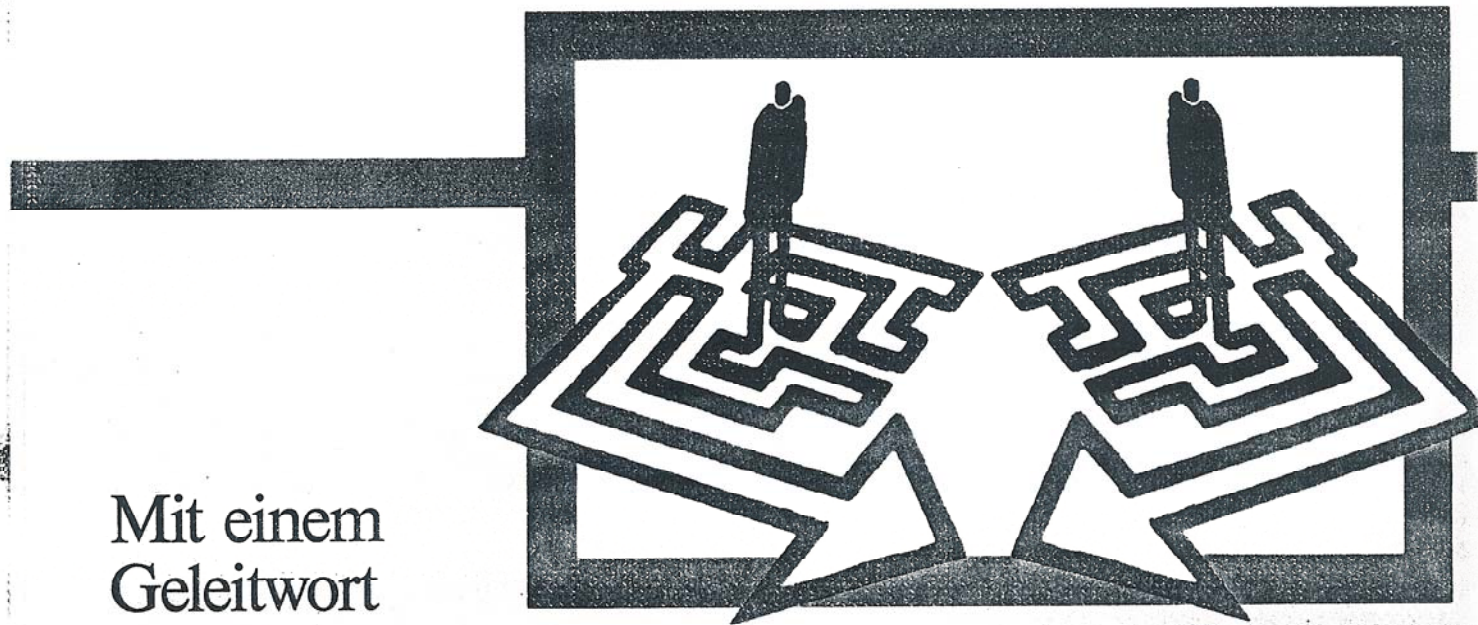


**Margarethe Stubbe  
Ernst R. Petzold**

20 Jahre Balint-Preis Ascona

**Beziehungserlebnisse im Medizinstudium**  
Studentische Balint-Arbeit



Mit einem  
Geleitwort  
von Prof. Frank D. Dornfest

 **Schattauer**

# Vorwort

Als früher Studenten Pflegepraktikum machten, ihr Studium begannen, Vorklinik, Klinik und Praktisches Jahr durchliefen, hatten sie kaum einen Begriff von „Qualitätssicherung“. Im üblichen Sinne meint diese: Hat der Arzt genug gelernt, lernt er immer weiter? Wie kann er sein Wissen, den objektiven Stand nachweislich verbessern und die Wissenschaft pflegen und fördern? . . .

Das ist alles wichtig und notwendig. Aber es wächst das Unbehagen darüber, daß in der medizinischen Praxis die Möglichkeiten der naturwissenschaftlichen Diagnose und Therapie ständig verbessert wurden und werden, die Fähigkeit zum Umgang mit dem kranken Menschen aber oft weniger entwickelt wird.

Gerade an diesem Punkt entzündete sich die Idee Boris Luban-Plozzas, die Studentinnen und Studenten mit in die Balint-Arbeit einzubinden. 1969 bildete er erstmals in Mailand eine Studentengruppe, die bei den Studenten Begeisterung hervorrief und auch Michael Balints volle Zustimmung fand. Er erkannte, welche besondere Qualität und welcher Schatz in den Studenten liegt.

In einer Zeitspanne, in der sich die Studenten noch in ehrfurchtsvoller Entfernung zur Wissenschaft befinden, sich als „Nichtsköner“ fühlen und glauben, noch einen weiten Weg zur Anerkennung zu haben, besitzen sie noch eine wunderbare Fähigkeit, die später im harten Praxisalltag leicht verschüttet wird. Noch relativ unbelastet ist ihre Möglichkeit, ihre Gefühle wahr- und ernstzunehmen. Durch die Balint-Arbeit werden sie ermuntert, sich zu den Gefühlen zu bekennen, sie auszusprechen und bereit zu sein, über sie zu reflektieren und für die Hindernisse in sich selbst oder in ihrem Gegenüber Lösungen zu suchen.

Den Studenten dieses bewußt zu machen und einer Entmutigung durch zu viel Theorie ohne Praxis entgegenzuwirken, ist wichtig. Das ist eine notwendige Voraussetzung des Mensch- und Arztseins.

Bei Pflegedienst, Nachtwachen und Noteinsätzen haben die Studenten Kontakt zu Patienten. Bei fehlendem Rückhalt in Institutionen und ohne Aussprachemöglichkeit stehen sie auftretenden Konflikten mitunter hilflos gegenüber. Sie nehmen wahr, welche Hilfe ihnen in Balint-Gruppen dafür gegeben werden kann. Boris Luban-Plozza bildete bald besondere „Junior-Balint-Gruppen“.

Die Deutsche Balint-Gesellschaft griff 1976 (unter ihren ersten Vorsitzenden Stoppe, Büttner, Dickhaut, Stucke und Kielhorn) seine Anregungen auf. Sie luden die Studenten aus Hannover, Würzburg, Heidelberg, Freiburg, Lübeck und Bonn auf ihren Tagungen zur Mitarbeit ein. Bei manchen Tagungen nahmen bis zu 50 Studenten teil.

Das Ergebnis dieser Aktivitäten aus Anamnese- und Projektgruppen, Junior-Balint- und Monte-Verita-Gruppen oder aus gemischten Balint-Gruppen mit Ärzten und Studenten hat sich in den Arbeiten dieses Büchleins niedergeschlagen.

Es sind Erfahrungsberichte, keine wissenschaftlichen Arbeiten. Das mag aus wissenschaftlicher Sicht eine Schwäche sein; aus allgemeinärztlicher Sicht ist es kostbar.

Aus diesen Erfahrungen und Anregungen entstand in den 70er Jahren das, was jetzt als „Ascona-Modell“ von der WHO für die Ausbildung zum Arzt empfohlen wird.

Mit welcher Empathie und Herzlichkeit gehen sie dabei ans Werk, achten auf ihre Gefühle und die ihrer Patienten, auf die Konflikte und ihre Abwehr. Wie mißtrauisch stehen sie professionellen Verdrängungsmechanismen gegenüber, und wie deutlich nehmen

sie wahr, wenn sie sich Realitätszwängen unterwerfen und im Dienste ihrer medizinischen Sozialisation Distanz lernen müssen. Wie kritisch reagieren sie auf Desinteresse und Gleichgültigkeit, und wie protestieren sie gegen Mißachtung der menschlichen Würde ihrer Patienten! Dies sind Zeichen, die Hoffnung machen. Solange wir uns der Lebendigkeit und Feinfühligkeit dieser Studenten stellen, ist die Dimension „Heilung in Beziehung“ (D. Rietschl) für die Medizin nicht verloren.

Von diesen bewegenden Arbeiten aus Rußland, der Ukraine, aus Polen, Slowenien, Kroatien, Österreich, England, Frankreich, Belgien, Holland, Italien, der Schweiz, Ungarn, Rumänien und deutschen Universitäten haben wir einzelne Arbeiten ausgewählt. Eigentlich hätten viel mehr von ihnen in diesem Buch erscheinen müssen.

Der Michael-Balint-Preis für Studentinnen und Studenten wird jährlich in Ascona verliehen. In den 20 Jahren seit seiner Stiftung durch Boris Luban-Plozza wurden alljährlich zwischen 5 und 90 Arbeiten eingereicht. Parallel hierzu gibt es in Ascona, angebunden an das Schweizerische Rote Kreuz in Bern (Pro Balint, H. Lutz), einen Preis für Krankenpfleger und -pflegerinnen.

Wir hielten uns bei der Auswahl der Arbeiten an die Kriterien der Jury für den Preis selbst:

1. Exposition: Die vorgelegte Arbeit ist wesentlich zentriert auf eine persönliche Erfahrung innerhalb der Student-Patient-Beziehung.
2. Reflexion: Diese wird allein oder in der Gruppe im Rahmen des Beziehungsnetzes zwischen den Studenten, dem Pflegepersonal, der Hierarchie und der verschiedenen Institutionen erlebt und verarbeitet.
3. Aktion: Sie zeigt die Reflexion des Studenten über solche Erfahrungen und ihren Einfluß auf sein berufliches Erleben und Handeln auf.
4. Progression: 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 (W. Schüffel).

Eine unabhängige Jury unter der Leitung von Dr. Arthur Trenkel und Brigitte Trenkel, Bern, hat alle diese Arbeiten gesichtet und jeweils die drei besten ausgesucht. Für diese engagierte und gründliche Arbeit gebührt ihnen unser besonderer Dank!

Danken möchten wir auch all denen, die uns bei der Herausgabe unterstützt haben: Frau Dr. M. Müller für ihre Übersetzungshilfe, der Stiftung Sozialmedizin und Psychosomatik, Ascona, der Deutschen Balint-Gesellschaft und der Firma Duphar, Hannover. Den drei letzteren für die finanzielle Unterstützung bei der Drucklegung sowie Herrn Dr. W. Bertram vom Schattauer-Verlag für seine konstruktiven Anregungen bei der Gestaltung dieses Buches.

Für die Herausgeber ist es eine ganz große Freude, zum 100. Geburtstag von Michael Balint erstmals eine Auswahl dieser Preisarbeiten der Öffentlichkeit vorzulegen.

Salzgitter/Aachen,  
Februar 1996

Dr. M. Stubbe  
Prof. Dr. E. R. Petzold

# Geleitwort

It is a great pleasure to be asked to write this preface to the selection of the best essays collected during 20 years of Balint prize competition at Ascona. This competition is an important vehicle for both enriching the Balint movement and ensuring that the legacy of Balint work is passed on to the next generation of medical students. Through exposure to Balint work, students are given the opportunity to learn to be present for patients in the way the patient needs them at that time.

Each year prizes are given to the students who exhibit most clearly how their learning in groups has helped them to be more empathic, how that empathy has enabled them to be more effective in the student/patient relationship, how they have come to the realization that many of the feelings evoked in them originate in the patient, and how they have used their empathy to inform their interventions so that they are more effective in their relationship with the patient and in the life-world of the patient.

The International Balint Federation is proud of its relationship with the student body and we look forward each year to the entries in the competition. The excellent prize-winning entries often provide lenses through which we can view our work in fresh and novel ways, and demonstrate the value of the Balint approach to students as they reach a better understanding of themselves, their patients, and the student/patient relationship.

October 30, 1995

Prof. Frank D. Dornfest, M. B., Ch. B. M. F. G. P. (S. A.)  
President, International Balint Federation.  
Pennsylvania, U. S. A.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Über eine Student-Patient-Beziehung während des Medizinstudiums</b>	
Jonathan Goldin, Manchester, England .....	1
<b>Erste Gehversuche</b>	
Thomas Joist, Bonn, Deutschland .....	7
<b>Das Erste und Wichtigste im ärztlichen Beruf ist die Menschlichkeit</b>	
Dimitrij Bahal, Donetsk, Ukraine .....	17
<b>Christine – eine Begegnung</b>	
Katharina Marten, Göttingen, Deutschland .....	23
<b>Resümee über eine einjährige Balint-Arbeit</b>	
Katrin Hünersen und Petra Horn, Leipzig, Deutschland .....	33
<b>Der Tod und das Mädchen</b>	
Veronika Hackenbroch, Bonn, Deutschland .....	43
<b>Reflexionen über eine Langzeitbetreuung</b>	
Barbara Paar und Wolfgang Doppler, Graz, Österreich .....	55
<b>Alltagsverwirrungen</b>	
Günther Hofbauer, Basel, Schweiz .....	61
<b>Die Begegnung mit Signora G.</b>	
Katrin Eysenbach, Heidelberg, Deutschland .....	71
<b>Sympathie, Lust und Körperlichkeit in der Student-Patient-Beziehung</b>	
Mathis Heydtmann, Düsseldorf, Deutschland .....	75
<b>Eine Student-Patient-Beziehung während des „Medical Training“</b>	
Mary Keany, Leicester, England .....	81
<b>Jeanette – ganz in Schwarz</b>	
Petra Mühling, Senden, Deutschland .....	89
<b>Über eine Patient-Student-Beziehung</b>	
Florence Kebers, Embourg, Belgien .....	101
<b>Von der „wohlbehüteten“ Anamnesegruppe in den Klinikalltag</b>	
Monika Fehr, Rhede, Deutschland .....	105

<b>Balint-Methode in Zagreb oder Reisschokolade</b>	
Zorana Abramovic, Zagreb, Kroatien .....	119
<b>Erfahrungen im Praktikum der Inneren Medizin</b>	
Karen Borgards, Witten-Herdecke, Deutschland .....	123
<b>Teilnehmende Observation einer Sterbebegleitung</b>	
Marian Wagner, Utrecht, Niederlande .....	139

# Über eine Student-Patient-Beziehung während des Medizinstudiums

J. Goldin, Manchester, England

Die ärztliche Praxis ist sowohl eine Kunst als auch eine Wissenschaft. Aber leider wird in der medizinischen Ausbildung das letztere auf Kosten des ersteren hervorgehoben. Ein wichtiger Teil dieser Kunst liegt in dem Wissen, wie man am besten mit seinem Patienten umgeht. Es wird zunehmend anerkannt, daß die Art der Interaktion zwischen Arzt und Patient einen bedeutenden Einfluß auf das Ergebnis der Behandlung des Patienten haben kann.

Dieses letzte Semester war mein erstes klinisches, und trotz meiner begrenzten praktischen Erfahrung hat es mir doch Eindrücke über die Anforderungen, mit denen ein Arzt in der Beziehung zu seinen Patienten konfrontiert werden kann, nahegebracht.

Diese Forderungen können besonders groß sein, wenn das Problem des Patienten vor allem aus den Schwierigkeiten stammt, die er in seinem psychischen Leben hat. Psychische Faktoren sind eine weitverbreitete Ursache für »Unwohlsein« der Patienten. Aber diese Tatsache hat noch kaum in der heutigen Medizin-Ausbildung ihren notwendigen Platz.

In dieser Arbeit möchte ich meine Beziehungs-Erfahrung mit einer an Anorexia nervosa leidenden Patientin beschreiben. Eine Beziehung, die ich als besonders schwierig und herausfordernd empfand und die mir viel Stoff zum Nachdenken gab. Ich muß sagen, daß ich mich selbst einem Problem gegenübergestellt sah, auf das die vorklinische Medizin mich schlecht vorbereitet hatte. Dies zeigt die Notwendigkeit für Veränderungen im Medizinstudium. – Ich werde am Ende dieser Arbeit darüber diskutieren.

Als ich L., eine 19jährige Patientin, das erste Mal auf der Nierenstation, auf der ich arbeitete, sah, war ich ganz verblüfft über ihre körperliche Erscheinung. Sie war extrem ausgemergelt mit tiefliegenden Augen, hängenden Wangen und vorstehenden Knochen. Ich war schockiert, jemanden zu sehen, der wie ein Hungeropfer aussah. Ich fragte einen der Ärzte, was ihr fehle. Man sagte mir, daß sie an Anorexia leide. Klar, über diese Krankheit hatte ich viel gehört, aber niemals hatte ich direkten Kontakt zu jemandem gehabt, der daran litt.

