruckt darüber hinwegzugehen und weitere Sachfragen zu stellen. Dem ungeschickt fragenden Studenten muß daraus kein Vorwurf erwachsen, weil er ja als lernender die AG besucht. Hat der Stationsarzt die Möglichkeiten, auf die Gefühlsverwirrung und den seelischen Schmerz des Patienten einzugehen, so geht die AG auch bei problematischem Verlauf nicht auf Kosten des Patienten.

Ist der behandelnde Arzt informiert, hat er die Gewissheit, daß der Patient keinen ernsthaften Schaden erlitten hat. Den Patienten durch die Darstellung der in der AG gewonnene Diskussionsergebnisse von einer anderen Seite zu erleben, wird auch da Türen öffnen, wo anfangs die Ärzte diesem von Studenten organisierten und selbstverantworteten Patientenseminar ablehnend gegenüberstehen.

Supervision von Anamnesegruppen - Tutoren

von Martin Pummerer

Die AG entstammen nicht zuletzt einem studentischen Bedürfnis, ein Stück Ausbildung im weitgehend verschulden Medizinstudium selbst zu bestimmen, und Defizite im Curriculum, was das Erlangen psychosozialer Kompetenz betrifft, zu beseitigen. Nach Freyberger ⁵⁸ gibt es keine optimalere Möglichkeit des psychologisch medizinischen "Erfahrungslernens", als der eigenverantwortliche psychotherapeutische Umgang mit dem Patienten. Auch 1988 wird dieser Tatsache in der offiziellen ärztlichen Ausbildung noch kaum Rechnung getragen. Bei ihrem Vorhaben sind die Studenten jedoch angewiesen auf Supervision. Ich will nun über die speziellen Anforderungen, die an die Supervision von AG gestellt werden, berichten.

Die Supervision wird in drei Doppelstunden je Semester, ebenfalls in Kleingruppen mit sechs Tutoren je Supervisor, durchgeführt. In jeder Sitzung können zwei AG - Treffen besprochen werden, mit der Möglichkeit, daß jede Gruppe etwa eine Supervisionsdoppelstunde beanspruchen kann.

Der Supervisor sollte eine psychologisch - psychotherapeutisch geschulte Person sein, mit einem möglichst ganzheitlich - medizinischen Ansatz, der die Studenten bei ihrem Selbsthilfeansatz fachkundig und wohlwollend begleitet. Daher muß er bereit sein, sich auf Neues einzulassen, und seine Zeit und Arbeitskraft in Zusammenhang mit der Supervision auch unentgeltlich einzubringen. Das Verfolgen eigener Ziele, wie Forschung oder psychoanalytische Vorgehensweise, werden als hinderlich erlebt. Ein begeisterter Lehrer, der vermitteln kann, daß ihm die Bedürfnisse der Studenten selbst "Herzensangelegenheiten" sind, wird die Studenten mehr motivieren, als einer, bei dem spürbar wird, daß er nur sein eigenes Fortkommen im Sinn hat.

⁵⁸Freyberger H. et al.: Studentische Hilfstherapeuten in der klinischen psychosomatischen Langzeitbetreuung. Therapiewoche Nr. 30, 1980, S. 5846 -5850

In der Beziehung zur Tutorengruppe sollte sich der Supervisor an dem Verhältnis älterer zu jüngerer Kollege orientieren, und das traditionelle Dozent-Student Beziehungsmuster verlassen. Eine Prüfungssituation sollte vermieden werden, und die Tutoren sollten sich ihrer Rolle so sicher fühlen, daß sie ihre Hilfsigkeit und Probleme angstfrei artikulieren können. Ausgehend von der Vorstellung, daß Tutoren Modellfunktion für die Gruppenmitglieder übernehmen, hat der Supervisor eine ähnliche Aufgabe gegenüber den Tutoren. Er sollte die Erwartungshaltung zwischen den Tutoren untereinander transparent machen. Nicht zuletzt sollte die Supervision emotional entlasten und Spaß machen. Der Spaß an der Arbeit stellt in meinen Augen die "conditio sine qua non" für die Motivation dieser anstrengenden und meist unentgeltlichen Aufgabe dar.

Wie läuft ein Supervisionstreffen ab? In der ersten halben Stunde faßt jeder Tutor ca. fünf Minuten seine letzten beiden AG - Treffen zusammen, nennt wesentliche Punkte und formuliert ein etwaiges Problem, das er zu besprechen wünscht. Dabei sollten die beiden Tutoren einer Gruppe ihre möglicherweise unterschiedlichen Anschauungen und Haltungen einbringen, ausgehend davon, daß es keinen besseren oder schlechteren Tutor gibt, sondern jeder mit seinen Kenntnissen und Fähigkeiten zum Gelingen der Gruppe beiträgt.

Danach faßte ich die genannten Fragen zusammen und brachte eventuell verwandte Dinge auf einen Nenner. Die Gruppe entschied sich dann für ein Thema. Dieser Entscheidungsprozeß ging meiner Erfahrung nach in der Regel schnell und unproblematisch vor sich, da meist ein Thema vorherrschend war. In ein bis zwei Fällen brachte die Gruppe ihr Problem so dringlich vor, daß der Eindruck entstand, die Existenz der Gruppe stehe auf dem Spiel. Dem Drängen wurde entsprochen. Auf Instrumente wie z.B. der "Blitz" wurde verzichtet.

Womit beschäftigt sich die Supervision? Ein dominierendes Problem hing mit der Rollenfindung, bzw. dem Selbstverständnis des Tutors zusammen. In der Regel schwankte er zwischen "Tutorsein" und "Grüpplingsein". Auch wenn dieser Zustand typisch für jeden frischgebackenen Tutor ist, wird hier in Erlangen die kurze Dauer von Tutorenttraining und AG spürbar. Davon unabhängig, muß sich jeder Tutor seine Stellung in der Gruppe erst erkämpfen, was häufig zum Thema der ersten Supervisionstermine wird. Soweit ich es überblicke, gelang es allen Tutoren ihre Stellung einzunehmen und auszufüllen. Dennoch war der Wunsch bei bestimmten Themen, die unter Umständen im Training zu kurz kamen (z.B. Tod und Sterben, Selbsterfahrung, Sexualität, etc.), in der eigenen Gruppe mitzudiskutieren so groß, daß wiederholt der eine oder beide Tutoren ihre Tutorenrolle kurzzeitig in der AG - Diskussion aufgaben. In diesem Zusammenhang ist z.B. ein Seminar zu erwähnen, das spontan von den Studenten aus einer AG - Sitzung heraus über das Thema Tod und Sterben organisiert wurde. Es ist mir wichtig darauf hinzuweisen, daß hier wichtige Bedürfnisse der Tutoren deutlich werden, die aber vorher, beispielsweise im Training, zumindest teilweise befriedigt werden sollten.

Das Thema Rivalität taucht meist nur in Konfrontation mit den Gruppenmitgliedern auf. Rivalität unter Tutoren kam kaum zu Sprache, sei es, weil die Tutoren das Thema nicht in die Gruppe einbrachten, oder aber die Partnerwahl gelungen war. Aus einer anderen Gruppe wurde berichtet, daß dieser die Problematik zugrundelag, daß die beiden Tutoren, die die Gruppe zusammen betreuten, miteinander nicht hundertprozentig zurechtkamen. Dagegen entwickelte sich manches Wortgefecht zwischen Tutor und Gruppenmitgliedern, welches meist mit der Rollenunsicherheit des Tutors zusammenhing. Gegen Ende des Semesters zeigte sich, daß es nun den Tutoren und Grüpplingen eher gelang, mit solch unproduktiven Situationen fertigzuwerden.

Wie gehen die Tutoren miteinander um? Manchmal wurde beklagt, der Co - Tutor rede zuviel, sei zu sehr Gruppenmitglied, oder unterstütze einen zuwenig. Diese Klagen wurden weniger, als sich die Tutoren ihrer jeweils spezifischen Funktionen Innerhalb der Gruppe, und auch der Mitverantwortung für den Co-Tutor bewußt wurden.

Überwiegend diskutiert wurde das Verhalten gegenüber Gruppenmitgliedern, die ihre eigene psychische Problematik in die Gruppe brachten, oder in der AG auch eine Psychotherapiemöglichkeit sahen. Angesprochen wurde auch das Thema der "Schweiger" und "Wortführer"

Eine regelmäßig auftauchende Frage lautete, wo die AG - Arbeit beginne und ende. Diese Abgrenzung fällt auch erfahreneren Tutoren immer wieder schwer. Wir einigten uns etwa auf folgende Faustregel: Die Grenze ist dort, wo der Patient nicht mehr im Mittelpunkt steht, sondern persönliche Bedürfnisse in den Vordergrund treten. Mein Eindruck ist der, daß der Selbsterfahrungswunsch in den Erlanger AG sehr stark war. Schüffel⁵⁹ hat darauf hingewiesen, daß ein solches Phänomen auch dann verstärkt auftritt, wenn mangels fehlender Rückkopplung, z.B. mit dem behandelnden Arzt oder den Schwestern und Pflegern auf der Station des Patienten, die Hypothesen, die man bezüglich des Patienten in der Gruppe aufstellt, nicht außerhalb der Gruppe überprüft werden können. Wir nehmen an, daß sich die AG - Arbeit noch verbessern ließe, wenn ein regelmäßiger Austausch mit den Stationsärzten vorhanden wäre.

⁵⁹Schüffel W.(Hsg): Sprechen mit Kranken. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1983, S. 75

WELCHE ANSÄTZE GIBT ES, AKTIV ZU WERDEN, UM DEN KONTAKT ZWISCHEN MEDIZINSTUDENTEN UND PATIENTEN ZU VERBESSERN?

Anamnesegruppen anderenorts und weitere Aktivitäten

von Thomas Loew

Die in diesem Buch ausführlich beschriebenen AG in unterschiedlicher Konzeption (Anzahl der Teilnehmer, Dauer) gibt es an ca. zwei Drittel der bundesdeutschen medizinischen Fakultäten.(Tab. 1)⁶⁰

Universität	Anz.der AG	Teilnehmer pro Gruppe
Aachen	4	10-12
Berlin	7	6-10
Bochum	1	8
Bonn	4	10
Erlangen	10	6-8
Essen	3	8-15
Frankfurt	2	10
Freiburg	4	8
Göttingen	2	6-10
Heidelberg	(1)	15
Köln	9	8-10
Kiel		
Mainz	4	10
Marburg	2	10
München	5	8-10
Ulm	5 (+2)	(6)-10

⁶⁰ Ergebnisse einer Umfrage von Vertretern der verschiedenen Universitäten auf dem Maitreffen der AG in Marburg im Mai '88 und eigene Erhebungen

ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit

Augenblicklich nehmen weniger als ein Prozent der deutschen Medizinstudenten an AG teil. Geht man davon aus, daß die Studienzeit zwölf Semester und die durchschnittliche Mitarbeit in AG etwa ein Jahr beträgt, so kann man annehmen, daß etwa drei bis vier Prozent der Medizinstudenten unter den momentanen Bedingungen im Laufe ihres Studiums Erfahrungen in den AG sammeln.

Auch in Wien und Zürich gibt es einige Erfahrung damit. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß die AG in Zürich hauptsächlich mit ambulanten Patienten arbeiten, die sie über Hausärzte erreichen. Das bedeutet, daß sie teilweise mit ganz anderen Krankheitsbildern als an der Universität konfrontiert werden, führt aber auch dazu, daß die AG wenig in den Universitätsbetrieb eingebunden sind, also praktisch ein Schattendasein führen.⁶¹

Simulationspatienten

Ganz anders arbeitet Prof. Habeck in Münster. Wie auch in vielen niederländischen Fakultäten üblich, setzt er Simulationspatienten ein. Es handelt sich um Schauspieler, die Krankheitsbilder, Krankengeschichten und Symptome studieren und den Studenten dann in bestimmten Unterrichtsveranstaltungen, die zum Teil ähnlich wie AG konzipiert sind, anstelle von Patienten zur Verfügung stehen.

Prof. Habeck ist der Ansicht, daß die Simulationspatienten gewisse Vorteile haben. Sie stehen je nach Bedarf zur Verfügung, was bei "richtigen" Patienten nicht immer der Fall sei; sie können das Krankheitsbild, das sie darstellen, dem Wissensstand der Studenten anpassen, der Ablauf ist

⁶¹Angaben in Interviews, die wir mit verschiedenen Studenten im Zusammenhang mit dem Erlanger Anamnesegruppen - Video -Film - Projekt anlässlich des Internationalen Balinttreffes 1988 in Ascona aufzeichneten.

wiederholbar und wird damit überprüfbar. Der Simulationspatient kann gegebenenfalls z.B. zur Bewertung der Vorgehensweise herangezogen werden. Erstmals wurde an der Mc Murphy Universität in Kanada mit diesem "Unterrichtsmaterial" gearbeitet.⁶²

Balintstudentengruppen

Eine weitere Möglichkeit stellen die Balintstudentengruppen dar.⁶³ In der Bundesrepublik werden sie an etwa zehn Universitäten, meist für Medizinstudenten im Praktischen Jahr angeboten.⁶⁴ Sie erreichen aber nur einen sehr geringen Teil der Studenten; das Angebot, aber Erlanger Erfahrungen nach auch die Nachfrage, ist wesentlich geringer als bei den AG. Im Ausland sind Balintstudentengruppen weitaus beliebter, beispielsweise in der Schweiz, oder in Österreich; in Italien, Frankreich, Großbritannien, aber auch in Ungarn existieren einige Gruppen, wie sich im Zuge des Internationalen Balinttreffens in Ascona herausstellte.⁶⁵

"Medizin und Ethik"

⁶²nach Prof. Habeck; aus einem Interview, das wir im Zusammenhang mit dem Erlanger Filmprojekt im März '88 in Insbruck aufzeichneten.

⁶³Weiteres zum Konzept der Balintstudentengruppen Seite 114 f.f. und Seite 118 f.

⁶⁴Ergebnisse einer Umfrage von Vertretern der verschiedenen Universitäten auf dem Maitreffen der AG in Marburg im Mai '88 und eigene Erhebungen

⁶⁵Angaben in Interviews, die wir mit verschiedenen Studenten im Zusammenhang mit dem Erlanger Anamnesegruppen - Video -Film - Projekt anlässlich des Internationalen Balinttreffes 1988 in Ascona aufzeichneten.

Erwähnt werden soll in diesem Zusammenhang auch das Projekt "Medizin und Ethik" an der Universität Graz.⁶⁶ Vor ca. acht Jahren begannen die ersten Studenten dort Patienten während des stationären Aufenthalts zu betreuen. Im Brennpunkt steht die Beziehung. Der Zeitaufwand für den einzelnen Betreuer ist abhängig von der jeweiligen Situation, entsprechend den Bedürfnissen des Patienten, die bei einem Kind anders sind als etwa bei einem Sterbenden. Bei manchen Patienten sind einige Minuten täglich notwendig, andere werden ein bis zwei Stunden pro Woche besucht. Es gibt regelmäßige Termine, zu denen sich die betreuenden Studenten, Pflegepersonal, Ärzte und Psychologen, die auf der jeweiligen Station arbeiten, treffen und ihre Wahrnehmungen austauschen und Probleme diskutieren.⁶⁷

Warum gibt es verschiedene Ansätze?

⁶⁶Medizin und Ethik - Bericht 79 bis 84. Österreichische Hochschülerschaft, Fakultätsvertretung Medizin, Graz, 1984

⁶⁷Angaben in Interviews, die wir mit verschiedenen Studenten im Zusammenhang mit dem Erlanger Anamnesegruppen - Video -Film - Projekt anlässlich des Internationalen Balinttreffes 1988 in Ascona aufzeichneten.