Man erzählte mir, daß L. eigentlich auf einer psychiatrischen Station behandelt werden sollte, aber dann auf unsere Station überwiesen wurde, nachdem ihr Zustand sich in solchem Maße verschlimmert hatte, daß sie sorgfältige medizinische Behandlung brauchte, um tatsächlich am Leben zu bleiben. Wenn sie etwas Gewicht zugenommen hätte und nicht mehr in einem so hoffnungslosen körperlichen Zustand sei, würde sie auf die Psychiatriestation, von der sie kam, zurücküberwiesen. Sie verbrachte also etwa drei Wochen auf unserer medizinischen Abteilung, während derer sie zuerst intravenös, später oral ernährt wurde. Während dieser Zeit verbesserte sich ihr Zustand soweit, daß sie schließlich in die Obhut der Psychiater zurückkehren konnte.

Nach der Erlaubnis vom Krankenhausarzt stellte ich mich L. als Medizinstudent vor und fragte, ob ich mit ihr sprechen könne. Ich war angenehm überrascht, sie trotz ihrer körperlichen Erscheinung heiter und geistig ganz rege anzutreffen. Ich erinnere das Gefühl, daß es höchst unpassend wäre, jetzt Notizbuch und Stift herauszuziehen und eine ganze Krankengeschichte und Untersuchung durchzuführen. Diese waren kürzlich von mehr als einem Arzt gründlich vorgenommen worden.

So entschied ich, daß eine formlosere Annäherung ein weitaus besserer Weg wäre, um eine einigermaßen erfolgreiche Kommunikation herzustellen. Ich besann mich auch, daß Balint einmal schrieb: »Wenn der Arzt Fragen stellt nach Art der Anamneseerhebung, bekommt er nur Antworten, aber kaum etwas mehr.«

Obwohl L. 19 Jahre war, ließ ihr ausgemergelter Zustand sie ein ganzes Stück älter erscheinen. Sie war mit einem roten Hautausschlag bedeckt. Trotz ihrer zerknitterten Erscheinung sah sie doch irgendwie kindlich aus. Sie hatte einen riesigen Teddy neben sich, den sie mit menschlichen Eigenschaften versah und mit dem sie in kindlicher Begeisterung sprach, froh, jemanden zu haben, der an ihrem Wohlergehen interessiert war.

L. war sehr begierig, über sich selbst zu sprechen, und erzählte, daß sie die Jüngste von fünf Schwestern sei. Sie sei in Irland aufgewachsen und vor einigen Jahren von zu Hause fortgelaufen, um vor etwas zu entkommen, das sich wie »tragische Erziehung« anhörte. Sie sprach von sexuellem Mißbrauch durch ihren Vater, Drohungen ihrer Mutter, sie mit einem Eisenstab zu schlagen, wenn sie die Polizei benachrichtige. Dann erzählte sie weiter, daß »Hunderte« anderer Männer sie auch mißbraucht hätten. – Als ich hier nachfragte, sagte sie, was sie wirklich damit meine, sei, daß sieben oder acht von ihres Vaters Freunden sie regelmäßig mißbraucht hätten ... Ich war nicht sicher, wieviel davon wirklich wahr war, aber ich fühlte, daß es wichtig war, wahrzunehmen, daß vieles von dem, was sie sagte, das Ergebnis unbewußter Ängste und Phantasien sein könnte, vermischt mit einer fraglos unglücklichen Kindheit.

Sie fuhr fort, mir zu erzählen, wie sie – in England angekommen – ein paar Jahre gekämpft hatte und schließlich das Glück hatte, einen Wettbewerb um die Arbeit als vielversprechendes Modell zu gewinnen.

Sie war in eine höchst einträgliche Karriere als Modell katapultiert worden und hatte sich an ihrem neugefundenen Reichtum erfreut. Aber nach einiger Zeit fand sie ihren Job äußerst anstrengend. Sie begann, sich um ihr Gewicht zu sorgen, und fragte Leute, mit denen sie zusammenarbeitete, ob sie dächten, sie würde zu fett. Alle versicherten ihr, daß sie gut aussah. Aber als ein Agent vorschlug, sie solle doch ihre Oberschenkel etwas straffen, war dies der Katalysator, auf den sie gewartet hatte, um eine strenge Diät zu beginnen. Im Laufe von 18 Monaten fiel ihr Gewicht von 54 auf 28 kg, und sie wurde schließlich ins Krankenhaus eingewiesen.

Ich hörte ihrer Geschichte ohne Unterbrechung zu, denn sie schien ein starkes Bedürfnis zu haben, mit jemandem zu sprechen. Es gab ihr die Möglichkeit, ihre Gefühle auszudrücken. Das schien wie eine Art emotionale Katharsis zu wirken, wenn sie mir zum Beispiel sagte, sie sei nicht sicher, ob sie leben oder sterben wolle. Ihre Befürchtungen und Ängste mußten klar ausgedrückt und durchgearbeitet werden, ehe sie sich erholen konnte. Ich fühlte, daß einfach Zuhören für sie von therapeutischem Wert war.

L. erzählte mir, daß ich der erste Mensch sei, seit sie im Krankenhaus war, der sich tatsächlich zu ihr gesetzt und wirklich zugehört hätte, und sie schien dies schätzen zu kön-



nen. Als ich sie nach der Versorgung fragte, die sie bei den Psychiatern erfahren hatte, sagte sie, daß sich dort mehrere um sie gekümmert hätten, aber sie schienen immer zu beschäftigt zu sein, um Zeit mit ihr zu verbringen. Einer der konsultierten Psychiater hatte ihren Fall in die Hand genommen, aber ihre Besprechungen mit ihm waren gehetzt und oft von Telefonanrufen unterbrochen.

In der letzten Semesterwoche vor den üblichen Weihnachtsferien wurde L. auf die psychiatrische Abteilung zurücküberwiesen, und ich hoffe, daß sie bei unserer nächsten Begegnung ein positiveres Gefühl über die erfahrene Behandlung haben wird.

Als bei unserem ersten Treffen für mich die Zeit zum Gehen kam, bat sie mich dringend, wiederzukommen und sie zu sehen. Ich stimmte zu und ging mit dem Gefühl, sie sei eine ängstliche, aus der Fassung gebrachte einsame junge Frau, die verzweifelt Hilfe brauchte. Ich sprach dann mit dem Stationsarzt, aber er konnte nur wenig Anweisungen geben, da ihr Problem psychiatrisch und nicht medizinisch war. Aber soviel ich weiß, hatte sie nur einen Psychiaterbesuch während der ganzen Zeit auf unserer Abteilung.

Als ich nach Haus zurückkehrte, schlug ich nach, was ich über die Anorexia finden konnte, aber ich fand nur wenig, was die Behandlung von Patienten mit dieser Eßstörung betraf. – Ich hatte die Angewohnheit, die verschiedenen Krankheiten, an denen die Patienten auf unserer Abteilung litten, nachzuschlagen. Obwohl man auf diese Weise eine Menge lernen kann, kann es auch zu dem Irrglauben verführen, daß die große Mehrheit der Patientenprobleme säuberlich in Gruppen eingeteilt werden können und somit ein besonderes Behandlungsregime in Gang zu bringen erlauben. Natürlich ist das Leben nicht so einfach in vielen Fällen – und L. war eine von diesen Patienten meines letzten Semesters, die mir dies sehr stark vor Augen führte.

Ich entschied, daß das beste, was ich L. anbieten konnte, meine Unterstützung und ein mitfühlendes Ohr sein konnte, während sie die körperliche Behandlung bekam, die sie sofort benötigte, um am Leben zu bleiben und neue Kräfte zu entwickeln. Als Medizinstudent hatte ich mehr Zeit als die beschäftigten Ärzte dieser Abteilung mit ihr zu verbringen.

Meine beiden Mitstudenten und ich haben oft festgestellt, daß Patienten sich bereitwilliger uns zuwenden als den qualifizierten Ärzten, um mit uns ihre Befürchtungen und Ängste zu besprechen.

Dies beruht wahrscheinlich nicht nur auf der Tatsache, daß wir mehr Zeit haben, bei ihnen zu sitzen und ihnen zuzuhören, sondern auch weil sie sich weniger durch uns bedroht fühlen, weil wir jünger und ohne richtige Position sind. Am Ende dieser Arbeit werde ich darauf zurückkommen, daß die zukünftige Mediziner Ausbildung dieses mehr hervorheben muß, als es jetzt getan wird, um das Wahrnehmungsvermögen der Studenten zu verbessern und sie gründlicher auf solche Anforderungen vorzubereiten, die ihnen allen in der klinischen Medizin begegnen werden.

Obwohl ich spürte, daß ich L. eine gewisse Hilfe anbieten konnte, merkte ich doch nur zu gut, daß die Psychodynamik einer Anorexie-Patientin hoch komplex war, weit davon entfernt, von mir verstanden zu werden, und daß ich weder die Erfahrung hatte noch in der Lage war, die gründliche Hilfe zu geben, die sie brauchte.

Ich erinnere mich an eine Gelegenheit, als ich versuchte, mit L. zu rationalisieren – nicht wirklich erwartend, daß es möglich wäre, aber doch in einem Versuch weiter zu verstehen, wie sie sich selbst sah. Ich legte meinen Unterarm neben ihren und fragte sie, ob

sie sehen könnte, wie dünn sie sei. Aber sie antwortete, sie könne nichts Abnormes sehen. Wenn sie sich selbst im Spiegel betrachtete und ihre Erscheinung mit Fotografien aus einer normalgewichtigen Zeit verglich, sagte sie, sie könne keinen Unterschied sehen. Es war klar, L. hatte ein ernsthaft gestörtes Bild ihres Körpers.

Bei einer anderen Gelegenheit saß ich mit L. bei der Mahlzeit und überwachte ihr Essen. Ich erinnere lebhaft, wie sie die mühsame Aufgabe bewältigte, alles Panierte, das ihren Fisch umhüllte, abzukratzen, bis sie schließlich den eigentlichen Fisch in der Mitte aß.

Mit etwas Hilfe und Ermunterung meinerseits aß sie fast allen Fisch und auch Gemüse und Obstsalat. Am Schluß sagte sie, daß sie sich aufgedunsen und schuldig wegen des zu vielen Essens fühlte. Ich versuchte ihr aber zu sagen, daß sie in Wirklichkeit sehr wenig gegessen habe und sich nicht schuldig fühlen müsse, zuviel in sich hineingestopft zu haben. Sie fragte mich auf ihre kindliche Art, ob ich sicher sei, daß sie sich nicht schuldig fühlen müsse. Und als ich versicherte, ich sei ganz sicher, schien sie erleichtert.

Im Verlauf unserer verschiedenen Treffen schien L. mich öfter in die Position der elterlichen Autorität zu stoßen. Ich habe gelesen, daß Regression häufig ist bei Anorexia-Patienten. Es schließt das Auftreten kindlicher Verhaltensmuster in sich. Dies zeigt ihre Unfähigkeit, Leben und Schmerzen (körperlich oder emotional) auf eine reife Weise zu bewältigen. Es ist interessant zu hören, daß Balint über Patienten geschrieben hat, die die fötale Stellung in vielen schmerzhaften Zuständen einnehmen. Er hat auch beobachtet, daß andere bereit sind oder verlangen, gewaschen und gefüttert zu werden, selbst, wenn es objektiv nicht mehr nötig ist.

Ich versuchte auf L.s regressive Tendenzen zu antworten, indem ich sie nicht wie ein Kind behandelte, aber ich merkte, daß ihre emotionalen Probleme so geartet waren, daß sie es sehr schwierig fand, mehr Verantwortung für sich zu übernehmen.

Wenn ich auf unsere Gespräche zurückblicke, so gab es Zeiten, in denen L. mich zu überidealisieren schien, wenn sie zum Beispiel sagte: »Sie sind der einzige, der mich versteht!« – Sie schien manchmal zu erwarten, daß ich Antworten auf all ihre Probleme hätte. Ich mußte vorsichtig sein, keine unrealistischen Forderungen auf mich zu ziehen. Ich erinnere mich, daß einer der Berater zu mir kam und meinte, ich hätte sehr viel Zeit mit L. zugebracht, was ich denn über sie dächte. Wir sprachen einige Zeit über sie und mußten zugeben, daß es sehr schwierig sei zu wissen, wie ihr Problem zu behandeln sei. Als ich mit L. sprach, sagte ich ihr, es sei für mich schwierig zu verstehen, warum sie an Anorexia litte. Sie dürfe von mir nicht erwarten, daß ich ihr Lösungen für ihre Schwierigkeiten geben könnte.

Wenn ich darüber nachdenke, spüre ich, daß ich in gewissem Ausmaß das Subjekt für L.s Übertragungsverhalten war. Auf vielfache Weise spiegelt die Beziehung zwischen Doktor und Patient auch die zwischen Eltern und Kind wider. Der Patient kann kindliche Konflikte und Nöte in der Beziehung zum Arzt wiederholen. Die Patienten können auf ihren Arzt alle Arten magischer Erwartungen, Hoffnungen und Ängste projizieren, die im wesentlichen irrational sind. Hierbei stammt diese Irrationalität nicht nur von der Verwirrung zwischen Vergangenheit und Gegenwart, sondern auch zwischen Phantasie und Wirklichkeit.

Es gab Zeiten, in denen L.s Haltung mir gegenüber darauf hinwies, daß Phantasie und Realität irgendwie vermischt waren. Ich mußte mir das vergegenwärtigen. Bei unserem

letzten Treffen vor der üblichen Weihnachtsunterbrechung sagte L., wenn es ihr besser ginge, müßten wir gemeinsam Essen gehen. Ich war unsicher, wie ich darauf reagieren sollte, und sagte lächelnd. »Wir müssen erstmal sehen, daß es dir besser geht!« Ich mußte aufpassen, daß die Realität unserer Beziehung als »professionell« geklärt wurde, dennoch wollte ich nicht kalt oder unfreundlich erscheinen, wenn ich ihr Angebot zurückwies.

Ich mußte eine passende emotionale Distanz zu L. einhalten, um zu verhindern, daß ich nicht zu sehr emotional verwickelt wurde. Das bedeutete aber nicht, daß ich mich von ihr fernhalten oder distanzieren wollte. Ich muß sagen, ich hätte die Möglichkeit begrüßt, meine Schwierigkeiten, die in der Beziehung zu L. auftauchten, in einer Studentengruppe unter der Leitung eines erfahrenen Praktikers zu besprechen.

Dies bringt mich zur Frage der medizinischen Ausbildung. Es ist in dieser Arbeit gezeigt worden, daß Studenten in ihrer Beziehung zu ihren Patienten zahlreichen Forderungen gegenüberstehen, für die sie oft kaum vorbereitet sind. Ich habe gehört, daß bei der Abschlußprüfung der Medizinstudent der bestinformierte, aber der am schlechtesten emotional ausgebildete Prüfling ist. Eines der Probleme ist, daß die Studenten während ihrer medizinischen Ausbildung nicht ermutigt werden, genug Gedanken auf ihre Beziehung zu den Patienten zu verwenden ... Die Medizinerbildung besteht hauptsächlich aus Faktenlernen und dem Lehren von Handeln, wobei wenig Zeit zum Innehalten, zum Reflektieren für die Studenten bleibt.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine komplexe Angelegenheit und enthält weit mehr als nur den Patienten, der sich dem Arzt mit einer Beschwerde vorstellt, und den Arzt, der die Diagnose stellt und die Behandlung anordnet.

Sie ist zuerst und vor allem eine Beziehung zwischen zwei menschlichen Wesen, bei der Gefühle und Emotionen eine wichtige Rolle in der Interaktion spielen.

Es würde einen Fortschritt bedeuten, wenn man in die Ausbildung Diskussionsgruppen einführen würde, die, von erfahrenen Ärzten geleitet, psychologische, emotionale und ethische Aspekte der medizinischen Praxis behandeln.

Die Studenten müßten ermutigt werden, schon im ersten Jahr ihrer medizinischen Ausbildung darüber nachzudenken, mit welchen Problemen sie in der klinischen Praxis konfrontiert sein werden. Ferner brauchen die Studenten während ihres klinischen Jahres ein Forum, in dem sie die in ihrer Beziehung zu Patienten aufgetretenen Probleme diskutieren können. Dies könnte in regelmäßig sich treffenden Gesprächsgruppen mit erfahrenen Supervisoren stattfinden. Wenn ihnen auf diese Weise die Möglichkeit gegeben würde, ihre Beziehung zu den Patienten zu erforschen, könnten sie ihre Patienten besser verstehen.