Ob die Studenten den Schwerpunkt eher auf die AG oder Balintarbeit setzen, hängt meiner Ansicht nach in erster Linie von Umfang der Kontakte ab, die die Studenten in der Ausbildung mit Patienten haben. Während in Deutschland die allermeisten doch erst sehr spät (nämlich im Praktischen Jahr) intensiv über einen längeren Zeitraum mit Patienten zu tun haben, ist im Studium selbst, besonders im vorklinischen Abschnitt, das Bedürfnis größer, überhaupt mit Patienten in Berührung zu kommen. Hier bieten sich die AG an. In Ländern, in denen eine Einbindung in den Klinikbetrieb früher stattfindet, wie z.B. in Frankreich oder der Schweiz, oder auch in Ungarn, wo sehr viele Medizinstudenten bereits frühzeitig in Krankenhäusern oder im Notdienst arbeiten⁶⁸, ist das Bedürfnis stärker, sich über bereits erlebte Patientenbeziehung auszutauschen (also in Balintstudentengruppen). Ein weiterer Gesichtspunkt ist sicher auch der Bekanntheitsgrad oder das Ansehen, den das jeweilige Angebot gerade hat, bzw. das Charisma derjenigen Person, die diese Aktivität unterstützt.

Insgesamt werden diese Angebote leider nur von einem ganz geringen Prozentsatz der Medizinstudenten tatsächlich wahrgenommen, obwohl sich in Gesprächen immer wieder herausstellt, daß ein Interesse vorhanden ist, das jedoch sofort geringer wird, soll "man etwas dafür tun", wie ein Medizinstudent aus Ungarn dieses Jahr in Ascona bedauerte. Man darf die Schuld aber nicht nur bei der sicher bei vielen Studenten ausgeprägten Konsumhaltung suchen, die man interessanterweise selbst über alle weltanschaulichen Grenzen hinweg beobachten kann. Eine Rolle mögen auch die immer weiter verschärften Prüfungsbedingungen und Studienbedingungen darstellen, und die daraus resultierende Furcht, sich zu verzetteln und letztlich den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein, so daß sich viele Studenten auf das Pflichtprogramm beschränken. Eine Tendenz, die man auch außerhalb der Medizinischen Fakultäten beobachten kann, und die, wie ich glaube, langfristig dazu führt, daß sich die Kreativität und das Engagement des einzelnen verringert, was das Klima an den Universitäten und in den Kliniken negativ beeinflusst, den Fortschritt behindert und deshalb den Patienten eher schadet.

Interview mit Prof. Boris Luban - Plozza

⁶⁷ebenda

von Matthias Merklein

Folgendes Interview führte Matthias Merklein mit Prof. Dr. med. Boris Luban Plozza am 25. März 1988 in Ascona, am Rande des 16. Internationalen Balint - Treffens. Es wurde im Zusammenhang mit dem Erlanger Filmprojekt aufgezeichnet.

"Welche Bedeutung hat die patientenzentrierte Medizin für Dich?"

Boris Luban-Plozza: Sie hat sehr frühzeitig Bedeutung erhalten. Ich war zwölf Jahre lang Landarzt in einem kleinen Tal in der Südschweiz gewesen. Dort verspürte ich, daß Patient, Nachbar und Freund ziemlich identisch waren. Man lebte mit den Leuten zusammen. Auch mein Vater war 35 Jahre lang Arzt in diesem sehr armen Tal gewesen. Viele Probleme spielten da eine Rolle, soziale, familiäre, finanzielle... Damals fühlte ich, daß ich an der Universität und als Assistenzarzt nicht genügend gelernt hatte, um mit solchen Problemen umzugehen. Intuitiv versuchte ich, Lösungen zu finden, bis ich auf Michael Balint stieß und sein Buch: "Der Arzt, der Patient und die Krankheit"; das war für mich ein Erlebnis. Später hatte ich die Gelegenheit, ihn in London kennenzulernen.

Diese sehr einfache Arbeit in einem kleinen Schweizer Tal hat ihn interessiert und so kam er mich besuchen; und ich muß sagen, ich war ganz erstaunt, daß er, der berühmte Michael Balint, sogar Hausbesuche mit mir machte. Viel durfte ich mit ihm besprechen, über meinem Beruf und mein Leben. Durch die Begegnung mit ihm sah ich, daß eine Patienten- bezogene, Praxis- bezogene, ja dynamische Medizin gibt. Dies war für mich ausschlaggebend geworden...

...ich glaube, daß es auch für den Patienten sehr schwierig ist, zu verstehen was Patienten- bezogene Medizin, was Psychosomatik, was ganzheitlich in der Medizin bedeutet. Es ist unsere Aufgabe, mehr zu informieren, zu erklären. Wir müssen weiterkommen auf der Ebene der Information, der Beziehungsebene und ganz besonders in der Beziehungsdiagnostik, d.h. was macht der Patient mit mir - was mache ich mit dem Patienten!

Wir müssen weiterfragen, die Bedeutung des "Hier und Jetzt" erkennen, uns für Fragen interessieren wie: Warum kommt der Patient zu mir?

Warum kommt der Patient gerade jetzt?

Wir müssen den Patienten wahrnehmen, das "dritte Ohr", das "dritte Auge" benützen! Das ist für mich Patienten- bezogene Medizin. Dabei sollte man die naturwissenschaftliche Seite der Medizin jedoch auf keinen Fall vernachlässigen.

Der Student sollte auch schon sehr früh mit der psychologischen Seite des Patienten konfrontiert werden. Er sollte diese Aspekte in seine naturwissenschaftlich orientierte Ausbildung integrieren können.

Matthias Merklein: Wie könntest Du es Dir vorstellen, Deine Ansicht von Medizin den Studenten näherzubringen ?"

Boris Luban-Plozza: "Nähe ist sehr wichtig!... Wir müssen uns den Studenten gegenüber verschreiben,...alles geben, was wir wissen. Ich glaube, daß gerade die Gruppe sehr viel geben kann.

Deshalb habe ich 1969 mit den studentischen Balintgruppen, den sogenannten Junior - Balintgruppen angefangen.

Ich habe sehr bald gemerkt, daß die Begeisterung eines einzigen Studenten, in Sinne der Selbsthilfe, sehr viel bedeuten kann, daß ein Bedürfnis von studentischer Seite besteht, die eigenen Schwierigkeiten, die eigenen Probleme, die eigenen Schwächen und die eigenen Ängste zu diskutieren.

Ein nächster Schritt war dann die gemischte Balintgruppe in Heidelberg 1973, wo Studenten und praktische Ärzte miteinander arbeiteten. Dieses Beispiel mag wegweisend sein, denn ich glaube, daß die Studenten viel von den Praktikern lernen können - aber auch umgekehrt.

Deshalb empfehle ich weniger reine studentische Balintgruppen, sondern rate immer dazu, einen oder mehrere praktizierende Ärzte dabei zu haben. So kommt es zum Austausch, zum Dialog, vielleicht auch zur Konfrontation. Der Student muß sich so sehr bald mit den Problemen der Praxis auseinandersetzen... Vor sechzehn Jahren hatten wir dann die Idee, die Studenten mit zu den Balinttreffen in Ascona einzuladen... In diesen Gruppen arbeiten Ärzte aus Praxis und Spital, sowie Universitätsdozenten mit den Studenten zusammen, mit gleichen Rechten und gleichen Pflichten. Am Anfang gab es tatsächlich Auseinandersetzungen; der gemeinsame Weg führte jedoch zu einem gegenseitigem besseren Verständnis, zum Miteinander, mit dem Ziel vor Augen, voneinander zu lernen. Wir sollten immer Studenten bleiben!

...Es ist wie eine Entdeckungsreise, und wir sind dabei der Praxis sehr nahe: Wenn ich einen guten Tag habe, wird das der Patient sehr bald merken, und er wird mit mir zusammen auch eine "Entdeckungsreise" machen, nach der ich ihn und seine Bedürfnisse besser verstehe. Ich glaube, daß der Patient sehr genau spürt, ob es mit "Eile" oder "Weile" zugeht...