Wie durch Diskussionsgruppen, so können die Studenten durch Teilnahme am Rollenspiel mehr über eine erfolgreiche Kommunikation mit den Patienten erfahren. Auch wenn die Studenten bei dem Umgang mit Patienten auf Video aufgenommen werden, können sie ihr eigenes Verhalten objektiv beurteilen und von ihren Fehlern lernen. Zum Beispiel ist es schwer, einen guten Kontakt mit dem Patienten herzustellen, wenn man Blickkontakt vermeidet. Solche Techniken sind nicht neu in der Ausbildung von Ärzten, aber ihr Gebrauch müßte mehr verbreitet werden.

Die Beziehung eines Medizinstudenten zu seinem Patienten kann also höchst schwierig und herausfordernd sein. Wenn eine erfolgreiche Kommunikation hergestellt werden soll, müssen die Studenten sehr aufmerksam die psychologischen und emotionalen Probleme

in der Beziehung wahrnehmen. Man darf nicht vergessen: Die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient hat einen bedeutenden Einfluß auf die Heilung.

Wenn Veränderungen in diesem Sinne im Medizinstudium erreicht werden könnten, wäre es von großem Nutzen für alle Betroffenen, für Arzt, Student und Patient.

# Erste Gehversuche

Th. Joist, Bonn, Deutschland

Gehen wir zurück in den Oktober 1984. Unbedarft und ohne jegliche tiefergehende medizinische Vorkenntnisse gelange ich in die Bonner Vorklinik. Begeistert nahm ich meinen Stundenplan in Empfang, der mir in den ersten vier Semestern teilweise schon Gelerntes, wie z. B. Physik oder Chemie, und teilweise Unbekanntes wie Anatomie und Physiologie – Medizinisches par excellence – bot.

Doch meine Freude über diese Fächerkombination währte nicht lange, denn schon bald wiesen höhersemestrige Kommilitonen darauf hin, daß unser Studium rein naturwissenschaftlich aufgebaut sei. Daß für Gefühle kein Platz im Präpariersaal sei und daß sich dieses Prinzip auch nicht in der mir noch als Olymp (die Bonner Universitätskliniken liegen größtenteils auf einem Berg über der Stadt) erscheinenden „Klinik“ ändern würde. Solcherlei Argumente und ein tieferer Blick in meinen Stundenplan bewogen mich, mich auf das Abenteuer Patient einzulassen. Ich bewarb mich um einen Platz in einer Anamnesegruppe. Allerdings doch mit recht gemischten Vorstellungen; denn schon das Wort „Patient“ bereitete mir ein gewisses Unbehagen. Ohne jede intensivere Krankenhauserfahrung – bis auf die eigene Blinddarmoperation mit 8 Jahren – sollte ich nun auf einmal diesen Leidenden gegenüberstehen. Ich wußte kaum, wie ich mit einem Kranken umgehen sollte oder wollte, geschweige denn, daß ich eine Ahnung darüber hatte, was er/sie von mir wollte oder sogar brauchte. Dies alles bereitete mir Sorgen, und so war auch das erste Anamnesegruppenerlebnis von großer Angst geprägt. Ich hatte Angst davor, die Gruppe als unbedarfter Erstsemestler zu stören. Die Angst und Unsicherheit war jedoch nicht nur mir eigen, sondern auch andere aus der Gruppe waren unsicher und wünschten Anhaltspunkte für ihre Anamnese. So besprachen wir dann ein Schema von Herrn Morgan und Herrn Engel.

Ich war begeistert. Bis vor kurzem wußte ich noch nicht einmal, was Anamnese bedeutet, und nun hatte ich eine Denkschema in der Hand, mit dem alles ein Kinderspiel werden würde. Doch schon bald tauchte Unzufriedenheit bei mir auf. Niemand schaffte es, die theoretische Anleitung in die Tat umzusetzen.

Immer fand ich in den Anamnesen der Gruppenmitglieder nicht verwirklichte Punkte; deutlich brachte ich mein Ärgernis zum Ausdruck, und die aggressive Stimmung untereinander wuchs.

Endlich kam meine Anamnese. Ich beherrschte Morgans und Engels Schema auswendig. Die Sozialanamnese hatte einen ebenso festen Platz wie die Familienanamnese.

Doch alles schwand im Angesicht des Patienten. Alles ging durcheinander, und hilflos saß ich Patient und Gruppe gegenüber. Meine erste Anamnese: eine totale Pleite.

## Erste Ferien

Riesig freute ich mich auf mein erstes Pflegepraktikum auf einer chirurgischen Station in Freiburg. Der Eindruck war überwältigend; die Welt der Ärztinnen und Ärzte faszinierte mich sehr. All mein Bestreben war, überall wo ich nur konnte, an dieser Welt teilzuhaben. So oft es nur ging, wanderte ich in den OP oder neben der Visite her. Das Nachttischeputzen und erste Gehversuche mit gerade Operierten empfand ich als Bestrafung. Die Patienten als Persönlichkeiten verlor ich fast vollständig aus den Augen. Daß Patienten von ihrer Erkrankung allenfalls das Selbstbeobachtete kannten, aber nicht wußten, daß die Symptome ein Krebsleiden anzeigten, bereitete mir damals ebensowenig Kopfzerbrechen, wie die Angst von Herrn G. vor der Darmoperation. Er war doch in guten Händen!?

Daß ich bei mir irgend etwas fühlte, geschah allenfalls, als ich bei Klaus, einem Gleichaltrigen, nach der Operation Sitzwache hielt. Klaus hatte etwas zuviel Narkosemittel bekommen, und ich sollte darauf achten, daß er „richtig“ atmet. Wenn dann die Atmung für einige Sekunden aussetzte, spürte ich, wie mir der Schweiß aus allen nur erdenklichen Körperporen strömte, mein Herz bis in den Kopf schlug und ich nicht wußte, ob ich noch eine Sekunde warten sollte, bis ich Hilfe herbeiholte, oder ob ich nicht schon längst hätte loslaufen müssen.

Aber es war kein Gefühl, das sich im Dialog mit den Kranken entwickelte, sondern etwas, was ich allenfalls in solchen Situationen erlebte und bemerkte.

Ein wenig enttäuscht und unzufrieden kehrte ich in die Anamnesegruppe zurück. Trotz meiner unangenehmen Erfahrung mit meiner Anamnese dachte ich, daß der Patientenkontakt viel leichter hätte ablaufen müssen. Ich glaubte, daß sich die Patienten mir gegenüber ebenso verhalten müßten, wie ich es immer wieder in der Gruppe erlebte. Beeindruckende Lebensgeschichten vertrauten die Patienten der Gruppe, oft unter Tränen, an.

Doch meine Praktikumserfahrung war ja eine andere, denn bei mir hatte sich in dieser Zeit niemand aus geweint. Woran es lag, begriff ich erst, als zunächst zwei Studenten und wenige Wochen später noch eine Studentin mit der Gruppe aufhörten, weil sie nach der Famulatur das Prinzip verstanden hätten und die Gruppenanamnese in ihrer Form eh nicht im Krankenhausalltag zu verwirklichen sei.

Ich sann meinem Praktikum nach und erblickte Momente, in denen ich sehr viel mehr mit den Menschen auf einer solchen Station hätte erreichen können – mit den Idealen der Anamnesegruppen –, als ich es getan hatte. Ich blieb bei der Gruppe, auch dann, als wir teilweise nur noch zu fünf Teilnehmern waren. Ich wollte sogar das Bonner Tutorentraining mitmachen. Zum einen, weil auch meine zweite Anamnese mir deutlich aufzeigte, daß ich noch sehr viel lernen muß, zum anderen, weil in Bonn bis dahin keine andere Möglichkeit angeboten wurde, Anamnesegruppe – außer als Tutor – weiterzumachen. (Dies wollten wir jedoch im Winter ändern, indem wir Gruppen für diejenigen anbieten werden, die schon mal Anamnesegruppe gemacht haben und nicht [nur] Tutor sein wollten.) Doch zuvor . . .

## Zweite Ferien

Diesmal arbeitete ich auf einer Inneren Station in Bonn. Mein erster Höhenflug, was ärztliche Attraktion betraf, war vorbei.

Nun konnte und wollte ich mich völlig in die Gruppe der Schwestern und Pfleger integrieren. Glücklicherweise bekam ich in diesem Krankenhaus nicht wie im vormaligen Praktikum einen „Arzt Kittel“ als Bekleidung, sondern erhielt weiße Hosen und „Pfleger-Hemden“. In Freiburg hatte man mich zunächst für einen Famulanten gehalten, und deshalb erhielt ich den Kittel.

Ich hatte mich nicht dagegen gewehrt!

Schon diese äußeren Zeichen erleichterten mir, neben meiner gewandelten inneren Einstellung, den Kontakt zur Station. Diesmal wollte ich die Zeit nutzen, um mich den Patienten und allem pflegerischen zuzuwenden. Pfannen leeren, Gläser ausspülen, Kaffee austeilten oder Röntgenbilder holen: ich wollte es machen. Sogar das einst als Strafe empfundene Nachttischesäubern fand meinen Gefallen, da es Zeit bot, mit den Patienten zu sprechen. Ich begann mehr und mehr, die Zeit in den Zimmern mit den Patienten zu nutzen. Lernte ihnen zuzuhören und stellte selber erste Fragen. Täglich lernte ich ein wenig mehr über und mit dem Sprechen mit Kranken, und meine Aufenthalte in den Zimmern wurden immer länger. Sicher, nicht jedes Zimmer war mir gleich lieb, aber ich war froh, wenigstens zu fühlen, daß dem so war, und bemühte mich dann besonders unverkrampft zu sein. Die Frage aber, warum ich angespannt wurde, wenn ich zu Graf Sch. ins Zimmer ging, diese Frage stellte ich mir noch nicht.

Neben und über mein Verhältnis zu den Patienten entwickelte sich ein schönes Verhältnis zu den Schwestern. Ich wurde wichtig für die Station und konnte bei der Übergabe mitreden. Glücklicherweise war nämlich ein Zeitraum von zwei Stunden vorgesehen, in dem Früh- und Spätschicht zusammenarbeiteten. Das bedeutete, daß sehr viel Zeit für die Übergabe blieb und es nicht auf möglichst knappe Information ankam, sondern auch ich mit meinen unzulänglichen Kenntnissen einen Beitrag leisten konnte. Ich wurde ermutigt, mit den Patienten zu sprechen, denn es hatte ja unter Umständen Einfluß auf den Genesungsprozeß des kranken Menschen. Diese intensive Besprechung und der Austausch von Eindrücken, den ein jeder mit den stationär Behandelten auf seine Art und Weise machte, beeindruckte mich sehr.

Menschen in ihrer Rolle als Patienten erfassen zu wollen, ohne über sie zu tratschen, ist wohl eine grundlegende Voraussetzung, die Patienten besser zu verstehen.

Noch mehr als zuvor suchte ich den Kontakt mit den Patienten. So freundete ich mich mit einer 91jährigen Patientin an, die halb blind auf unsere Station kam, um vor einer Linsenoperation noch die Folgen eines Sturzes auszukurieren.

Wann immer sie wollte, hüllte ich sie in Decken, damit sie die Abendsonne auf ihrem Balkon genießen konnte; brachte sie mehrmals während meiner Dienste zum Aufenthaltsraum und zurück, und endlich begleitete ich sie noch bei ihrem selbstverordneten Lauftraining. Oft ergab es sich, daß wir bei schönem Wetter außerhalb des Krankenhauses von Sitzbank zu Sitzbank marschierten und sie mir aus ihrem so reichen und erfüllten Leben erzählte. Stolz auf das Vertrauen, das diese so gut wie blinde Frau mir schenkte, und glücklich über die Dankbarkeit, die sie mir entgegenbrachte, besuchte ich sie einige Male in dem Krankenhaus, in dem die Augenoperation stattfand. Zwar brachte

die Operation nicht den gewünschten Erfolg, doch konnte ich auf meiner Station freudig über das Wohlergehen Frau M.s berichten. Alle freuten sich, daß es meiner Patientin etwas besser ging.

Als Frau M. dann entlassen wurde, brachte ich sie in ihre allein bewohnte Etagenwohnung. Dort erlebte ich sie das erste Mal traurig. Sie schilderte mir, daß sie zwar „Essen auf Rädern“ bekäme, doch sie sich die in Aluminiumfolie verpackten Mahlzeiten nicht zubereiten könne. All ihr Hoffen galt ihrer Haushaltshilfe (und vielleicht auch schon mir), die, so dachte ich, nun sehr viel öfter als vor dem Sturz kommen sollte.

Bei den folgenden Besuchen war ich dann immer wie erschlagen und voller Wut auf die Person, die sie betreute. Schimmeliges Essen, verschmutzte Wäsche und lauter Müll waren in der ganzen Wohnung verstreut. Anfangs räumte ich noch alles auf und beschloß, noch öfter zu Frau M. zu gehen. Dann aber begann mein drittes Semester. Der Präparierkurs hatte mich fest eingenommen und gab mir kaum noch Zeit. Zudem war die Frau M. zugewendete Zeit, die Zeit, die ich meiner Freundin nahm. Die Belastung wurde immer größer, aber das Chaos bei und mit Frau M. nicht kleiner.

Schließlich bot sich eine Möglichkeit. Frau M. wollte ihre Haushaltshilfe nicht mehr. Ich fand eine Alternative, indem ich Frau M. einen sozialen Hilfsdienst bestellte. Von nun an sollte Frau M. 20 Stunden in der Woche von Zivildienstleistenden betreut werden; endlich würde sie regelmäßig essen können, da nun tagtäglich jemand zu den Mahlzeiten da wäre. Zudem sollte dreimal die Woche eine Schwester kommen, um ihr beim Waschen zu helfen.

Ich war zufrieden!

Doch dieses Gefühl herrschte nicht lange vor, denn schon beim ersten vereinbarten Termin mit den Zivildienstleistenden wurde ihnen die Tür gewiesen. Die Haushaltshilfe, die ich zuvor telefonisch darüber unterrichtet hatte, daß nun andere ihre Aufgaben übernehmen werden, diese Haushaltshilfe schaffte es, daß Frau M. sich wieder umentschied und nun doch nicht von jungen Zivildienstleistenden betreut werden sollte.

Darüber traurig, jedoch froh, daß sich aus meinem Bemühen um diesen sozialen Hilfsdienst des Malteserordens keine größeren negativen Konsequenzen ergaben, brach ich den Kontakt zu Frau M. ab.

Aber warum erzähle ich diese Geschichte meines Lebens? In den Anamnesegruppen habe ich gelernt, mich dem Patienten gegenüber nicht nur seiner Krankheit zuzuwenden, sondern auch zu versuchen, den ganzen Menschen mit seiner Persönlichkeit zu erfassen; als Menschen mit persönlicher Geschichte und eigener Umwelt. Doch oft entwickelte sich in unseren Gruppendiskussionen die Frage, was man denn mache, wenn das Problem, aus dem die Krankheit entspringt oder doch tiefgehend negativ beeinflußt wird, von mir zwar bemerkt und erkannt ist, aber nur mit größtem Einsatz meinerseits bewältigt werden kann.

Wo sind die Grenzen meiner Rolle, wo die Grenzen meiner Persönlichkeit?

Diese Ohnmacht, die vor allem die weiter fortgeschrittenen Kommiliton/inn/en betraf, konnte ich in meiner ersten Anamnesegruppe nur gedanklich nachvollziehen. Denn die Patienten, an denen sich diese Diskussionen entzündeten, waren ja nicht „meine“ Patienten. Ich arbeitete ja nicht täglich mit ihnen zusammen, ja oft saßen sie nur 15 Minuten im Kreis der Gruppe.

Erst als ich meinen Anspruch, mich den Patienten mit Leib und Seele zuzuwenden, um sie selber mit Leib und Seele zu begreifen, erst als ich diesen Anspruch auslebte, konnte



ich einen großen inneren Zwiespalt in mir fühlen. Besonders deutlich und schmerzhaft eben bei Frau M.

Ich verließ meine Rolle als Krankenpfleger, um ihr „Mädchen für alles“ zu werden. Doch schon bald waren meine Kräfte angegriffen. Ich schaffte es nicht mehr, die Betreuung einer einzelnen Person mit meinem normalen Leben zu vereinbaren, und dann scheiterte sogar noch mein Bemühen, sie besser zu betreuen bzw. betreuen zu lassen. Ich hatte meine Grenzen erreicht, und daß es dennoch nicht genug war, war eine wichtige Erfahrung für mich.