...Vor fünf Jahren haben wir angefangen, mit den Patienten - Angehörigen - Experten - Gruppen, die dann sehr bald "monte verità" - Gruppen genannt wurden. Wir haben bisher mit an Brustkrebs erkrankten Frauen, mit depressiven Patienten, und dieses Jahr mit psychosomatischen Kranken gearbeitet. Dabei bemerkten alle, die in der Gruppe zusammenarbeiteten, Ärzte, Studenten, Krankenpfleger, Patienten, und insbesondere Familienangehörige erstaunt, daß sie viel Neues entdecken konnten - in so kurzer Zeit... Leider sind wir oft zu wenig bereit zu einem Neubeginn, oder wenigstens Altes in neuem Licht zu sehen... Bei jedem Krankenbesuch, besonders dem Hausbesuch, bei jeder Begegnung mit dem Patienten kann es zu einer echten Beziehung kommen. Das darf ich aber nicht vom Patienten erwarten - es liegt an mir. Ich muß merken, was der Patient wirklich braucht. Und deshalb versuche ich immer wieder darauf hinzuweisen, daß wir an uns arbeiten sollten. Ich begrüße daher außerordentlich, wenn Studenten in Junior - Balint - Gruppen, in AG zusammenkommen. Dort können sie ihre Ängste abbauen, sie können ihre Probleme besprechen.

Ich bedauere, daß für Krankenpflegepersonal so wenig Möglichkeit besteht, dabei mitzuarbeiten. Ich bin überzeugt, daß eine Zusammenarbeit in diesem Sinne wesentlich sein kann - auch für die Studenten.

Ich kann mich erinnern, daß Erich Fromm, mein Freund und Lehrer, der leider sehr viel Zeit in Spitälern verbringen mußte, zu mir sagte: "Siehst du, meine Krankenschwester ist der wichtigste Mensch für mich, wichtiger als der Professor, als die Koryphäe Soundso." Als ich ihn fragte, warum, sagte er zu mir: "Weil sie mir so gut zuhört; sie nimmt mich so wahr, wie ich bin!"

Wir sollten uns deutlich machen, daß der Patient uns ständig beobachtet, daß jedes Wort, das wir sagen, wie Dynamit wirken kann, positiv oder negativ. Wir sollten uns, glaube ich, häufiger deutlich machen, daß wir ständig gefordert sind. Wir dürfen nicht einfach auf das Vertrauen des Patienten setzen, wir müssen es gewinnen.

Studenten haben die wunderbare Möglichkeit, noch "frech" denken zu können, da sie noch nicht verlernt haben, spontan zu sein, beispielsweise einmal einfach die Hand des Patienten zu halten....

...Wenn man mich fragt: "Was ist das Schwierigste in der Praxis?", sage ich immer: "Es ist das "sich selbst" zu verschreiben, etwas von der eigenen Substanz diesem Menschen mitzugeben, der hier zu mir gekommen ist."

Und dann noch etwas:

Sehr wichtig und sehr schwierig ist es, den Mut zum Menschen zu entwickeln. Wenn wir etwas verstanden haben, dann müssen wir es baldmöglichst dem Patienten mitteilen, denn diese Mitteilung bedeutet für den Patienten sehr viel. Sie kann ihm den Weg erleichtern. Das sollten wir möglichst früh, eben als Studenten, lernen, um den Patienten ganzheitlich wahrzunehmen, seine Bedürfnisse zu verstehen...."

Hinweise zur Balintarbeit - Das Balintdokumentationszentrum in Ascona

Unter Mitwirkung der Gemeinde Ascona wurde ein Dokumentationszentrum gegründet. Die Einrichtung stellt Ärzten und Studenten Bücher, Zeitschriften, Artikel und Programme zur psychosomatischen und psychosozialen Medizin zur Verfügung. Wer zu Studien - und Forschungszwecken von diesem Angebot Gebrauch machen will, möchte seinen Bedarf bitte schriftlich anmelden.

Das Zentrum begrüßt dankbar jede Unterstützung in Form der Überlassung von Unterlagen, die geeignet sind, die Dokumentationen und die Bibliographie zu bereichern und zu erweitern.

Sekretariat: Prof. Dr. med. Boris Luban - Plozza
Piazza Pedrazzini
CH - 6600 Locarno

Förderung beziehungsorientierter Ausbildung Asconeser Modell - Preis für Medizinstudenten

Mit dem Treffen in Ascona soll u.a. das studentische Bemühen gefördert werden, aus neuen Ansätzen eine Patienten - und beziehungsorientierte Ausbildung zum Arzt weiterzuentwickeln. Mit einem - von der Firma Pharmaton (Lugano) gestifteten - Preis in der Höhe von 6000,- Sfr. sollen die Arbeiten von Medizinstudenten ausgezeichnet werden, die sich aufgrund persönlicher Erfahrung mit Ausbildungsaspekten der Arzt - Patient - Beziehung befassen.

Das Internationale Wissenschaftsforum der Universität Heidelberg, das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, die Gesellschaften für psychosomatische Medizin von Frankreich, Österreich, Italien und der Schweiz, sowie die Internationale Balint Vereinigung benennen Beauftragte, die zusammen mit studentischen Vertretern das Preisrichterkollegium bilden.

Die Arbeiten werden nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. Die vorgelegte Arbeit ist wesentlich zentriert auf eine persönliche Erfahrung innerhalb der Student - Patienten - Beziehung. (Exposition)
2. Diese wird - allein oder in der Gruppe - im Rahmen des Beziehungsnetzes zwischen dem Studenten, dem Pflegepersonal, der Hierarchie und den verschiedensten Institutionen erlebt und verarbeitet. (Reflexion)
3. Sie zeigt die Reflexion des Studenten über solche Erfahrungen und ihren Einfluß auf sein berufliches Erleben und Handeln auf. (Aktion)
4. Sie öffnet Wege, die hierfür notwendigen Freiräume in seiner Ausbildung zu schaffen. Der oft unterdrückte Zugang zu den eigenen Gefühlen und Phantasien wird in die Auseinandersetzung mit der ärztlichen Verantwortung einbezogen. (Progression)
5. Bereits eingereichte Diplomarbeiten und Dissertationen werden wie bisher nicht berücksichtigt.

Einsendeschluß ist Ende Dezember.

Je drei Exemplare der Arbeit sind zu richten an:

Prof. Dr. med. W. Schüffel

Leiter der Abt. Psychosomatik der Universität, D - 3550 Marburg

Dr. med. H. H. Dickhaut

1. Vorsitzender der Deutschen Balint - Gesellschaft, Lienfeldergasse 27

A - 1160 Wien oder Lutherstr. 10, D - 6350 Bad Nauheim und

Prof. Dr. med. B. Luban - Plozza (Adresse siehe S.116)

Studenten, die eine Arbeit eingereicht haben, sollten auch am Treffen teilnehmen!