Eine Erfahrung, die ich erst machen konnte durch die Sensibilisierung in den Anamnesegruppen. Erst dort lernte ich eine Welt kennen, die den Menschen in seiner Krankheit umgibt. Nicht mehr nur das isolierte Bein, wie im 4. Testat des Präparierkurses, beschäftigte mich, sondern auch der Boden, auf dem der Mensch mit seinem Bein stand, wurde mir wichtig.

Zudem durfte ich schon sehr früh lernen, meine Verantwortlichkeit den Patienten gegenüber besser einzugrenzen. Es gelingt mir nun eher, für mich zu weitgehende Wünsche und Forderungen der Patienten, die nur am Rande etwas mit meiner Rolle als Pfleger zu tun haben, abzulehnen.

Natürlich will ich auch weiterhin den Lottoschein von Frau S. zur Annahmestelle bringen oder für Herrn Ma. eben ein paar Handtücher zur Wäscherei geben, aber selber waschen, wie ich es für Frau M. tat, werde ich die Wäsche nicht mehr.

Aber jetzt, da ich dies niederschreibe, werde ich wieder unsicher. Ich denke in den letzten Tagen oft an Frau M., denke an ihren festen Griff, den sie hatte, wenn sie sich bei mir einhakte, denke an die, auch für mich, schönen Stunden in ihrer Wohnung, in denen wir ihre religiösen Schallplatten hörten und sie laut mitsang, denke an die Überweisungen, die sie von mir für die Blindenmission und andere Hilfswerke ausgefüllt haben wollte. Erwinnere mich an das Matthäus-Evangelium, das ich ihr Zeile für Zeile vorlas, und fühle noch, wie sie mir dann durch die Haare strich und sagte: Haare hat der Thomas, Haare wie Samson.“

Ob sie heute wohl noch lebt?

Noch ein weiteres Erlebnis aus meinem Krankenpflegerpraktikum möchte ich berichten. Mein Versuch, eigene Gefühle wahrzunehmen und die der Patienten zu beachten, führte auch zu sehr grotesken Situationen.

Frau L., die am Morgen neu aufgenommen worden war, mußte noch Blut abgenommen werden. Zuvor sollte ich jedoch noch Blutdruck und Puls messen bzw. zählen. In das Zimmer eintretend fand ich eine alte und abgemagerte Patientin vor, die sich vor Schmerzen krümmte. Meine Ankündigung, daß ich nun bei ihr den Blutdruck messen wolle, beantwortete sich mit starkem Stöhnen und den Worten: „Laßt mich doch in Ruhe sterben.“ Erschrocken ging ich in das Stationszimmer zurück, aber auch Wut verspürte ich. Ich fand nicht nur dieses Blutdruckmessen überflüssig, sondern ebenso das alltägliche Thoraxröntgen. Mein Ärger über diese für mich nicht erklärlichen Untersuchungen kam deutlich hoch. Im Stationszimmer angekommen, fragte ich, ob denn der Quatsch mit dem Messen überhaupt noch nötig sei, ob es nicht viel besser sei, diese Frau in Ruhe sterben zu lassen.

Eine der Schwestern ging daraufhin mit mir in das Zimmer von Frau L. zurück, und wir maßen ihr, ohne daß sie Schmerzen verspürte, zu zweit den Blutdruck.

Ein paar Tage später lief Frau L. auf dem Gang herum und freute sich auf ihren Besuch. Ich war beeindruckt von diesem schnellen Wandel, aber auch gewarnt. Gewarnt davor, mich zu sehr mit den Patienten zu identifizieren, ihre Gefühle und Stimmungen zu verabsolutieren. Es war für mich sehr wichtig, diesen Wandel zu erleben, denn nun ist es nicht mehr pure Augenwischerei für mich, Patienten zu trösten, wenn sie für den Moment nicht mit ihrem Leiden klarkommen. (Allerdings ist mir die Notwendigkeit manch anderer Untersuchungen – vielleicht wegen mangelnder medizinischer Kenntnisse – bis heute nicht klar.)

Oft mußte ich an Frau L. in den Anamnesegruppen denken.

Freudvoll

Und leidvoll,

Gedankenvoll sein,

Langen

Und bangen

In schwebender Pein,

Himmelhoch jauchzend,

Zum Tode betrübt –

Lied Klärchens aus „Egmont“ von J. W. von Goethe

Dies und sicher noch viele unerwähnte Kleinigkeiten machten die 5 Wochen des Pflegepraktikums zu einer sehr intensiven Zeit. Ausgestattet mit eigenen in der Praxis angewendeten Vorstellungen, nahm ich nun freudig am Tutorentaining in Bonn teil.

Doch anders als erwartet beendete ich dieses Training. Vieles von dem, das ich als richtig erkannt hatte, wurde wieder in Frage gestellt. Ich fühlte mich damals unsicherer als zuvor, glaubte als Tutor mit meinen Zweifeln und Fragen nicht bestehen zu können. Gerade dieses ständige Hinterfragen konnten Maria, meine Mittutorin, und ich so in die Anamnesegruppe einbringen, daß selbst die Höhersemestrigen keine Probleme hatten, unseren Erfahrungsvorsprung zu akzeptieren.

Vor einem Jahr jedoch hatten wir noch nicht die Erfahrung unserer Gruppe gemacht. Wir hatten am Ende des Trainings mehr Angst vor unserer Tutorrolle als zuvor. Zudem kam noch, daß wir beide den Präparierkurs der Anatomie, den wohl am schwersten zu bewältigenden Kurs der ganzen Vorklinik, absolvierten.

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich, die massive Konfrontation mit dem Tod konnte ich zunächst verdrängen. Das erste Mal war ich ja Arzt. Der lange weiße Kittel sowie allerlei medizinisches Gerät, wie z. B. das Skalpell, und die Tatsache, daß ich nun das erste Mal in meiner Studienzeit von „Kolleg/inn/en“ unterrichtet wurde, halfen mir kurzfristig über die so ungewohnte Situation des kalten Präparieresaales hinweg.

Wie eine Oase wirkte dagegen die Anamnesegruppe. Das nicht isolierte Betrachten des Somas und das Klarwerden von Projektionen des Präparierkurses in die Patienten der Anamnesegruppe machten den Kurs zu einem Erlebnis, das ohne Trauma verlief . . .

Parallel dazu fand ich noch eine Stelle in einem Krankenhaus. Der Anatomiekurs wurde nun von mir mit Leben ausgefüllt. Das Erlernen der Gefäße half bei dem Bemühen, den Puls zu finden, und hatte so einen direkten in der Praxis verwirklichten Sinn. Aber auch das Empfinden und Sehen einer vom Krebs zerfressenen Leiche konnte mir erleichtern, die unerträglichen Schmerzen der Patienten, die mit dieser Erkrankung auf der Station

lagen, zu verstehen. Das, was mich beim bloßen Anblick zum Übergeben brachte, hatten manche Menschen im lebendigen Leib.

Dies war die anatomische Sichtweise, die ich mit ins Krankenhaus brachte. Doch wo war die in den Anamnesegruppen erlernte?

Nun, zunächst war sie nur als Wille und Wunsch vorhanden, denn anfangs wurden mir bei meinen Diensten nur Aufgaben mit wenig Patientenkontakt übertragen. Doch mehr und mehr durfte ich machen. Erste Pluspunkte konnte ich sammeln, als es mir gelang, die sonst um sich schlagenden Patienten, ohne selbst blaue Flecken zu bekommen, zu waschen. Es gelang mir einfach dadurch, daß ich den Patienten, wie z. B. Herrn B., alles sagte, was ich nun mit ihm machen wollte. Eigentlich, so mag der Leser denken, eine Selbstverständlichkeit, doch die vielen Tränen, die ich in den Augen der Patienten nach dem Waschen sah, bewiesen das Gegenteil.

Nachdem meine Probezeit vorbei war, durfte ich Blutdruck und Temperatur messen. Wie im Pflegepraktikum erlernt, setzte ich mich hierbei auf die Betten der meisten Patienten. Dies sah die Stationschwester und ermahnte mich, dieses nicht mehr zu tun, da dies in diesem Hause nicht üblich sei.

Da stand ich nun mit meinen Vorstellungen und Idealen von „mit den Patienten Kontakt aufnehmen“. Wenig später folgte die Aufforderung, den „nervösen“ Patienten nicht mehr ihre Blutdruckwerte zu sagen, da diese sich sonst zu sehr aufregen würden.

Was tun? Einerseits die Arbeit behalten wollen, andererseits aber in der Anamnese-gruppe und dem Krankenhausalltag die Vorstellung zu haben, daß Nähe und Aufklärung der Patienten wichtig ist.

Die Blutdruckwerte sagte ich den Patienten weiterhin, und nur ein einziges Mal forderte eine Patientin von sich aus den Arzt zu sprechen; schön, daß sie es tat. Daß sich die Blutdruckwerte auf Grund der mitgeteilten Messung verschlechterten, habe ich bis jetzt noch nicht festgestellt.

Tja und das „nicht auf das Bett setzen“ akzeptierte ich zunächst als Spielregel, die ich erfüllen mußte, wenn die Stationschwester in der Nähe war.

Ein Zustand, den ich für die Dauer des Kennenlernens und Eingewöhnens auf der Station akzeptieren konnte. Mein größeres Problem war es nämlich, erst einmal Kontakt zu den Patienten zu bekommen. Das erste war, daß ich die Namen lernen mußte. Dies tat ich, in dem ich sie beim ersten Kaffee am Morgen auswendig lernte – so gut das ging. Dann ging ich dazu über, mich in einer Extrarunde bei allen Patienten vorzustellen, eigentlich eine Selbstverständlichkeit während meines Pflegepraktikums, aber hier, wo ich manche Patienten nur zweimal am Wochenende sah – ein komisches Gefühl.

Doch trotz dieser Anstrengungen wollte es mir nicht gelingen, mit den Patienten intensiver zu sprechen. Zwar hatte ich gelernt, daß ich nicht mit allen Patienten ungezwungen und frei sprechen konnte, doch daß ich mit fast allen nicht so zurechtkam, wie ich mir das vorstellte, konnte ich nicht verstehen.

Ich fragte mich, was ich denn mit den Patienten eigentlich will. Es war mir wichtig, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und den Patienten ganz zu erfassen. Doch warum klappte es nicht, dies in die Tat umzusetzen?

Ich glaube, daß die Anamnesegruppe mich zu fest in ihre Klauen genommen hat. Ich war gewohnt, die patientenorientierte Medizin, die ich machte, in ihren Denkstrukturen zu artikulieren und praktizieren. Als Pfleger nahm und nehme ich eine andere Stellung im

Krankenhaus ein. Ich mußte lernen, daß die Aufgabenverteilung und die Hierarchie des Krankenhauses mir kaum eine Möglichkeit geben, mich den Patienten über die Anamnese zu nähern. Andere Zugangswege stehen offen. Es sind die so alltäglichen, die enorm wichtigen, Kontakte beim Blutdruckmessen, beim Essenausteilen und Bettenmachen. Zwar konnte ich auch Fragen stellen, wie in einer Anamnese, doch wie unvorsichtig diese sein konnten, erfuhr ich bei Frau W. Beim Bettenmachen fragte ich sie, ob sie denn Kinder hätte.

Diese für mich bislang einfache Frage veranlaßte Frau W. zum heftigen Weinen. Sie erzählte, daß ihr Mann und sie ihren einzigen Sohn vor 3 Jahren verloren haben.

Ein Moment, dem ich nicht gewachsen war. Die Routinefrage wurde zum Auslöser tiefgehender Gefühle.

Ich versuchte nun also meine Bereitschaft, mich für mehr als nur dem im Krankenhaus ablaufenden Teil einer Erkrankung zu interessieren, nicht mehr als aktive Forderung zu haben, sondern dieses Interesse „nur“ als Möglichkeit zu handhaben. Ich ging dazu über, mein Bemühen dahin auszurichten, die Patienten zu verstehen. Das, was sie mir nicht sagen wollten oder konnten, zu ersinnen und mit Phantasie immer wieder neu auszugestalten. Doch dies war sehr schwer, wie Frau B. mir zeigte: Zunächst schien es ein ganz normaler Samstags-Frühdienst zu werden. Mit dem Waschen der Patienten war ich wieder sehr spät fertig geworden. Ich brachte das Frühstückstablett in ihr Zimmer und fragte sie, da ich sie noch nicht kannte, ob sie alleine zurecht komme. Sie sagte ja, und ich verließ, ihr noch guten Appetit wünschend, das Zimmer. D. h., ich hatte es vor, denn als ich den Türgriff in der Hand hatte, fing Frau B., die sich mittlerweile aufgerichtet hatte, fürchterlich an zu schimpfen: Was denn das sei? Wo sei die kalte Milch, wo die Brühe, und die heiße Milchsuppe würde auch fehlen. Sie schloß mit: „Zack, zack Jung“, geh's holen.“

Vor den Kopf wie vor den Bauch geschlagen, sagte ich, daß sie ja wohl etwas zu weit ginge, daß ich nicht ihr Botenjunge sei und sie mir das gefälligst in anderer Form sagen könne. Sie sagte nur „jajaja“ und dann noch „bitte, bitte, bitte, hol's“.

Fassungslos ging ich aus dem Zimmer und brachte ihr, ohne ein Wort zu sagen, die von ihr gewünschten Getränke. Über 2 Wochen ließ ich sie meinen Ärger deutlich spüren, und am 3. Wochenende wollte ich wissen, wann sie denn endlich entlassen werde. Die Schwester sagte mir, Frau B. sei doch „präfinal“. Ein Wort, das mich nicht mehr losließ. Frau B. lag im Sterben; ich laufe also 3 Wochen in ihr Zimmer und denke, wie es möglich ist, daß man so ekelig sein kann. Eine Frage, die ich mir nicht ernsthaft stellte, weil ich keine Antwort darauf suchte. Ich habe nicht versucht, bei ihr zu phantasieren, warum sie denn so sei. Ich habe nur meiner Wut freien Lauf gelassen und lief damit bei dem Pflegepersonal, dem es wie mir erging, offene Türen ein.

Zwei Wochen später lag sie schwach im Bett, nicht mehr fähig, ihre kalte Milch, ihre Milchsuppe und die Brühe zu verlangen. Sie war jetzt ganz auf die Infusionen angewiesen. Ich hatte das Gefühl, daß ich das alles beschleunigt hatte.

Eine Vorstellung, die es mir heute ermöglicht, auch die „schlimmsten“ Patienten erst einmal ernsthaft zu versuchen zu verstehen. Zunächst ihre Krankheit zu erfassen und dann die Interaktionen der Seele mit dem Leib ergründen zu wollen. Ich merke, daß dies auch jetzt noch nicht immer geht. Zu wenig weiß ich oft von den Kranken, ihren Krankheiten und den Auswirkungen der Krankheiten. So habe ich erst durch Lesen erfahren, daß Patienten mit Herzinsuffizienz u. U. mehrmalig, sobald sie sich für die Nacht hinlegen,

auf die Toilette müssen, und eben nicht klingeln, um irgendwen zu ärgern. Das sind Probleme, die sich Menschen mit pathophysiologischem Wissen überhaupt nicht stellen. Und es zeigt mir, da ich selbst diesen Ärger über die Patienten, die 5mal in der Nacht auf die Pfanne wollten, verspürte, daß ein Eingehen auf den Patienten eine Voraussetzung hat, die Auswirkungen einer Erkrankung zu kennen. Eine Erkenntnis, von der ich hoffe, sie später als Arzt so umsetzen zu können, daß die Schwestern und Pfleger verstehen können, warum manche Verordnung so peinlich genau eingehalten werden muß.

Doch während meiner Zeit dort hatte ich ja nicht nur mit Patienten zu tun. Auch das Verhältnis zu den Schwestern und den Pflegern änderte sich. So freute es mich sehr, als sich „meine Methode“, die Essen-Tablets mit Deckeln in die Zimmer hineinzutragen, durchsetzte. Mein Argument, daß dann die Patienten, sofern sie wollten, auch etwas später essen können, z. B. weil sie Besuch haben, ohne daß das Essen kalt wird, wurde akzeptiert. Aber nicht nur dies, sondern auch das Angebot, Nachtwachen machen zu können, gaben mir Auftrieb für meine Ideen.