Von der Anamnesegruppe in die Balintgruppe - Erfahrungen

von Lisa Selhorst und Christoph Koch

Nach zweijähriger AG - Erfahrung als Teilnehmerin und Tutorin habe ich in diesem Semester zum ersten Mal an einer Balintgruppe teilgenommen. Eigentlich war mir dieser zusätzliche Gruppentermin ja zuviel, aber die Neugierde und positive Erfahrungen, die ich bislang in AG gemacht hatte, haben mich motiviert. Die Gruppe wird von Dr. Jecht, einem ausgebildeten Balintgruppenleiter, für PJ - Studenten angeboten. Die Teilnehmerzahl bewegt sich zwischen sechs und neun Studenten. Im ersten Teil der Sitzung berichtet abwechselnd jedesmal ein anderer Student von einem Patienten, den er während der Stationsarbeit kennengelernt hatte. Er beschreibt ihn, erzählt von seinen Erlebnissen und eventuellen Schwierigkeiten. Danach erhalten die Teilnehmer eine Zeitlang Gelegenheit, Fragen zu stellen. In der folgenden Diskussion wird versucht, die beschriebene Beziehung nachzuvollziehen, indem wir unsere Eindrücke austauschen. Anders als ich es aus der AG gewohnt war, hält sich der vortragende Student zunächst ganz zurück. Am Schluß hat er dann Gelegenheit, sich zu den Anregungen, Phantasien, und Beobachtungen zu äußern. Der Balintleiter interveniert eigentlich nur selten. Meistens faßt er Stellungnahmen zusammen oder spornt die Teilnehmer an, persönliche Eindrücke oder Gefühle zu schildern, die meiner Ansicht nach sehr wichtig sind. Im Gegensatz zur AG - Arbeit bleiben seine Meinung oder seine Gefühle im Hintergrund. Nach anfänglichen Schwierigkeiten habe ich das doch als sehr positiv erlebt, weil sich dadurch die Gruppe unbefangener und selbstständiger ein Bild von der Beziehung machen kann. Es war auffällig, daß es Studenten, die bislang noch nicht an AG teilgenommen hatten, meiner Meinung nach schwerer viel, Phantasien als durchaus bedeutsam für die reale Beziehung zu akzeptieren. Im Unterschied zur AG ist der Kontakt zum Patienten nach diesem Gruppenabend oft noch nicht beendet, die Vortragende hat die Möglichkeit, Erkenntnisse aus der Balintgruppensitzung in die weitere Arbeit mit dem Patienten einfließen zu lassen; man spürt sehr deutlich, daß sich die Studenten verantwortlich für ihre Patienten fühlen.

Bedeutsam für mich war die Schilderung von einer Intensivpatientin. In der Diskussion wurde mir bewußt, wie distanziert unser Verhältnis zur Intensivmedizin ist. In einem Betrieb, wo Leben oft nur noch auf dem Monitor sichtbar ist, ist es schwierig, eigenen Ansprüchen gerecht zu werden. Gerade hier wird deutlich, daß eine häufig vorkommende Erwartung, nämlich die, immer "offen" und "gesprächsbereit" zu sein, zu hochgegriffen ist, und nicht erfüllt werden kann. Mir wurde insbesondere hier klar, daß die Auseinandersetzung in einer Balintgruppe eine Hilfestellung bedeutet.

Es ist wichtig und schön, Raum zu haben für Reflexion und bewußte Wahrnehmung, die ich gerade in der AG und Balintgruppe gut schulen kann.

Die Balintgruppe stellt für mich zur Zeit quasi eine Fortsetzung der AG - Arbeit dar, sie bietet mir die Möglichkeit, mich selbst und eine patientenzentrierte Medizin kennenzulernen.

Literaturempfehlung:

Roth J. K. Hilfe für Helfer Balintgruppen. Piper Verlag, München, 1986

Kontinuität - Das Marburger Maitreffen und die Zeitschrift für Patientenorientierte Mediziner(ausbildung)

von Peter Buttner

Es gibt mehrere Gründe, die für die Entwicklung der AG aufgeführt werden können, beispielsweise die gemeinsamen Bedürfnisse von Medizinstudenten nach patientenorientierter Medizin und Kontakt mit Patienten. Außerdem scheint die Bereitschaft unter Studenten, sich selbst zu helfen, gestiegen zu sein. Bedeutung mag weiterhin die institutionelle Entwicklung der Psychosomatik der letzten 20 Jahre haben. Das erklärt jedoch nicht ausreichend die bemerkenswerte Konstanz dieser "Bewegung". Diese Konstanz ist - vor allem für so fluktuierende gesellschaftliche Gruppen wie die Studentenschaft - nicht selbstverständlich, zumal sich die intellektuellen Moden und das studentische Selbstverständnis innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte mehrfach gewandelt haben.

Zwei Angelpunkte haben vor allem in dem vergangenen Jahrzehnt eine besondere Rolle gespielt: Die jährlichen Treffen in Ascona⁶⁹ und in Marburg.

Das Maitreffen

⁶⁹ Siehe das Interview mit Boris Luban Plozza, S.113

1980 war das erste offizielle AG - Treffen in Marburg (davor gab es einige informelle). W. Schüffel, der die Idee der AG mit seinen Studenten in Ulm entwickelt und nach Marburg mitgenommen hatte, lud ein zum "Maitreffen". die studentischen "Asconauten", die sich im Frühling im Tessin begeistert hatten, sollten nun auch als "Ackerbauern" Gelegenheit haben, zu besprechen, wie der harte Boden am Heimatort bestellt werden kann.⁷⁰ Das Maitreffen war als Arbeitstreffen konzipiert. Diese Funktion hat es bis heute.

Marburg ist mit dem jährlichen Maitreffen der überregionale Anlaufpunkt für AG. Eingeladen sind "Anamnesegrüpler" und alle, die es werden wollen. Immer wieder sind Medizinstudenten dabei, die an ihrer Heimatuniversität keine AG haben und die dort welche aufbauen möchten. Auf diese Weise entstanden in den letzten Jahren AG in München und Bochum.

Die Situation der ersten Jahre war anders als heute. Das Konzept AG war neu. An den Unis gab es viele Widerstände gegen diese Reformversuch von unten. Es ging mehr als heute darum, sich in einer Umgebung zu behaupten, die sich gegenüber psychosomatischen Gedanken eher ablehnend verhielt. In Marburg wurde in den letzten Jahren ein Thema immer wieder diskutiert: Kontinuität - ein Leitmotiv der Maitreffen. Auch das regelmäßig stattfindende Treffen selbst ist ein Stück Kontinuität für die AG - Arbeit. Durch den wiederkehrenden Termin (jeweils das erste Wochenende im Mai), seine zeitliche Nähe zum Asconeser Treffen und vor allem durch das persönliche Engagement von W. Schüffel und der Marburger Tutoren ist das Maitreffen neben Ascona zum wichtigsten Motor der AG - "Bewegung" geworden.

Wie alle jungen Bewegungen haben auch die Maitreffen eine sehr private Tradition. Der Freitag beginnt mit Kaffee und Kuchen bei Schüffels: Treffpunkt, Einstimmung, bekannte Gesichter, erste Kontakte, Organisation und die Verteilung von Schlafplätzen. Am Abend das erste Arbeitstreffen: Auswahl der Themen und Einteilung der Arbeitsgruppen.

⁷⁰ Schüffel W., Schneider A., Egle U., Bregulla S.: "Asconauten und Ackerbauern"- Studentischen und ärztliche Generationen üben patientenzentrierte Gruppenarbeit. In: Pöldinger W., Weiss G.: Beziehungsdiagnostik und Beziehungstherapie. Forum Galenus Mannheim, Band 10, im Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 1983

Am nächsten Tag beginnen die Gruppen. "Tagungs" - Ort ist das Uniklinikum Lahnberge. Jede Gruppe fängt als "ganz normale AG" an. Unsere Patienten sind stationäre Kranke des Klinikums. Für viele Tutoren eine seltene Gelegenheit, selber wieder einmal "Grüppling" zu sein. Für Grüpplinge Gelegenheit, sich als Tutor auszuprobieren. Für alle eine Möglichkeit, neue Erfahrungen zu sammeln, unabhängig von den vielleicht eingefahrenen Gewohnheiten der eigenen Gruppe zu Hause.

Der Nachmittag ist für das Arbeitsthema da. Wiederkehrende Themen (Arbeitsgruppen) der letzten Jahre: "Tutorentaining", "POM" (die Zeitschrift für patientenorientierte Mediziner(ausbildung)), "Supervision", "Einstieg in AG", und "Kontinuität". Daneben immer wieder aktuelle Fragen: Welche Uni übernimmt die Redaktion für das nächste "POM"? Wie ziehen wir das nächste Tutorentaining auf? Das Thema "Kontinuität" ist so wichtig, wie schwierig: Wie können wir unsere jetzigen Erfahrungen für später verwerten? Trotz des Arbeitscharakters des Treffens geht es nicht nur um Arbeit. Das innere Band des Maitreffens ist für viele der persönliche Kontakt, vielleicht auch das "Gefühl der großen Gruppe". Noch einfacher: Der Spaß! Der Samstag schließt mit einem gemeinsamen Fest. Am Sonntag folgt im Plenum das Resümee der Gruppen, die anstehenden Beschlüsse (nächste "POM" - Redaktion...) - und der Abschied.

Die kontinuierliche Entwicklung der AG über regionale Grenzen hinweg steht und fällt mit der Möglichkeit sich konstant auseinandersetzen zu können. Dies ist nur möglich, wenn ein Platz dafür existiert. Dieser Platz ist geschaffen durch die Anlaufpunkte Marburg und Ascona, bzw. die konstante Arbeit der Mediatoren Boris Luban - Plozza und Wolfram Schüffel.

Die Zeitschrift für patientenorientierte Mediziner(ausbildung)

Dieser "Sammelpunkt" ist jünger als Maitreffen und Ascona. Die Idee zu diesem Forum kommt aus der ersten Tutorengeneration aus Marburg. Jetzt liegt "POM" im sechsten Jahrgang vor. Jedes Jahr hat eine neue "AG - Stadt" (also Anamnesegrüpler und Tutoren einer Universität) die Redaktion übernommen. Das Konzept hat sich bewährt, immer neue Gruppen werden so zum temporären Mittelpunkt der "Szene". "POM" ist Organ für alle: Für die Eingewachsenen eine Möglichkeit des Austauschens, für Neue eine erste Information über AG. Und die "message" für alle: Die AG leben!

Öffentlichkeitsarbeit und Anamnesegruppen

von Thomas Loew

Einige hundert Seiten sind es mittlerweile sicher, die über die AG geschrieben worden sind. Zugänglich sind diese Berichte in erster Linie denjenigen, die sich dafür interessieren, von den beiden Berichten, die in den letzten vier Jahren in der "bild der wissenschaft" veröffentlicht wurden, einmal abgesehen, die ein größeres Publikum erreicht haben dürften. Informationen über die AG sind schwer zu beschaffen, beispielsweise wegen der kleinen Auflagen oder einem Vertriebsweg, der fast nur Insider erreichen kann.

Ich glaube, alle Beteiligte sind sich einig, daß die AG ihre Berechtigung haben (ich erlaube mir, auf die vorhin erwähnten vielen hundert Seiten zu verweisen). Auch die Interviewten scheinen sich wohlzufühlen.⁷¹

Folgende These möchte ich nun zur Diskussion stellen: Die AG lassen sich mit "Pflanzen" vergleichen, die mittlerweile in vielen Universitäten "blühen" - jedoch: Sie blühen im Verborgenen! Sollten wir nicht aufmerksam machen auf uns? Wenn ja, was könnte passieren? Könnte vielleicht etwas passieren?

In den Erlanger Nachrichten, lokaler Ableger einer großen Nordbayerischen Tageszeitung sind etwa fünfzehn, zwischen 5 und 60 Zeilen lange Meldungen veröffentlicht worden, zum Teil in dem allen regionalen Ausgaben gemeinsamen Hochschulteil, der über eine halbe Million Leser erreicht.

⁷¹Siehe Seite 69

Die Veröffentlichungen führten dazu, daß die AG uniintern bekannter wurden (auch Professoren und Studenten lesen Zeitung). So ergab sich auch die Gelegenheit, in der offiziellen Universitätszeitung ausführlicher über die Arbeit zu berichten. Doch eine Darstellung in der breiteren Öffentlichkeit bewirkt noch mehr. In Nürnberg wurden z.B. Dozenten der evangelischen Fachhochschule für Sozialpädagogik auf unsere Arbeit aufmerksam, und so hatten später auch angehende Sozialarbeiter die Möglichkeit, etwas über patientenzentrierte Ansätze von Mediziner, den "peergroups" und dem Tutorenmodell zu erfahren. Auch Psychologen und Theologen zeigten sich interessiert. "Marketing" und "AG" sind Begriffe, die sich auf den ersten Blick eigentlich widersprechen. Erfahrungen aus der Konsumforschung sind meiner Ansicht jedoch in der Form insofern anwendbar und auch vertretbar, wenn es darum geht, Bedürfnisse, die tatsächlich bestehen und die unserer Meinung nach auch berechtigt sind, bewußt zu machen. Die Nachfrage beeinflußt vielleicht doch das Angebot. Ich denke, daß eine Darstellung nach außen gerade auch im Bezug auf die öffentliche Diskussion um den AiP, die soeben realisierte Reform des Gesundheitswesens oder der Ärzteschwemme wertvoll ist. Viele Patienten spüren, was ihnen fehlt, und sind mit dem Angebot nicht zufrieden. Es besteht die Chance auf Ansätze, Vorschläge, Aufgaben, aber auch Grenzen einer "neuen Medizin" hinzuweisen. Wir dürfen das Feld nicht den kommerziellen Meinungsmachern, den Boulevardblättern etc. überlassen. Die Allgemeinheit hat das Bedürfnis mehr Informationen zu erhalten, und deshalb sind die Auflagen dieser Publikationen hoch.

Leider hat es bisher noch keine Leserbriefe zu dem Thema AG gegeben. Ich freue mich auf den Tag, wenn der erste Patient über seine Erfahrungen und Ansichten zu unserer patientenorientierten Medizinerbildung berichtet. Anknüpfend an die vorhergehenden Gedanken wäre die Arzt - Patient - Beziehung ein meiner Ansicht nach gewichtiges Argument in der öffentlichen Diskussion um die bereits aufgeführten Punkte, die sich, denke ich, bisher zu sehr auf die Aspekte Patient - Arzt - Bezahlung oder Patient - Arzt - Beanspruchung konzentriert. Ich hoffe, daß das nun vorliegende Buch, von Medizinstudenten konzipiert und zum Großteil von Studenten selbst verfasst, auch mit dem Hintergedanken, den ein oder anderen interessierten Patienten zu erreichen, in diesem Sinne einen Anstoß darstellt. Es gibt übrigens bereits ein Buch, in dem eine Patientin unter anderem beschreibt, wie sie als Interviewte die AG erlebt hat. Sehr empfehlenswert.

Es heißt:

Zickgraf C. Ich lernen leben, weil du sterben mußt. Kreuz Verlag, 1979

RESÜMEE

von Thomas Loew

Wir haben versucht anzudeuten, wie ein patientenzentriertes Praktikum aussehen kann, und welche Möglichkeiten es für die ärztliche Ausbildung im speziellen und die Patientenversorgung im allgemeinen eröffnet. Wie bei der eigentlichen Arbeit, so spielten auch in diesem Buch persönliche Erfahrungen und Eindrücke eine große Rolle.

Es zeichnen sich zunehmend Tendenzen ab, daß Leistungs- und Elitedenken in der Gesellschaft und auch unter den Medizinstudenten mehr Bedeutung gewinnt. Die Anforderungen im Studium steigen, und mittlerweile ist die "Pseudoreform" der Mediziner Ausbildung traurige Realität. Wir sollten versuchen, die Bedeutung der Ausbildung von Studenten im Sinne einer Sensibilisierung im Umgang mit Patienten, die wir bereits erfahren konnten, mit einzubringen.

Wir Studenten sind in einer schwierigen Situation. In erster Linie befinden wir uns in den Kliniken um zu lernen. Das heißt, wir wollen entdecken, uns nähern. Wir versuchen Zusammenhänge zu sehen, und müssen uns immer, immer wieder neue Fakten einprägen. Wir vergessen wieder, wiederholen. Wir sind neugierig, möchten hören, sehen, tasten.