Im Sommer des vergangenen Jahres machte ich dann meine erste Wache. Allein auf einer Etage zu sein (2 Stationen), erzeugte in mir ambivalente Gefühle. Zum einen die Furcht, etwas falsch zu machen, ein Medikament falsch zu spritzen oder einen Patienten tot im Bett zu finden, auf der anderen Seite aber auch recht autonom in der Wahl meiner Arbeitseinteilung zu sein, das hieß auch, mich auf die Patientenbetten zu setzen, wann ich wollte.

Nach ein paar Nachtwachen überwogen die Vorteile, jedoch ohne daß meine gesunde Angst verschwand. Wieder brauchte ich Zeit, mich auf die neue Situation im Umgang mit den Patienten einstellen zu können; Zeit, die nur ich mir geben konnte.

Bemerkenswerterweise fiel die Kontaktaufnahme zu den Patienten leichter. Abends und nachts ist das Vertrauen, das einem entgegengebracht wird, wahrscheinlich größer, denn schließlich behütet man ja den Schlaf der Patienten.

Zudem konnte ich erfahren, wie wichtig das im Tagesdienst Gelernte war. Es ergab sich, daß Frau N. mehrmals schellte, ohne daß eine äußere Notwendigkeit dazu bestanden hätte. Ich erfüllte ihr ihre Wünsche, ohne daß sie in mir Unmut oder Ärger erregten. Gegen 4 Uhr in der Früh ging ich nochmals in ihr Zimmer. Frau N. lag immer noch bei eingeschaltetem Licht im Bett. Ich schlug ihr vor, das Licht auszumachen, damit sie noch ein wenig schlafen könne; Frau N. sagte nur: „Ich habe dann aber Angst.“ Ich fragte, wovon, und sie sagte: „Vorm Sterben.“ Froh und dankbar, anders auf Frau N. reagiert zu haben als auf Frau B., konnte ich noch eine Weile ihre Hand halten.

Nebenher lief ja immer noch die Anamnesegruppe. Oft konnte ich die Begegnungen mit Frau N. oder Frau B. in die Nachgespräche einflechten. Jedoch steht im Mittelpunkt der Anamnesegruppe ja in der Regel der Patient, der interviewt wurde. Gern hätte ich aber so manches Mal über die Patienten gesprochen, die mich während meines Pflegepraktiums beschäftigten. Da dieses im Rahmen einer Anamnesegruppe aber nicht möglich ist, gingen wir andere Wege. Matthias, als Teilnehmer in meiner ersten Anamnesegruppe, hat eine Gesprächsgruppe für Pflegepraktikanten ins Leben gerufen, und ich bemühe mich vor meiner ersten Famulatur, die ich am Montag, den 16. Februar, beginne, um eine Balintgruppe für Famulant/inn/en.

Diese Beispiele und Gedanken sind nur Mosaikbausteine der vielen Eindrücke und Erfahrungen, die ich machen durfte. Nicht alle Steinchen sind gleich wichtig, manche lie-

gen am Rande, andere wieder bilden zentrale Elemente dieses Mosaiks, doch ein jedes trägt zur Harmonie des Ganzen bei. Daß ich diese Vielfältigkeit und die so verschiedenen Darstellungen in ein großes Bild, dessen Steinchen auch heute noch nicht vollkommen festsetzen, integrieren konnte, ist zum großen Teil das Ergebnis der Arbeit in den Anamnesegruppen und der Balint-Gruppen – wie Ascona und Bonn, die ich mitmachte.

Ich möchte zeigen, daß diese Gruppen auch und gerade auf der Ebene des Pflegepersonals so viel Wertvolles und auch glücklich Machendes vermitteln können. Von Anbeginn des Studiums schafft man es leicht, integriert in diese so wichtige und schwere Ebene des Krankenhauses, ein klein wenig zu verändern.

Die Stationsschwester setzt sich zwar noch nicht zu mir auf das Patientenbett, doch ich bin zuversichtlich!

# Das Erste und Wichtigste im ärztlichen Beruf ist die Menschlichkeit

D. Bahal, Donetsk, Ukraine

Große, schöne Buchstaben eines Plakates heben sich gegen den dunkelgrünen Hintergrund einer Mauer ab. Weiße Umrisse eines Arztes und einer Schwester, sorgsam über einen blauen Patienten gebeugt, dem irgend jemand mit einem Lippenstift eine lange Zunge aufgemalt hat.

Patienten stehen und sitzen an beiden Seiten des Flures. Sie sind still und bewegungslos wie Pharaos. Der blaue Patient mit der roten Zunge erzeugt keine Emotionen in ihnen. Die traurigen Augen der Mütter sind auf meinen weißen Kittel fixiert.

Wie würden sie wohl reagieren, wenn *ich* ihnen meine Zunge herausstrecken würde? – Ich finde es ulkig – Nur zwei von uns, der blaue Patient mit der Zunge und ich haben Spaß in diesem schmerz erfüllten Flur – und hier ist der Dritte: Alex von der benachbarten Abteilung stößt zu mir, er summt irgendeine Melodie. Wir schütteln uns die Hände und gehen weiter zum Beratungsraum Nr. 34. So – nun sind wir da.

»Dürfen wir reinkommen?«

»Ihr Aufnahmezettel, bitte!«

»Wir sind Studenten der medizinischen Uni!«

»Ah, Kollegen, kommen Sie rein und nehmen Sie Platz.«

»Was sollen wir tun?«

»Nicht dazwischenreden und keinen Rat geben, verstanden?!«

»O.K.«

»Der Nächste, bitte!«

»Darf ich hereinkommen?«

»Ihren Zettel, bitte!«

»Doktor, sehen Sie – ich habe –«

»Der Nächste, bitte!«

»Guten Morgen« »Äh – äh –«

»Ihren Zettel, bitte!«

»Hier ist er.«

»Was haben Sie für Klagen?«

»Doktor – die Sache ist –«

»Ziehen Sie sich aus, bitte!«

»O.K., Doktor ... aber ...«

»Legen Sie sich hin.«

»Äh ... ja ... ja ...«

»Ziehen Sie sich an. Nehmen Sie die Verordnung?«

»Ja ...«

»Dann nehmen Sie es weiter!«

»Vera Pavlovna, notieren Sie: Der nächste Termin in 2 Tagen. Holen Sie sich einen Annahmezettel beim Empfang. Auf Wiedersehn.« »Auf Wiedersehn.«

»Also, meine lieben jungen Doktoren, ist das nicht interessant?«

»Ja, wahnsinnig!«

»Übernehmen Sie die Methoden: Unsere Arbeit ist unmöglich ohne Tüchtigkeit. Das Erste und Wichtigste ist Schnelligkeit. Drum trainieren Sie die Denkgeschwindigkeit. – Vera Pavlovna, beschäftigen Sie die Jungs, bitte. Ich bin in einer Minute zurück.«

»Also, Jungs, was ist dies hier?«

»Wo?«

»Auf dem Tisch!«

»Ein Esmarch-Besteck!«

»Und was ist hier in meiner Hand?«

»Ein Geldbeutel.«

»Nein, in dieser Hand!«

»Ein Senfpflaster!«

»Stimmt. – Ich sehe, ihr erkennt alles richtig. – Bleibt ruhig sitzen. Wenn jemand fragt, wo ich bin, sagt, ich sei grade herausgegangen!«

Wir sitzen einige Zeit, die Lage abschätzend und stille. Alex ist müde vom Angucken der Wände und seiner eigenen Klamotten.

»Hast du die 'Middle Russian Hills' gehört – Gab's gestern im TV.«

»Nee ... ah ...« ich gähne und räkele mich ...

»Ich sah: Krieg der Sterne.«

»Was für ein Trottel du bist«, sagt Alex und setzt sich auf den Platz des Doktors.

»Weil ich das gesehen habe?«

»Nein, weil du den Superhit: 'Der Vierte Traum der Vera Pavlovna' verpaßt hast!«

»Das sehe ich sowieso jeden Tag, wie's ist. Und wie findest du *unsere* Vera Pavlovna und den Doktor!«

»Wahre Fachleute! – Eins – Zwei – und fertig. Bitte der Nächste!« – Alex macht den Doktor nach. Der letzte Satz wird schnell im Flur draußen aufgefangen, und eine alte Frau kommt in den Behandlungsraum. Alex kriegt große Augen, als sähe er einen Fremden vom »Krieg der Sterne«.

»Großmutter, worum geht's?« – »Sind Sie ein neuer Doktor? Guten Morgen. Ich habe Kopfschmerzen, sehr starke!«

Die alte Frau hielt ihn für den Doktor. Kein Wunder. Der rotbackige Alex findet sich sehr gut in die Rolle des Doktors. Er ist die gesunde Lebensweise in Person, wenn er auch etwas langsam im Denken ist.

Ich entscheide, ihn ein wenig zu unterstützen:

»Wie alt sind Sie Großmütterchen?«

»65, Enkelchen.«

»Und seit wann haben Sie Schmerzen?«

»Ja, ich habe wohl mein ganzes Leben gelitten!«

»Haben Sie eine Schädelverletzung gehabt?«

»Was gehabt??«

»Ist Ihnen etwas auf den Kopf gefallen?«

»Oh, nein ... ich bin mein ganzes Leben gut in Form gewesen, sowohl bei der Arbeit auf dem Bauernkollektiv als auch im Bergwerk. Unsere Männer gingen damals an die Front, und darum arbeiteten wir unter Tage.«



Alex kommt wieder zu Sinnen, sieht sie mit dem gewohnten Ausdruck an und fragt:  
»Haben Sie einen Aufnahmezettel?«

»Nein Doktor«, wendet sich die alte Frau an ihn, »Da ist keiner am Empfang. Sie sagen, ich soll morgen wiederkommen. Als ob ich Zeit genug für Arztbesuche hätte!« Ihr Gesicht wird traurig.

»Mein Enkel ist im Militär-Hospital!«

»Kommt er von Afghanistan?«

»Wir kommen aus der Ukraine, Petrenko.«

Ich sage: »Afghan?«

»Er ist Russe, Doktor; Russe. Er leidet an den Folgen von Tschernobyl!«

»Ich verstehe, kann ihn keiner besuchen?«

»Seine Eltern können nicht, und mein Mann kann nicht aufstehen. Es war im Krieg mit Japan, als er verwundet wurde ...«

»Haben wir auch gegen Japan gekämpft?« fragt Alex. Ich beuge mich vor, um das Esmarch-Besteck zu bewegen und flüstere: »Mach keinen Quatsch, Doc, es war 1945!«

»Ach ja, ich erinnere mich ... Aber die Aufnahme richtet sich streng nach den Zetteln!«

»Einen Moment, Alex ... Großmutter, wenn deine Kinder selbst keine Zeit finden, sollen sie doch anrufen und einen Doktor herausbitten.«

»Wie können sie dies tun, wenn sie beide tot sind?!«

Alex wird wahrscheinlich heute das Schielen kriegen. Ich selbst kann daraus auch nicht schlau werden. Ich nehme ihre Karteikarte. »Nadezhda Ivanovna Petrenko« – und überfliege die Seiten schnell. Zwischen dem Gekritzel der untersuchenden Ärzte – zwei gedruckte Zusammenfassungen auf dem Formular zweier medizinischer Einrichtungen. Da stehen verschiedene Diagnosen.

»Enkelchen, bitte erklär mir in einfachen Worten, was da steht, ich verstehe das nicht.«

»Ich kann es selbst nicht verstehen!«

»Gib' es lieber dem Doktor, laß ihn das mal lesen.«

Der »Doktor« bedeckt die Karte mit seiner breiten Handfläche:

»Wir wollen erstmal klarstellen, Großmütterchen: Paßdaten, Heimatadresse, ah, ja ... und Staatszugehörigkeit ...«

»Alex, wofür brauchst du denn die Staatszugehörigkeit??«

»Es wird so verlangt! ... Weiter nun! ...«

Während er die alte Frau nach den Regeln des Ministeriums für öffentliche Gesundheit befragt, schaue ich auf ihr ausgemergeltes, runzliges Gesicht ... und sinne ...

Welcher Idiot hat den Punkt »Staatsangehörigkeit« auf das Anamneseformular gebracht? Würde es helfen, irgendeinen Kopfschmerz zu beseitigen, wenn man da »Jude« statt »Russe« oder »Tartar« statt »Ukrainer« schriebe? Welchen Zweck hat dieser Punkt? Und wie wird die Information über den Beginn der Sexualstörung ihres Ehemannes dem »Doktor« helfen, die richtige Behandlungsmethode herauszufinden? Die alte Frau sitzt hier und antwortet ergeben auf entsprechende Fragen ... Man sollte ihr lieber ein warmes Kopftuch geben, um sie vor dem Wind zu schützen – und gutes Essen ... und vor allem die Sorgen von ihren Schultern nehmen. Dann würde ihr Kopfschmerz wahrscheinlich ohne Medikamente verschwinden. Aber der »Doktor« macht weiter mit Abfragen Punkt für Punkt und notiert die Antworten sorgfältig. Er bedeckt das Blatt mit arabischen oder chinesischen Hieroglyphen. Ich versuche zu lesen: »Geboren 1923 ... schwere Kindheit ...

1933 ... Eltern starben ... kärgliches Essen ... schwere Lebensbedingungen ... 1940 Heirat ... 1941–45 Ehemann kriegsversehrter Soldat ... 1947 Zwillinge geboren ... harte Lebensbedingungen ... Kopfschmerz begann ... ein Sohn starb ... 1979 – der zweite Sohn starb zusammen mit seiner Frau ... keine erbliche Belastung ... neurogene Ursache ...«

Alles ist in Ordnung – entsprechend dem Formblatt, aber ... aber ... es ist nicht leicht, »schwere Kindheit mit spärlicher Ernährung, harten Lebensbedingungen.« Das bedeutet Armut, Hunger, Kälte und Arbeit, Arbeit, Arbeit! Erschöpfende Arbeit ein Leben lang, um selbst zu überleben, ihren gelähmten Mann und ihre Kinder zu betreuen ... Sie mußte ihren Tod erleben ... Die letzte Hoffnung – ihr Enkelsohn – im Hospital ...!

Der Doktor stürmt in den Raum: »Nun, was tun Sie hier?«

Alex schießt hoch, »wir ... dies ist ...«

»Ich sehe, hm ... hm ... Petrenko ... Haben Sie einen Zettel? Nein? Bitte verlassen Sie den Raum. – – – Wo ist Vera Pavlovna?«

Vera Pavlovna erscheint und stößt mit ihrer schweren Tasche beinahe die alte Frau zu Boden. »Hier bin ich!«

»Sehr gut, wir wollen die Aufnahme fortführen.«

»Ich wundere mich, warum Sie diese Frau nicht gesehen haben.«

Oh, es könnte für sie die Zeit kommen zu sterben, während sie hier im Krankenhaus herumlungert. »Ohne Aufnahmezettel!«

»Aber, Sie sind doch Doktor!«

»Ja, bin ich, aber was ist dann? Glauben Sie, ich sehe sie zum ersten Mal?« – Mehr als einmal. Sie nimmt keine Medizin, macht sich Aufgüsse und behandelt sich damit. Sie braucht Pillen, um sie ihrem Mann zu zeigen. Der vertraut darauf. Vera Pavlovna könnte Ihnen viel erzählen. Er ist unserm Krankenhaus als Kriegsversehrter zugewiesen. Lebt er eigentlich noch?«

»Der Gelähmte? – Ja, er lebt noch,« murmelt Vera Pavlovna unter dem Tisch, wo sie ihre Tasche verstaut.

»Um so mehr braucht sie Hilfe!«

»Dann hilf du ihr doch. Wie könntest *du* ihr helfen, und braucht sie *deine* Hilfe?«

»Sie wird uns alle noch überleben«, meint Vera Pavlovna und strampelt sich unter dem Tisch ab ...

Ich rufe mir die alte Frau wieder ins Gedächtnis mit ihren blaßblauen Augen im braunen, zerknitterten Gesicht. Aber diese gebrechliche alte Frau ist stärker als Alex und ich, der Doktor und Vera Pavlovna zusammen.

Wir vier, reichlich mit Gaben versehen, gesund, gesichert, sind schwächer als diese kleine, alte, kranke Frau. Niemand von uns könnte die Statistiken überstehen, die so sorgsam von dem »Doktor« aufgezeichnet sind.

Sind *wir* Ärzte? Könnte *sie* nicht unser Doktor sein? Sie kam, um unsere verknöcherten, verfetteten Seelen zu behandeln, und sie fragt, ja, bittet uns, die Behandlung anzunehmen. Wir sind es, die sie darum bitten sollten ... aber statt dessen ...:

»Der Nächste, bitte.«

»Kann ich eintreten?!

»Ihren Aufnahmezettel bitte!«

»Hier ist er.«

»Verzeihung, laß mich hier heraus, bitte!« ...

Ich renne den schmutzig-grünen Flur entlang, vorbei an den Patienten. Nahe dem Eingang halte ich an und reiße das Plakat herunter, aber die Worte »Das Erste und Wichtigste im ärztlichen Beruf ist die Menschlichkeit!« bleiben an der Wand!

»Enkelchen, hier bin ich!«

»Großmutter, gibt es Gott?«

»Es gibt ihn für einige Menschen, und für andere gibt es ihn nicht. Gott ist die Güte ... und was denkst du?«

»Ich weiß nicht ... ich glaube, es gibt keinen ...«

»Und was ist dann da?«

»Der Glaube, der Glaube an sich selbst, an seine eigenen Kräfte.«

»Aber dies ist nur für starke Menschen, nicht?«

»Ja, für starke Menschen, die stark genug sind, um gütig zu sein.«

»Und was ist mit den Schwachen?«

»Schwache Menschen glauben an starke oder stellen sich dafür Gott vor.«

»Und du, was ist mit dir?«

»Ich? ... Ich weiß nicht ... Großmütterchen – du – *du* bist gütig.«

# **Christine – eine Begegnung**

## **Eine Arbeit über Erfahrungen bei der Begleitung einer Sterbenden**

K. Marten, Göttingen, Deutschland

Christine war vierunddreißig Jahre alt, als sie starb.

Ich lernte sie kennen, als ich für mein Medizinstudium ein achtwöchiges Krankenpflegepraktikum in einem konfessionellen Krankenhaus absolvierte. Gerade hatte ich mein Abitur bestanden, freute ich mich auf das Medizinstudium und auf den bevorstehenden Aufenthalt in Israel, war voller Pläne und Optimismus.

Christine lag seit drei Monaten auf der gynäkologischen Station. Zwei Jahre zuvor war bei ihr viel zu spät ein Mammakarzinom diagnostiziert worden. Was folgte, war eine endlose Qual aus Chemotherapie und Bestrahlungen, aus Hoffnung und Verzweiflung, die schließlich hier endete. Nur ihrer Zähigkeit und ihrem ungebrochenen Lebenswillen war es zu verdanken, daß ich sie überhaupt noch kennenlernen konnte: voller Metastasen, hilflos und zurückgezogen, den Tod erwartend, aber noch gegen ihn kämpfend.

So trafen wir also aufeinander: zwei Menschen an entgegengesetzten Punkten ihres Lebens, Menschen verschiedenen Alters und verschiedener Geschichte.

Was daraus erwuchs, war eine lebendige, spannende Begegnung voller Nähe und Wärme; die intensivste Begegnung mit einem Menschen, die ich bisher erlebt hatte.

### **Ich bin allein – der Beginn**

Ich begann meine Arbeit auf der gynäkologischen Station im Mai 1993.

Das Krankenhaus war überschaubar und fiel durch seine helle, warme Ausstrahlung und seine ansprechende Gestaltung auf. Die Schwestern nahmen mich freundlich auf und antworteten auf meine Frage nach den Patientinnen, es sei gerade sehr ruhig auf der Station. Auch die Krankheitsfälle seien recht undramatisch . . . Von Christine fiel noch kein Wort.

So arbeitete ich in den ersten beiden Tagen ein bißchen mit, doch viel war wirklich nicht zu tun.

Irgendwann am zweiten Tag unterhielten sich zwei Schwestern über Christine. Ich schaltete mich interessiert in ihr Gespräch ein und erfuhr von der Hoffnungslosigkeit ihrer Prognose und von der Einsamkeit Christines. Auf die Frage, ob sie denn keinen Besuch bekomme, beschrieben mir die Schwestern eine ungünstige Familienkonstellation: Christine war ledig, ihr Freund hatte sich mit Bekanntwerden der Diagnose „Brustkrebs“ von ihr abgewandt und besuchte sie erst dann wieder häufiger, nachdem er sich ihres

bevorstehenden Todes bewußt geworden war. Ich wollte mehr darüber wissen und merkte schnell, daß die Schwestern, die sonst so ausgesprochen freundlich und offen erschienen, gar nicht gut auf den Mann zu sprechen waren. Es hieß, er komme immer nur für zehn Minuten, sei wenig gesprächig und verschwinde dann schnell, ohne daß ihm starke Gefühlsregungen anzumerken seien.

Dieser Bericht schockierte mich, besonders die Information über die Trennung bei Diagnosestellung. Ich fragte weiter und erfuhr, daß Christines Eltern ebenfalls nicht regelmäßig kamen, da sie geschieden seien und sich ungern treffen wollten. Außerdem, so sagte die Schwester, lebe die Mutter in einer weiter entfernten Kleinstadt und könne deshalb nicht ständig bei ihrer Tochter sein.

Ich merkte deutlich, daß die Schwestern für Christines Familie keine große Sympathie hegten, und spürte, wie ich selbst durch diese Informationen involviert wurde und diese Patientin kennenlernen wollte. Ich war zu diesem Zeitpunkt der festen Überzeugung, Christine helfen zu können, wenn man mich ließ. Diese Unbefangenheit resultierte aus meiner mangelnden Erfahrung mit Sterbenden. Sie stellte sich auch nie wieder so ein wie damals und war mir einerseits eine große Hilfe, auf Christine zuzugehen; andererseits stellte sie jedoch ein Zeichen eines viel zu großen Vertrauens in meine eigenen Fähigkeiten dar – und somit waren eine spätere Enttäuschung und Entmutigung vorprogrammiert.

Als Christine klingelte, ging ich in Begleitung einer Schwester in ihr Zimmer. Erst im Rückblick fällt mir auf, wie behutsam die Schwestern mich an Christine herangeführt haben – ich war bei den ersten Begegnungen nie allein mit ihr. Christine lag fast reglos in ihrem Bett; ich sah nur ihr Gesicht und spürte ein riesiges Entsetzen. Nie zuvor hatte ich ein derart ausgezehrttes Gesicht gesehen, ich dachte in diesem Moment: „Das also bedeutet der Ausdruck ‘todkrank‘.“ Der Geruch, ihre schwache Stimme, die Geräte und ihr kraftloser Körper waren für mich die erste Begegnung mit dem Tod; eine Begegnung mit etwas Zerstörerischem, einem Symbol des schleichenden Verfalls. Wie sehr sich dieses Bild im Laufe der Begegnung mit Christine noch ändern sollte, konnte ich nicht ahnen!

Jetzt jedoch wollte ich nur noch das Zimmer verlassen; bemüht, mir nichts anmerken zu lassen.

Damit hätte die Begegnung mit Christine beendet sein können. Jeder auf der Station hätte sein volles Verständnis mir gegenüber bekundet, wenn ich darum gebeten hätte, mich von Christine fernhalten zu dürfen. Aber zu diesem Zeitpunkt gab es für mich keine Rückzugsmöglichkeit mehr; eine Tatsache, die ich bis heute nicht richtig begründen kann. Wie bereits angedeutet, hätte mir kein Außenstehender eine moralische Verpflichtung auferlegt. Auch kannte ich Christine noch gar nicht, es war also keine enge Gefühlsbindung vorhanden, die eine Sterbebegleitung unverzichtbar gemacht hätte. Und doch konnte und wollte ich mich nicht mehr entziehen. Menschliche Anteilnahme an Christines Situation und eine Verpflichtung, die ich für mich sah, mischten sich mit der Erwartung und dem Wissen, hier eine Erfahrung machen zu können, die für mein weiteres Leben und besonders für meine Laufbahn als Ärztin von entscheidender Bedeutung sein würden.

Deshalb ging ich, wenn Christine klingelte, zu ihr: zuerst unter großer Überwindung, dann immer ruhiger und innerlich stärker werdend.

## **„Bist du stark genug, um mir zu helfen?“ Teststrecke**

Nach wenigen Tagen war ich, ohne mit den Schwestern darüber gesprochen zu haben, zu einer Art Dauerbetreuung für Christine geworden; wir waren uns persönlich aber noch nicht nähergekommen. Christine erbrach sich sehr häufig, behielt noch nicht einmal das Wasser bei sich, das ich ihr brachte, und brauchte eine „Aufsichtsperson“, wenn sie eine Zigarette rauchen wollte. Offiziell war das Rauchen in Patientenzimmern nicht erlaubt, aber es paßte in das Bild, das ich von diesem außergewöhnlichen Krankenhaus hatte, daß solche Regeln in besonderen Fällen, in denen es notwendig erschien, außer Kraft gesetzt werden konnten, wenn es dem Menschen diente. In diesem Fall war das Rauchen Christines letzte eigenständige Handlung und der Beweis ihrer nicht völlig aufgegebenen Autonomie.

Diese und andere kleine Dinge erledigte ich für sie – am Anfang war ich mir der Bedeutung gar nicht bewußt. Ich lief hin und her und versuchte, mich an den Geruch, den Anblick und an die Tatsache, daß in Christines Körper nichts mehr funktionierte, zu gewöhnen.

Im nachhinein aber weiß ich von ihr selbst, daß diese Phase, die ungefähr vier Tage dauerte, für sie eine viel größere Bedeutung hatte. Christine wollte und mußte herausfinden, ob ich ihr wirklich helfen konnte. Sie spürte meine Unbeschwertheit, auch meine Bereitschaft, ihr zu helfen, erahnte und erhoffte unsere spätere enge Beziehung und fragte sich gleichzeitig, ob ich den Belastungen auch wirklich gewachsen sein würde. Denn die Erfahrung, wieder enttäuscht und alleingelassen zu werden, hätte ihr den letzten Willen im Kampf gegen den Tod, die letzte Hoffnung genommen. Diese Gedanken vertraute sie mir viel später an, aber ich wurde mir ihrer schon bewußt, als sie mich nach den vier Tagen völlig unvermittelt fragte: „Wird dir das nicht zuviel?“ Als ich sie ansah, in ihren Augen die Ernsthaftigkeit der Frage lesen und die Bedeutung meiner Antwort für sie abschätzen konnte, wußte ich: Christine wollte eine Entscheidung von mir, sie wollte mich einladen, ihren letzten Weg mit mir zu gehen, mit ihr Abschied zu nehmen. Sie traute mir zu, ihr helfen zu können. Und so antwortete ich ihr: „Nein, Christine, ich werde dir helfen, wo ich kann“, und hatte damit meine Entscheidung endgültig ausgesprochen.

## **„Ich will dir langsam näherkommen.“ Vorantasten und Zurückweichen**

Mit unserer oben beschriebenen kleinen Aussprache, die so viel mehr beinhaltete, als mit Worten gesagt worden war, begann ein neuer Abschnitt in meiner Beziehung zu Christine. Kennzeichnend war die Suche nach dem richtigen Maß an Nähe und Distanz zwischen Christine und mir, ein tastendes Miteinander, in dem sie den Abstand bestimmte und mich langsam immer näher an sich heranließ. Doch in dieser Phase mußte ich erst durch sie lernen, geduldig zu sein und ihr Zeit zu lassen.

Einmal, als es ihr nach dem Waschen, das immer sehr starke Schmerzen und eine Tortur für sie bedeutete, schlecht ging, nahm ich ihre Hand, weil ich ihr Leid nicht mehr mit ansehen konnte. Damit hatte ich aber die Distanz unterschritten, die sie brauchte: Sie sagte freundlich, aber bestimmt zu mir, ich brauche ihre Hand nicht zu halten. Ich war im ersten Moment gekränkt und verunsichert und verstand sie nicht.

Diese Phase war für mich die schwierigste, weil ich an mir und meinen Fähigkeiten zu zweifeln begann, mich hilflos und alleingelassen fühlte. Ich merkte zu dieser Zeit außerdem, daß ich anderen Patientinnen gegenüber ungerecht wurde, kein Verständnis für sie aufbringen konnte, ihnen in Gedanken das Recht auf die Bekundung von Schmerzen (die, verglichen mit Christines, für mich keine waren) absprach und zunehmend unausgeglichener wurde. Ich zog die Konsequenzen daraus und überlegte, wer mir wohl helfen könnte.

Ich erinnerte mich an Pastor L., der mich konfirmiert und mit seiner ruhigen, gelassenen und heiteren Art schon immer sehr beeindruckend auf mich gewirkt hatte. Pastor L. hatte kurz nach meiner Konfirmation ein Amt als Klinikpastor an einem anderen konfessionellen Krankenhaus übernommen, ist in der Hospizbewegung aktiv und erschien mir daher als der beste Ansprechpartner. Ich rief ihn an, erklärte ihm mein Problem und konnte schon am nächsten Tag ein sehr hilfreiches Gespräch mit ihm führen, dem sich weitere Sitzungen anschlossen. Pastor L. analysierte die Situation mit viel Einfühlungsvermögen, so daß ich sie verstehen und bewerten konnte, und brachte mich von meinen Zweifeln und meiner Hilflosigkeit ab, indem er die Phase als wichtig und notwendig und als Bestandteil vieler seiner eigenen Sterbebegleitungen beschrieb. Letzteres beruhigte mich besonders: Das Vor und Zurück in der Beziehung zu Christine war also nicht meinen unzulänglichen Fähigkeiten als Sterbebegleiter zuzuschreiben, sondern stellte eine wichtige Phase in der Interaktion zwischen Sterbendem und Begleiter dar, die die Chance bot, sich schrittweise näherzukommen.

Auf meine Unsicherheit im Umgang mit Christine führte Pastor L. auch meine Abneigung gegen die anderen Patientinnen zurück – mit Recht, denn als ich Christine verstanden hatte und mein Umgang mit ihr wieder von mehr Selbstvertrauen geprägt war, konnte ich auch plötzlich wieder das Recht der anderen Patientinnen auf Schmerzen und Unzufriedenheit akzeptieren.

Weil Pastor L. mir das Vertrauen in meine Fähigkeiten wiedergegeben hatte und mir das Gefühl, auf dem richtigen Weg zu sein, vermitteln konnte, kehrte ich nach unseren Gesprächen optimistisch und von Schuldgefühlen befreit ins Krankenhaus zurück – ein Effekt, der sich letztlich im Verhältnis zu Christine widerspiegelte.

### **„Erzähl mir von draußen“ – Gespräche mit Christine**

Das neugewonnene Vertrauen in mich selbst und in Christine ermöglichte es, die letzte Hürde auf dem Weg zu großer Nähe zu nehmen. Unser Zusammensein beschränkte sich längst nicht mehr auf meine acht Stunden Pflichtenwesenheit auf Station, sondern verlief dank der Unterstützung durch die Schwestern auch zeitlich völlig unabhängig vom Stationsalltag. Je mehr Zeit ich mit Christine verbrachte, desto schwerer fiel es mir, mein Leben außerhalb des Krankenhauses von den Erlebnissen mit Christine zu trennen. Ich verspürte erneut Schuldgefühle, wenn ich in den wenigen Stunden ohne sie Zerstreuung suchte. So machte ich mir Vorwürfe, mich zu amüsieren (was ich ohnehin nicht konnte), während sie mit ihren Ängsten und Schmerzen allein war. Ein hilfreiches Gespräch mit Pastor L. überzeugte mich aber schließlich, daß eine überforderte und unausgeglichene Begleiterin Christine nicht helfen konnte. Pastor L. sagte außerdem, man müsse sich

„dieses Stückchen Sehnsucht“ nach der Gegenwart des anderen bewahren – daraufhin verschwand auch das schlechte Gewissen, das mich plagte, wenn ich einige Stunden weniger als üblich mit Christine verbrachte.

Die letzte grundsätzliche Frage, die ich hatte, war, ob und inwieweit ich Christine an meinen Erlebnissen „draußen“ teilhaben lassen sollte. Ich wollte sie nicht deprimieren, hatte aber andererseits das Gefühl, daß es für Christine wichtig war, sich nicht von allem ausgeschlossen und damit aufgegeben zu fühlen. So fragte ich sie direkt, und sie antwortete, es sei für sie immer eine Ablenkung und ein Anlaß, sich an selbst Erlebtes zu erinnern, wenn ich etwas erzählte. So war die letzte Barriere gefallen, die unseren Gesprächen im Wege stand, und ich erzählte ihr von meinen Plänen und Erlebnissen; sie steuerte ihren Teil dazu bei, fragte nach und kommentierte und konnte auf diese Weise von ihrem traurigen Alltag wenigstens für ein paar Stunden Abstand gewinnen.