Es sollte uns bewußt werden, daß wir mit dieser Haltung auch dem Menschen begegnen, mit denen wir es zu tun bekommen. Wir nehmen ihn wahr, lassen ihn auf uns wirken, reflektieren darüber. Auf der einen Seite sollte das, was wir von ihm aufnehmen, sich einreihen, klinische Erfahrung werden, wird deshalb auf Symptome abgeklopft, pathophysiologisch hinterfragt, an Laborparametern, Röntgenbildern, Prognosen, Therapien festgemacht. Auf dem Weg bis ans Ziel verliert die Persönlichkeit des Patienten an Profil, wird ein Bild, wird leise, wird zu "seiner eigenen Quintessenz". Der Vergleich zu einem Buch fällt mir dabei ein. Auf der anderen Seite wissen wir, der Patient ist nicht nur Objekt für meine Studien, er ist ein Mensch, mit allem was dazugehört, mit Schmerzen, Sorgen, Angst, Freude, Wut, Persönlichkeit. Er ist krank und deshalb im Krankenhaus. Er darf erwarten, daß um ihn herum erst

einmal die Hilfe, die er braucht, im Vordergrund steht. Und da treten wir an sein Bett und sollen ihn studieren. Wir müssen spüren, daß in jedem viel mehr steckt, als wir im Laufe der kurzen Begegnungen, die wir zur Verfügung haben, erfassen können.

Jeder Medizinstudent begegnet hier dem gleichen Problem. Ich glaube, daß sich viele in den folgenden Gedankengängen wiedererkennen werden: "Aber in meinem Kopf muß sich doch auch das "medizinische Wissen" konsolidieren! Und die anderen, Studenten und Ärzte verhalten sich so, als ob sie mit der Situation zurechtkämen.... Das alles ist zu viel, als daß ich mich trauen könnte, mich auf eine ganz normale, unbefangene Begegnung einzulassen!" Abschließen möchte ich mit einem persönlichen Erlebnis. Für mich selbst bedeutet diese Erfahrung, daß es nur einen Weg, den zur patientenzentrierten Medizin geben kann. Nicht zuletzt deshalb habe ich mich entschlossen, das nun vorliegende Buch herauszugeben.

...Lehrvisite in der Kinderklinik. Abendbrotzeit. Ein Kind wird uns vorgestellt. Zehn Studenten drängen sich um sein Bett. Wir stehen, dem Kind im Bett zugewandt, mit dem Rücken zu den anderen, etwa sechs bis acht jährigen Kindern im Zimmer, die an einem Tisch in der Mitte sitzen und essen. Plötzlich wird einem von ihnen schlecht, man hört es würgen, hört, wie der Mageninhalt auf den Boden plätschert. Eine Krankenschwester, die auch im Zimmer war, fängt an zu rennen, stellt dem Kind eine Nierenschale hin, läuft hinaus um einen Lappen zu holen. Das kleine Mädchen kauert am Boden und weint.

Der Dozent stockt kurz, schaut auf das Kind, fährt aber gleich wieder mit seinem Erklärungen fort. Die Studenten werden unruhig, manche drehen sich um. Ich spüre, einige möchten sich dem Kind zuwenden, aber sie können sich nicht lösen. Die anderen tun so, als ignorierten sie, was hinter ihrem Rücken passiert. Der Oberarzt unterbricht seinen Vortrag nicht. Alle wirken wie versteinert, ich glaube, sie versuchen zu verdrängen, was um sie herum vorgeht. Ich spüre eine enorme Spannung in mir, fühle mich hin und hergerissen, es fällt mir schwer überhaupt Worte wahrzunehmen. Ich möchte raus aus der unangenehmen Situation, aber auch ich rühre mich nicht vom Fleck.

Die Schwester kommt zurück, hebt das Kind vom Boden auf und legt es in sein Bett. Fünf Minuten später ist die Visite zu Ende. Wir verlassen das Zimmer. Die Kinder sehen uns nach. Es gibt Augenblicke, da glaube ich, ich stehe wieder am Anfang.

Patiens bedeutet auch: ...der Geduld haben muß...

DANK

Im Namen aller, die augenblicklich von den AG profitieren, und denjenigen, die davon noch profitieren werden, möchten wir uns an dieser Stelle bei den Ordinarien und Vorständen der Kliniken und Lehrkrankenhäuser der Universität Erlangen - Nürnberg dafür bedanken, daß wir an Ihren Häusern tätig werden dürfen. Durch sie wurde und ist die AG - Arbeit in Erlangen überhaupt erst möglich. Danke für das uns Studenten entgegengebrachte Vertrauen, das schließlich Voraussetzung für die Kontaktaufnahme zu den Patienten ist und auch ein Bekenntnis zur Qualität des hiesigen Medizinstudiums darstellt.

Wir möchten uns weiter bei Boris Luban - Plozza bedanken, der uns erlaubte, das ausführliche Gespräch, das wir mit ihm in Ascona geführt hatten, in diesem Buch wiederzugeben. Wir möchten ihm an dieser Stelle auch für die Möglichkeit danken, uns jedes Jahr im Frühling "Asconauten" werden zu lassen.

Spezieller Dank auch an die Professoren R. Adler, Bern und D. Habeck, Münster und Dr. U. Egle, Mainz, die uns in Innsbruck im März 1988 so freundlich unsere Fragen beantwortet haben, und an alle Studenten, die in Ascona, Marburg und überall unsere Arbeit durch ihre Beiträge bereichert haben.

Wir möchten uns bedanken bei allen unseren Freunden und Weggefährten, den unzähligen Patienten, die sich für die Gespräche zur Verfügung gestellt haben, den Studenten, die in den Gruppen mitarbeiteten und nebenbei ihre Tätigkeit so konsequent protokollierten, und so auch eine nachträgliche erweiterte Auswertung ermöglichten. Wir bedanken uns besonders bei unseren Freunden in der Tutorengruppe und den ehemaligen Tutoren für ihre Solidarität und Unterstützung bei unserer täglichen Arbeit als Tutoren, auf Tutorenabenden, Wochenenden und nicht zuletzt bei den Festen.

Bedanken möchten wir uns auch bei unseren Supervisoren Dr. med. habil. E. Jecht, Dr. med. habil. P. Joraschky, Dr. med. P. Leiberich, Dr. med. M. Pummerer, Frau Dr. med. E. Steib, Frau Dr. med. I. Kunick und Frau Dipl. Psych. U. Velling, sowie allen Ärzten, die uns geholfen haben.

Besonderer Dank auch Dr. K. Liebl und Herrn O. Grosch, die das Buch verlegerisch betreuen, Prof. Dr. E. Lungershausen dafür, daß wir die technischen Einrichtungen der Psychiatrischen Universitätsklinik benutzen durften. Stellvertretend sei Silke Peters gedankt für all diejenigen, die die Manuskripte immer wieder unermüdlich gegenlesen haben und unsere Arbeit anregten. Vielen Dank auch an Hans Eberhardt, Werner Hilgert, Kai - Uwe Kraus und Holger Teichert, die uns mit Sachverstand und Engagement EDV - mäßig unterstützten.

Glossar

Die Anamnese:

Der Begriff stammt aus dem Griechischen und bedeutet "rückerinnern". In der Medizin versteht man darunter, daß mit dem Patienten ein Gespräch geführt wird, ihm Fragen gestellt werden zu seinem Befinden, seinen Beschwerden und seiner Krankengeschichte (seinem mehr oder weniger auf medizinische Details bezogenen Lebenslauf), seiner familiären, beruflichen und sozialen Situation.

Der Arzt soll sich nach dem Gespräch ein Bild von der Krankheit und dem Patienten machen können, das dann zusammen mit den Befunden der körperlichen Untersuchung Grundlage für weitere Entscheidungen (weitergehende Diagnostik, Therapie, etc.) ist.