Anfangs fiel mir während der Gespräche auf, wie groß ihre Hoffnung auf Heilung immer noch zu sein schien. Als ich ihr erzählte, daß ich für zwei Monate nach Israel fahren und dort als Volontärin arbeiten würde, bat sie mich, ihr von dort zu schreiben. Ich versprach es ihr, obwohl ich genau wie sie wußte, daß sie den Sommer nicht mehr erleben würde.

Christine schmiedete auch Pläne, ihren Freund zu heiraten. Sie verdrängte wohl die unschöne Vergangenheit und die Erinnerung an seine Reaktion auf ihre Diagnose. Ich selbst habe zu diesen Plänen und Träumen nie Stellung bezogen bzw. ihre infauste Prognose angesprochen. Wenn Christine noch nicht bereit war, sich der Wahrheit zu stellen, hatte ich nicht das geringste Recht, sie damit zu konfrontieren!

Im übrigen bin ich auf diese Weise auch mit der Information umgegangen, daß Christine viel zu spät einen Arzt wegen des Knotens in ihrer Brust aufgesucht hatte. Einmal habe ich erlebt, wie ein Arzt sie darauf ansprach. Ich habe bis heute nicht verstanden, wie man einer todkranken jungen Frau Unvernunft vorwerfen und in ihr Schuldgefühle auslösen kann. Ich jedenfalls wollte die Beziehung zu Christine dort beginnen, wo es sinnvoll erschien: am Ende ihres Lebens. Wir hatten keine Zeit zu verlieren. Es gab soviel zu besprechen, daß ich schon von daher ihre Vergangenheit nicht auf diese Weise berühren wollte.

Christine wurde in dieser Phase zunehmend schwächer. War sie anfangs, wie oben beschrieben, noch bemüht, sich und mir gegenüber die Erwartung aufrechtzuerhalten, es gebe noch Aussicht auf Heilung, so ließen ihre Bemerkungen, die ihre Zukunft betrafen, nun zusehends nach. An manchen Tagen gewann jetzt ihre Verzweiflung die Oberhand. Christine war früher Krankenschwester auf einer Station für Suchtkranke gewesen und fragte sich und mich, warum sie, die so vielen Menschen geholfen habe, nun so krank sei. Natürlich hatte ich mit einer solchen Frage gerechnet, dennoch traf sie mich unvermittelt. Ich versuchte, darauf zu antworten, doch nach einigen Minuten sah ich sie an und sagte nur: „Ich kann es dir nicht erklären, ich weiß nur, daß deine Krankheit keine Strafe ist, daß dich keine Schuld trifft“ (ich wollte noch einmal auf die Diagnosestellung anspielen, die zu spät erfolgte), „aber ich möchte die Zeit nutzen, die ich mir dir verbringen kann. Auch ich kann deine Krankheit nicht begreifen und bin sehr traurig . . .“ Hier hätte ich beinahe hinzugefügt: „. . . daß du sterben muß“, aber da sie von sich aus ihren bevorstehenden Tod noch nicht angesprochen hatte, sprach auch ich nicht davon. Sie sollte sich stark genug fühlen, um sich selbst mit der Wahrheit zu konfrontieren; ich durfte und wollte es nicht tun. Irgendwann würde der richtige Zeitpunkt für sie gekommen sein.



**„Ich will heim“ – Abschied**

Nach drei Wochen, die wir miteinander verbracht hatten, wurden Christines Schmerzen unerträglich. Sie hatte Knochenmetastasen, so daß vor allem beim Waschen jede Bewegung eine Qual war. Die Morphiumdosen wurden erhöht, und Christine verfiel immer häufiger in einen tranceähnlichen Dämmerzustand; ihre „wachen“ Phasen wurden mit der Zeit kürzer und seltener.

In einem dieser Intervalle sprachen wir darüber, daß von vornherein eine dreitägige Unterbrechung meiner Arbeit im Krankenhaus festgelegt worden war. Ich hatte eine Fahrt nach München zum Evangelischen Kirchentag geplant, wollte sie aber jetzt absagen. Christine jedoch ließ nicht davon ab, mir zuzureden; sie sagte: „Fahr nach München, Katharina. Es ist besser so!“ Ich verstand erst später, was sie mir mit dem letzten Nachsatz sagen wollte. Da Christine so überzeugt und bestimmend wirkte, sagte ich schließlich schweren Herzens zu. Im nachhinein weiß ich, warum Christine mir so dringend geraten hatte, nach München zu fahren. Sie konnte alles erahnen, was nun folgte. Wie vorausschauend sie gehandelt hatte, verstand ich jedoch erst nach ihrem Tod.

In jenen letzten Tagen, die wir zusammen verbrachten, geschah das, was ich schon lange erwartet hatte: Christine sprach über ihren Tod. Sie tat es aber nicht so, wie ich erwartet hatte, sondern in symbolischer, bildhafter Art und Weise, mit einer Sprache, die ich erst durch Pastor L. verstehen lernte.

Eines Morgens lag Christine sehr entspannt, aber bei vollem Bewußtsein in ihrem Zimmer. Schon seit einigen Tagen hatte ich eine Veränderung in ihrem Wesen bemerkt: Die Verzweiflung und das Sichauflehnen waren einem Frieden und einer großen Ausgeglichenheit gewichen. Christines Vater saß bei ihr und sagte bei meinem Eintreten: „Wenn Katharina kommt, geht hier die Sonne auf!“ Christine lächelte und fügte hinzu: „Und bei mir erst!“ Ihr Vater verließ den Raum. Christine sah ihm nach und schaute sich dann lange im Zimmer um. Es standen überall Blumensträuße von Besuchern, die von Christines baldigem Tod erfahren hatten und in den letzten Tagen zahlreich erschienen waren. Christine gab mir plötzlich mit klarer Stimme Anweisungen, bestimmte Sträuße in genau festgelegter Anordnung zu drapieren. Die seltsame Prozedur, die ich nicht kommentierte, dauerte fast eine Viertelstunde. Dann war alles so arrangiert, wie sie es wollte. Christine lehnte sich zurück, lächelte zufrieden, dankte mir und schlief ein. Ich fuhr am gleichen Tag noch zu Pastor L. und fragte ihn nach der Bedeutung von Christines Verhalten. Pastor L. entgegnete: „Ich glaube, Christine richtet die Blumen für ihr Grab ...“

Nach diesem Erlebnis verstand ich Christine besser. Sie nutzte noch häufiger die Blumen als Symbole für Dinge, die sie mir mitteilen wollte. Einmal fragte sie nach einer Topfpflanze, die die Schwestern aus ihrem Zimmer genommen hatten. Als ich sie ihr brachte, betrachtete Christine die Pflanze kurz und sagte leise: „Sie wird bald verwelken ...“ –

In dieser letzten Phase war ich Christine besonders nah. Wenn sie nicht bei Bewußtsein war und in ihrem Morphiumschlaf vor sich hindämmerte, las ich ihr stundenlang vor oder erzählte Erlebnisse und Gedanken. Ich war der festen Überzeugung, daß sie mich hörte, denn ich merkte, wie sie sich entspannte, ruhiger wurde und manchmal im Schlaf sogar lächelte.

Am letzten Abend vor meiner Abreise nach München kam ich zu ihr ins Zimmer. Sie war allein und schlief. Ich setzte mich zu ihr und erwartete, daß sie irgendwann erwachen würde, so daß wir uns verabschieden konnten. An diesem Abend konnte ich den Tod wieder spüren – doch diesmal ganz anders als bei unserer ersten Begegnung. Der Raum war erfüllt von einem großen Frieden, und meine Ahnung, daß dies der letzte Abend mit Christine sein würde, bestätigte sich, als sie irgendwann erwachte, mich anlächelte und einfach nur sagte: „Danke für alles!“ Ich habe nicht geweint. Das Ende unserer Begegnung erschien so selbstverständlich und friedvoll. Ich nahm nur ihre Hand und spürte, wie sie sich von mir entfernte. Bevor sie wieder einschlief, sprach sie noch leise: „Ich will heim . . . das Licht . . .“ Ich sagte zu ihr: „Geh heim, Christine“, und wußte: Sie hatte sich von mir verabschiedet.

Christine starb am nächsten Morgen um 9 Uhr.

Ihre Familie, Schwestern und Ärzte waren bei ihr und erzählten mir später von ihrem qualvollen Tod. Ich bin froh, daß ich mich am Tag zuvor von ihr verabschieden konnte, denn so kann ich mir das Bild einer friedlichen Christine bewahren, die unsere Begegnung bewußt enden ließ – eine Begegnung, die ich nie vergessen werde.

## **Die Bedeutung der Begegnung mit Christine – Gedanken und Perspektiven**

Christines Tod liegt mittlerweile eineinhalb Jahre zurück. Ich studiere Medizin und bemerke immer mehr, wie wichtig die Erfahrung einer Sterbebegleitung für einen Arzt und nicht weniger für einen Medizinstudenten ist. Christine hat mich in der kurzen Zeit, die wir zusammen verbracht haben, viele Dinge gelehrt und mir gezeigt, welche Voraussetzungen ein Arzt oder ein Sterbebegleiter allgemein mitbringen muß, um dem Sterbenden wirklich helfen zu können. Denn darum geht es hier und überhaupt in allen Begegnungen eines Arztes mit einem Patienten: durch aktives Zuhören, Einfühlen und Einbringen der eigenen Persönlichkeit eine therapeutische Wirkung auf den Patienten auszuüben.

In der Begegnung mit Christine war vor allem meine eigene Auseinandersetzung mit Leben und Sterben, Leid und Vergänglichkeit eine unabdingbare Voraussetzung für wirkliche Nähe zu ihr. Die Bereitschaft, diese gern verdrängten Gedanken und Gefühle zuzulassen, sie zu überdenken und kritisch zu reflektieren, mußte ich lernen, um gegenüber Christine glaubwürdig zu erscheinen. Ich bin sicher, daß sie mit mir nicht über ihren Tod gesprochen hätte, wenn ich ihr nicht das Gefühl hätte geben können, daß ich mich selbst damit auseinandersetzen wollte und konnte. Dabei geht es nicht um eine seelisches „Abgeklärtsein“, darum, viel erlebt zu haben oder innerlich sehr reif zu sein – ich als damals Achtzehnjährige konnte Christine helfen, weil ich ihr gegenüber ehrlich war und ihren bohrenden Fragen, Zweifeln und Ängsten nicht aus dem Weg gegangen bin. Wichtig für diese Hilfe war eben „nur“ die Bereitschaft, sich auf Dinge einzulassen, deren man sich sonst lieber nicht bewußt werden möchte.

Ein zweiter Gesichtspunkt ist mir durch die Begegnung mit Christine sehr wichtig geworden. Nach der Begegnung mit sich selbst muß die Begegnung mit dem Sterbenden erfolgen, und auch hier gibt es Dinge, die sich der Begleiter vergegenwärtigen sollte.

Zunächst hat mich die Begegnung mit Christine gelehrt, daß es weder einen immer zu beobachtenden Sterbeverlauf, noch typische, chronologisch zu beobachtende Verhaltensweisen Sterbender gibt. Christine selbst verhielt sich nicht nur im Verlauf der Sterbebegleitung unterschiedlich im Sinne einer Entwicklung, sondern war Stimmungsschwankungen und Launen unterworfen, die von ganz verschiedenen Dingen und Ereignissen abhängig waren: von den Schmerzen, die sie hatte, von ihrer psychischen Verfassung, von Besuchern, die sie aufgeheitert oder deprimiert hatten, und nicht zuletzt von mir. Es gibt also weder „den Sterbenden“, noch „die Sterbebegleitung“, beide sind einzigartig. Daraus folgt für alle, die mit diesen Patienten umgehen, daß sie zunächst einmal herausfinden müssen, in welcher Phase sich der Sterbende befindet.

Man sieht an meiner Begegnung mit Christine, wie unterschiedlich unser Verhältnis in den verschiedenen Phasen zueinander war. Diese Dynamik erforderte von beiden Seiten, besonders aber von mir, viel Einfühlungsvermögen und Menschenkenntnis, vor allem echtes menschliches Interesse; dazu die Erkenntnis, daß in dieser Dynamik ein großer Reiz und das eigentlich Spannende in der Sterbebegleitung liegen.

Ich glaube, daß ich diese Dinge von Christine lernen konnte: Im Laufe der drei Wochen wurde ich geduldiger – auch mit mir selbst – und lernte, auf Zwischentöne zu hören, auf Mimik und Gestik zu achten und aus kleinsten Bewegungen Botschaften zu lesen, die Christine verbal nicht äußern konnte oder wollte. Diese Fähigkeiten kommen mir in meinen Kontakten mit Patienten, und seien sie von noch so kurzer Dauer, immer wieder zugute. Sie sind die Voraussetzungen für eine wirkliche Arzt-Patient- (oder: Student-Patient-)Beziehung und ganz sicher auch für einen echten therapeutischen Heilerfolg<sup>1</sup>.

Kann der Begleiter nun, da er die Voraussetzungen mitbringt, dem Sterbenden in dessen Auseinandersetzung mit dem baldigen Tod, im Loslassen von allem, was er liebt, auch eine inhaltliche Stütze sein?

Als Christine mich fragte, warum ausgerechnet sie mit dieser Krankheit leben müsse, konnte ich ihr keine befriedigende Antwort geben. Auch heute könnte ich es nicht, doch sind mir bei der Aufarbeitung der Sterbebegleitung in einer Balint-Gruppe mehrere Dinge bewußt geworden, die Christine vielleicht geholfen hätten, wenn ich mit ihr darüber hätte sprechen können.

Erst viel später, als die Trauer über ihren Tod überwunden und einer großen Dankbarkeit für dieses Erlebnis gewichen war, verstand ich, welche Möglichkeiten Christine und mir durch die Todesnähe – und nur durch sie – eröffnet worden waren. Durch die Absehbarkeit unserer gemeinsamen Zeit wurden viele Dinge unwichtig; jede Stunde, jede Minute waren kostbar und wurden genutzt. Es waren Wochen mit intensiven Gesprächen, mit gemeinsamem Schweigen und einem ganzen Spektrum an durchlebten Gefühlen. Da wir immer vor Augen hatten, daß uns wenig Zeit blieb, gelang es uns, die Tage wirklich zu füllen und schätzen zu lernen – sie einfach bewußter zu leben.

<sup>1</sup> B. Luban-Plozza, L. Knaak, H. H. Dickhaut: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 1990<sup>5</sup>.

Dies könnte ein Arzt einem sterbenden Patienten nahezubringen versuchen, daß Sterben nicht nur Abschied nehmen und Trennung von allem bedeutet, sondern auch die Chance bietet zu besonders intensiven Beziehungen zum Begleiter, zu Freunden, Angehörigen und zu allen, die gewillt sind, sich darauf einzulassen.

Für einen solchen bewußten Abschied vom Leben sind Rahmenbedingungen erforderlich, die außer von kleinen, überschaubaren Krankenhäusern nur von Sterbehospizen geboten werden können. Die Begegnung mit Christine hat in mir ein Interesse für die Hospizbewegung in Deutschland geweckt. Erst gegen Ende des Jahres 1994 war das landesweit erste Hospiz in Hannover gegründet worden, und nun soll auch in Göttingen in einem evangelischen Krankenhaus eine Station zur ambulanten und stationären Betreuung Sterbender eingerichtet werden. Die Gründung solcher Institutionen bietet einen Weg zur Enttabuisierung des Sterbens, zu einem angstfreien Umgang mit todkranken Menschen.

Nun muß man sich fragen, inwieweit in der medizinischen Ausbildung solch elementare Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Bei der Betrachtung mir bekannter Studienangebote in Deutschland fallen entsprechende Defizite auf. Nur auf der Basis von Freiwilligkeit und Eigeninitiative werden Gesprächsführung, psychologische Grundbegriffe und Gestalt verschiedener Arzt-Patient-Beziehungen erarbeitet. Da viele Kursangebote unzureichend publik gemacht werden oder die Zahl des Lehrpersonals zu klein ist, so daß in Seminaren Interessenten abgewiesen werden müssen (ich selbst habe so etwas erlebt, als ich an einem Kurs für Gesprächsführung teilnehmen wollte), stehen viele junge Mediziner zu Beginn ihres „Praktischen Jahres“ am Bett eines Kranken und fühlen sich hilflos und überfordert.

Das Interesse an solchen Kursen ist jedoch zweifellos vorhanden! Ich möchte dies anhand meiner eigenen Erfahrungen im Studium belegen. Schon im ersten Semester, also ein knappes halbes Jahr nach Christines Tod, besuchte ich ein interdisziplinär angelegtes Seminar „Medizinethische Fallbesprechungen“ unter der Leitung Herrn Dr. R.s (Chefarzt des betreffenden Krankenhauses), eines Klinikpastors und eines Universitätsprofessors, der das Göttinger Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin leitet. Teilnehmer waren vor allem Medizinstudenten aus höheren Semestern, aber auch Krankenschwestern, Theologie- und Psychologiestudenten. Hier stellte ich die Begegnung mit Christine vor und stieß auf lebhaftes Interesse.

Im Laufe des Semesters entwickelte sich die Gruppe aus sich selbst heraus zu einer Balint-Gruppe, da unter den Medizinstudenten viele waren, die gerade ihr „Praktisches Jahr“ begonnen hatten und sich mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert sahen, wie ich sie oben bereits angedeutet habe. So wurde dieses Seminar zu einem lebhaften Diskussionsforum; zu einer Einrichtung, die, wie ich vermute, vielen anderen jungen Ärzten helfen würde, sich selbst besser kennenzulernen und so einen anderen Zugang zu Patienten zu finden.

Daß der Bedarf an solchen Gruppen oder Kursen groß ist, aber unzureichend gedeckt wird, wurde mir ein halbes Jahr später noch einmal bewußt, als ich im Rahmen des Kurses „Medizinische Psychologie“ unter dem Semesterthema „Psychosomatische Grundversorgung“ von meiner Sterbebegleitung berichtete. Selbst diejenigen, die sich an allen anderen Kurstagen nie an der Diskussion beteiligt hatten, hörten gespannt zu, stellten Fragen oder kommentierten!

Soll nun die Teilnahme von Studenten an Diskussionsforen, Balint-Gruppen und Kursen zu Erlernung der Gesprächsführung forciert werden; soll man diese als scheinpflichtige Veranstaltungen anbieten?

Zweifellos wäre ein stärkeres Interesse der Medizinstudenten an derlei Fragestellungen wünschenswert. Ich habe kein Verständnis für die Haltung einiger Kommilitonen, denen die elementaren Fähigkeiten eines Arztes, die sozusagen den „Schlüssel“ zum therapeutischen Heilerfolg bieten, nebensächlich und verzichtbar erscheinen. Trotzdem (oder gerade deshalb!) befürworte ich die Einführung von Pflichtveranstaltungen in Gesprächsführung, Medizinethik und Psychologie. Letzterer ist zwar bereits ein scheinpflichtiger Kurs in der Vorklinik, sollte aber vertieft werden, um sein Ziel zu erreichen. Häufig erwächst nämlich erst aus der Notwendigkeit, Leistungsnachweise zu erbringen, die Motivation und das echte Interesse für die Thematik!

Auch sollte die Arbeit in Balint-Gruppen mehr in das Licht der Öffentlichkeit gelangen. Ständig fragen mich Kommilitonen, was Balint-Gruppen anbieten und ob es sie in Göttingen überhaupt gibt. Das Angebot an solch wichtigen Gruppen sollte vergrößert werden, wobei die Mitarbeit natürlich freiwillig bleiben muß.

Nur wenn die medizinische Ausbildung verstärkt solche Gesichtspunkte berücksichtigt, sich nicht mehr zu stark auf naturwissenschaftliche Fragestellungen konzentriert, können Ärzte ausgebildet werden, die das eigentlich Schöne an ihrem Beruf wirklich schätzen gelernt haben: das Sich-Einlassen auf andere Menschen, das die wirkliche Hilfe erst ermöglicht – eine Hilfe, die über das Verabreichen von Medikamenten, über die „sichtbare Therapie“ hinausgeht.

Durch die Begegnung mit Christine konnte ich dies erfahren. Sie hat in mir ein Interesse an vielen Fragestellungen geweckt, das mein weiteres Studium und ganz sicher auch meine spätere ärztliche Tätigkeit entscheidend beeinflussen wird.

Dafür bin ich ihr dankbar.

# Resümee über eine einjährige Balint-Arbeit

K. Hünersen und P. Horn, Leipzig, Deutschland

In unserer medizinischen Ausbildung wird uns der Mensch als Objekt, jedoch kaum als Subjekt dargestellt. Der praktische Aufbau einer Arzt-Patient-Beziehung, aus der beide Seiten profitieren können, ist im Lehrprogramm kaum enthalten. Unsere Ausbildung in der medizinischen Psychologie erfolgt nur im 5. und 6. Semester. So sahen wir es als Gefahr, uns zu sehr auf Symptome, auf die naturwissenschaftlichen und technologischen Aspekte der Medizin zu konzentrieren und späteren Problemen völlig unvorbereitet gegenüberzustehen. Wir meinten, es sei zu spät, den Aufbau von Beziehungen erst nach dem Studium zu erlernen. David Surgeon (1980) schrieb: „Die Diagnose und Therapie von akuten Erkrankungen scheint im Vergleich mit dem Umgang von Problemen von langfristigen Erschütterungen und Behinderungen, die Krankheiten mit sich bringen können, eine leichte Aufgabe zu sein“ (1).

So gründeten wir unter der Leitung der sich in der Facharztausbildung für Innere Medizin befindlichen Frau Dipl. med. M. Heinke, die Gruppenerfahrung besaß, eine Gesprächsgruppe. In dieser Gruppe wurde versucht, Arzt-Patient-Beziehungen in ihrer ganzen Breite zu ergründen. Jeder der 6 Medizinstudent(inn)en wollte jeweils über einen längeren Zeitraum einen sogenannten Problempatienten betreuen. Es handelte sich um hämatologische und kardiologische Patienten. Durch die Leiterin hatten wir Zugang zu Stationen der Inneren Medizin. Wir verabredeten eine verbindliche Teilnahme für ein Jahr und wollten uns regelmäßig alle 14 Tage für 2 bis 3 Stunden treffen. Diese Verbindlichkeit erwies sich angesichts der kleinen Gruppe als sehr wichtig. Das Ausscheiden nur eines Gruppenmitglieds hätte die Existenz der gesamten Gruppe in Frage gestellt. Bei den ersten Treffen, bei denen die Gruppendynamik den Mittelpunkt der Gespräche einnahm, hätte die fehlende Person künftig außerhalb des Gruppengeschehens gestanden, und kontinuierliche Lernerfahrungen wären ihm erschwert worden. Jedes Treffen wurde zunächst schriftlich protokolliert, später wurden Tonbandaufzeichnungen genutzt. Es wurde jeweils über einen Patienten gesprochen.

Beim ersten Treffen formulierten wir unsere Erwartungen: Wie sind Konflikte zwischen Arzt und Patient zu erkennen, wie zu lösen, wie kann im Gespräch mit Patienten bisher Verborgenes und Tabuisiertes zur Sprache kommen. Wir wollten versuchen, ein umfassendes Verständnis von der bewußten und unbewußten Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. Student(in) und Patient zu gewinnen und eventuell Vorurteile zu überwinden.

Vor allem zu Beginn gab es sowohl in der Gruppenarbeit als auch bei der Betreuung einige Schwierigkeiten. Uns war bewußt, daß zu solch einer Gruppe eigentlich mehr Teilnehmer nötig wären. Diese Gruppe entstand jedoch im Rahmen eines Seminars für medizinische Psychologie durch Initiative der oben genannten Ärztin. Ihr und uns waren keine weiteren Interessenten bekannt.

In der Anfangsphase mußten wir uns erst als Gruppe finden, Probleme untereinander nahmen damals viel Raum ein. Später konnten wir uns den Fällen konzentrierter widmen. Von der stark fallbezogenen Arbeit wurde immer dann abgewichen, wenn der Druck durch Konflikte innerhalb der Gruppe so stark war, daß eine Auseinandersetzung mit den zum Teil unbewußten bzw. von uns nicht sofort durchschaubaren Spannungen für die weitere Arbeitsfähigkeit erforderlich war. Z. B. führte die geringe Vertrautheit anfangs zu persönlichen Aversionen, Profilierungswünsche einzelner sowie Versuche, einander zu bevormunden, störten die Fallbesprechungen. Auch an einige Methoden der Leiterin, beispielsweise den Berichtenden an geeigneter Stelle zu stoppen, mußten wir uns erst gewöhnen. Einige Teilnehmer spürten zu Beginn der Gruppenarbeit als auch bei der Betreuung Angst, negativ bewertet zu werden und unfähig zu erscheinen. Es fiel uns schwer, uns auf die Betroffenen, von denen berichtet wurde, richtig einzulassen, persönliche Reaktionen auf den Berichtenden zu spüren und offen zu zeigen. Das unbefangene Äußern von Vorstellungen, Gedanken und Gefühlen wird von Michael Balint (1955/56) „Mut zur eigenen Dummheit“ genannt (2). Besonders gehemmt waren wir, wenn es sich dabei um verpönte, „unpassende“ Assoziationen und Gedanken handelte. Wir mußten uns mühen, nicht alles sofort verstehen zu wollen und mit Interpretationen zuzudecken.

Als störend empfanden 2 Studenten anfangs die äußeren Umstände der Besuche bei den Patientinnen. Die Patientinnen lagen entweder in einer Sterilstation und konnten uns nur völlig vermurmt im Abstand von 3 m sehen, und nonverbaler Kontakt war nicht möglich. Oder sie lagen im Mehrbettzimmern, und die anderen Patientinnen hörten den Gesprächen interessiert zu. Später sahen wir die darin liegende Chance; schließlich mußten die Patientinnen dieses Umfeld ständig ertragen, und wir konnten ihnen näher kommen, wenn wir räumlich in der gleichen Situation waren.

Ein weiteres Problem war die ungewohnte Gesprächssituation in der Gruppe, das freie Gruppengespräch unterschied sich erheblich vom konventionellen Gespräch. Es mußte geübt werden, ohne innere Wertung und Zensur auf unterschiedlichste Mitteilungen, auf Nebensächliches und Wichtiges zu achten. Der Umstand, daß schon einige wenige Mitteilungen des Berichtenden genügen sollten, um daraus das Typische über den Patienten und die Beziehung erfahren zu können, weckte Bedenken in uns. Wir mußten aufpassen, nicht völlig in Spekulationen zu verfallen.

Es überraschte uns, daß die Patienten an unserer Jugend und Unerfahrenheit keinen Anstoß zu nehmen schienen. Bei der Gründung unserer Gruppe waren wir sehr inspiriert und fasziniert von Balints Ideen, die uns auch Herr Prof. Dr. med. Luban-Plozza mit seinem Vortrag in Leipzig und sich anschließendem Demonstrations-Balint-Junior-Seminar, an welchem wir teilnehmen durften, nahebrachte. Deshalb ergriffen wir die Möglichkeit, unsere bisherige Arbeit nach etwa einem halben Jahr nun als Balint-Gruppe unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. sc. med. Geyer, Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Neurosenforschung der Psychiatrischen Klinik, fortzusetzen bzw. zu vertiefen.

Die Arbeit der Gruppe läßt sich am besten schildern, wenn wir die Wechselwirkungen zwischen der Gruppe und der Betreuung der Patienten in folgendem näher beschreiben. Es soll der Verlauf unserer Beziehungen zu 2 Patientinnen, die von Frau cand. med. Katrin Hünersen und Frau cand. med. Petra Horn betreut wurden, gezeigt werden. (Es erscheint uns angebracht, wenn wir im folgenden jeweils in der „Ich“-Form berichten.)

Die Patientin, Frau H., wurde mir, Katrin Hünersen, als eine Patientin, die sich völlig in sich zurückgezogen habe, seit sie in der Sterileinheit liegt, durch die behandelnde Ärztin vorgestellt. Auf Grund der großen Entfernung ihres Heimatortes konnte sie nur einmal wöchentlich von ihren Verwandten besucht werden. Ich merkte, daß es für mich Bedeutung hat, ob ich als einzige Besucherin oder als eine von vielen kommen würde. Ich hoffte, eine ihr nahestehende Frau zu werden.

Frau H. war mit meinen Besuchen einverstanden. Als ich ihr das 1. Mal gegenüberstand, war ich sehr aufgeregt und unsicher. Ich wußte nicht, wie ich ihr die Betreuung erklären sollte. Die Patientin half mir aus dieser Verlegenheit, indem sie gleich sagte: „Sie besuchen mit jetzt also? Da freue ich mich, gerade heute ist mein Bruder, der Knochenmark gespendet hat, entlassen worden . . .“

Mit dieser Bemerkung gab sie mir das Gefühl, gebraucht zu werden. Ich war mit der Vorstellung ins Krankenzimmer gekommen, daß ich ihr helfen müsse, nun erlebte ich, daß die erste, die Hilfe bekam, ich selber war. Nach 15 Min. Besuchsdauer fühlte ich mich sehr angestrengt und meinte, das Ziel des ersten Besuches, miteinander bekannt zu werden, sei erreicht. Ich wollte die Patientin auch nicht überfordern, denn sie hatte erzählt, daß sie am Tage häufig schlafe. Deshalb fragte ich sie, ob ich jetzt erst einmal gehen solle. Frau H. sagte daraufhin: „Schon? Ach bleiben sie doch noch ein bißchen!“ Darüber war ich einerseits erfreut, da ich mich als Person angenommen fühlte, andererseits war ich jedoch erschrocken. Ich blieb, wußte aber nicht mehr richtig weiter. Ich bereute meine Frage.

Die Gruppe empfahl mir, die für mich mögliche Dauer des Besuchs in der Regel schon am Anfang anzudeuten, um zu vermeiden, daß die Patientin meine aufkommende Unruhe, „da ich eigentlich gehen müßte“, spüre und nicht verstehen würde. Ein etwas bestimmteres Auftreten gelang mir mit der Zeit immer besser. Ich merkte, daß ich vom Patienten etwas fordern kann und muß. Das war für die Weiterentwicklung der Beziehung wichtig, da ich bei früheren Kontakten mit Schwerkranken und auch bis jetzt in dieser Beziehung immer das Gefühl des „Unterdrücktwerdens“ hatte, mich überrannt fühlte.

Es wurde mir möglich, verbindlich getroffene Absprachen einzufordern. Ich merkte, daß meine anfängliche Besorgnis, damit Empörung bei der Patientin hervorzurufen, unbegründet war – ich wurde ernst genommen und eher als Partnerin betrachtet.

Weil mich Stille bei unserer ersten Begegnung eher belastet hätte, redete ich sehr viel. Später, als mein Verhältnis zu Frau H. weniger distanziert war und sie durch einen massiven Pilzbefall große Sprechschwierigkeiten hatte, empfand ich Schweigen zwischen uns nicht mehr als peinlich. Ich konnte Frau H. anbieten, mit meinen Besuchen auszusetzen, etwas zu erzählen oder einfach nur still bei ihr zu sitzen. Normalerweise bat die Patientin mich, recht bald wiederzukommen. Ein einziges Mal lehnte sie mein Angebot, sie in derselben Woche noch einmal zu besuchen, ab. Frau H. bat mich, erst Mitte nächster Woche wiederzukommen. Nach ihrer Verlegung von der Sterileinheit erklärte mir die Patientin, daß sie froh war, mich damit nicht enttäuscht oder gekränkt zu haben. Aus diesen und anderen von ihr geäußerten Gedanken spürte ich, wie sehr die Patientin über ihre Beziehung zu allen mit ihrer Behandlung und Pflege in Verbindung stehenden Personen nachdachte. So litt sie tagelang unter einem barschen Satz einer Schwester oder ähnlichen Vorkommnissen.



In einer Gruppenstunde wurde mein Bedürfnis, sie zu drängen, ihre Gefühle gegenüber anderen Personen direkt auszusprechen, gebremst. Die Gruppe meinte, es sei schon viel erreicht, wenn sie zu mir über unsere Beziehung reden könne. Wichtig war mir, daß ich Frau H. problemlos sagen konnte, wann ein Besuch aus Zeitgründen nicht möglich sein würde. Sie fragte anfangs oft, ob sie nicht eine große zeitliche Belastung darstelle. „