Die Anamnesegruppe: (Anm.: Im Text fast immer "AG" abgekürzt)

Konkret setzt sich eine AG aus sechs bis zehn Studenten, möglichst gemischtgeschlechtlich, jeweils zur Hälfte aus dem klinischen und vorklinischen Studienabschnitt, und zwei Tutoren zusammen. Im Laufe eines Semesters hat jeder ein bis zweimal die Möglichkeit, selbständig ein Gespräch mit einem Patienten zu führen, das etwa eine halbe Stunde dauert, wobei die anderen in der Runde zuhören. Nach dem Interview diskutiert man dann die verschiedenen Aspekte des Gesprächs. Wichtig ist für die Studenten in erster Linie, Kontakt zu knüpfen, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und sich in seine Krankheit hineinzusetzen. Das Gruppengespräch klärt, was der Interviewer besser machen könnte, und was übersehen wurde. Gesprächstechnik ist ein Punkt, Einfühlungsvermögen ein anderer. Oft erfährt man vieles allein dadurch, indem die Art, wie Fragen beantwortet werden, analysiert, das Unausgesprochene diskutiert, oder das gefühlsmäßig Wahrgenommene in Betracht gezogen wird. Ziel ist auch, ein Gesamtbild des Patienten zu bekommen. In den Praktika und Famulaturen im Studium hat man zwar die Gelegenheit Anamnesen mit Patienten zu machen, aber es wird kaum die Möglichkeit geboten, sich so

intensiv und noch dazu unter Gruppenbeobachtung (jeder empfindet einen Patienten anders) mit dem "Menschen" Patient auseinanderzusetzen. Weitere Bedeutung haben folgende Punkte:

1. Die Studenten sollen die Lerninhalte selbst erschließen.
2. Sie sollen sich im Teamwork üben, eine Fähigkeit, die häufig im Studium wenig gepflegt wird, aber in der beruflichen Praxis eine entscheidende Rolle spielt.

Das Anamnesegespräch wird als Aufhänger benützt, um eine Möglichkeit zu eröffnen, sich über die medizinische Problemstellung hinaus, die dieses Anamnesegespräch natürlich auch beinhaltet, mit anderen gemeinsam den oben angedeuteten Fragestellungen auszusetzen und sie zu bearbeiten. Die Studenten treffen sich regelmäßig, einmal pro Woche oder alle 14 Tage, für einen Zeitraum von ein oder zwei Semestern.

Die Tutoren:

Es handelt sich um Studenten, die bereits selbst längere Zeit als Mitglied an einer AG teilgenommen haben, und dann in einem "Tutorentaining" auf die Aufgaben vorbereitet wurden. Sie sind für das Organisatorische verantwortlich und wirken als Diskussionsleiter.

Die Gespräche sind häufig viel komplexer als es auf den ersten Eindruck hin scheint, jeder einzelne sammelt unbewußt so viele Wahrnehmungen, die er dann in der Diskussion loswerden will, daß die Gruppeninteressen leicht aus den Augen verloren werden. Die Tutoren versuchen die Gesprächsrunden zu strukturieren und lenken die Aufmerksamkeit vornehmlich auf die Empfindungen, die sich in der Gruppe herauskristallisieren.

Der "Blitz":

Vor und nach dem Patientengespräch und am Ende der Gruppendiskussion gibt es in den AG normalerweise den sogenannten "Blitz". Jeder im Kreis teilt nacheinander möglichst offen das mit, was ihm gerade im Kopf herumgeht, und welches Gefühl damit verbunden ist; die Aussagen sind, so wurde vorher in der Gruppe vereinbart, wertfrei zu verstehen. Es geht um den Eindruck und weniger um den Inhalt. Im "Blitz" bietet sich eine Möglichkeit zum Innehalten und zum bewußten Wahrnehmen eigener Empfindungen.

Ein Beispiel: Ein Teilnehmer empfindet Wut gegen über einem anderen. Diese Aussage soll nun nicht zu einem Streit zwischen den beiden führen, sondern stellt einen Hinweis dar. Durch dieses Hilfsmittel können so relativ leicht gruppendynamische Prozesse deutlich gemacht oder nachvollzogen werden. Wird die Diskussion nun fortgesetzt, werden die Inhalte des "Blitzes" unwillkürlich mit einbezogen. Daneben gibt es noch weitere Anwendungsmöglichkeiten für den "Blitz".

Die Supervision:

Im Kontrast zum traditionellen Schüler - Lehrer-Verhältnis stellt die Supervision eine Form der Anleitung dar, in welcher der erfahreneren, z.B. der Arzt, den jüngeren, den Studenten, beobachtet und aktiv unterstützt. Letzterer kann dabei vom Wissen des Supervisors profitieren, ohne von ihm zur Rechenschaft gezogen zu werden. Die Supervision von AG - Tutoren in Erlangen wird in der Regel in drei Doppelstunden je Semester d.h. etwa alle zwei Gruppenstunden einmal, ebenfalls in Kleingruppen mit sechs Tutoren durchgeführt.

Das Tutorentaining:

Es ist praktisch so konzipiert wie eine AG. Am Anfang steht das Patientengespräch, gefolgt von einer Gruppendiskussion. Die Trainingsgruppe besteht in der Regel aus acht bis zwölf Teilnehmern, die eines gemein haben: Sie möchten Tutoren werden. Außerdem befinden sich in der Gruppe zwei "Trainer", meist auch Studenten mit viel AG - Erfahrung. Bei jedem Trainingstermin sitzen zwei Teilnehmer im "Außenkreis"; sie beobachten die Gruppenprozesse und die jeweiligen Tutoren. Sie diskutieren nicht in der Gruppe mit, sondern beobachten das Geschehen, denn nach der Diskussion findet ein weiteres Gruppengespräch statt, zu dessen Beginn die beiden aus dem Außenkreis dann ihre Beobachtungen und Empfindungen schildern, die Grundlage für weitere Erörterungen sind.

Jeder Teilnehmer an einem Tutorentraining sollte zweimal die Gelegenheit haben, im Training als Tutor zu arbeiten und auch möglichst einmal im Außenkreis sitzen. Kernthemen in der AG - Arbeit, wie z.B. Aufgaben der Tutoren, Tod und Sterben etc. werden in Form von sogenannten "Thematischen Blöcken" abgehandelt, Seminare, die von den Studenten selbst vorbereitet werden, und deren Arbeitsablauf sich möglichst an dem AG - Vorbild orientiert.

Die "Paarung"

Am Anfang von jedem Semester müssen sich die Tutorenpaare meistens neu bilden. Dazu wird ein Termin in der Großgruppe angesetzt, jeder einzelne überlegt sich, mit wem er sich vorstellen könnte, zusammen eine Gruppe zu leiten. Dann werden, hauptsächlich in Zweiergesprächen, Erwartungen, Vorbehalte etc. herausgearbeitet, solange bis alle "gepaart" sind, was meist nicht einfach ist.

Bibliographie

Adler R., Hemmeler W.:

Praxis und Theorie der Anamnese. Gustav Fischer Verlag,
Stuttgart 1988

Balint M.:

Der Arzt, der Patient und die Krankheit. Klett Verlag,
Stuttgart 1976

Haeberle E. J., Bedürftig A. (Hsg.):

AIDS., De Gruyter, Berlin - New York 1987

Hahn, P.:

Ärztliche Propädeutik. Gespräch, Anamnese, Interview.
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1988

Kirzinger D.:

Das medizinische Anliegen der POM (Patientenorientierte Medizin) in Würzburg.
Med. Diss., Würzburg 1983

Köhle K., Simons C., Kubanek K.:

Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In Uexküll Th.(Hsg.):
Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore
1985

Roth J. K.:

Balintgruppen: Hilfe für Helfer. Piper Verlag, München 1986

Santorelli A.:

Praxis und Probleme der POM (Patientenorientierte Medizin) in Würzburg. Med.
Diss., Würzburg 1983

Schüffel W. (Hsg.):

Sprechen mit Kranken. Urban & Schwarzenberg, München - New York - Baltimore
1983

Senn H. J.:

Kap. 3, In Meerwein F.: Das ärztliche Gespräch. Hans Huber Verlag, Bern 1969

Zickgraf C.:

Ich lerne leben, weil du sterben mußt. Kreuz Verlag 1979

Zorn F.:

Mars, Fischer TB, Frankfurt 1979

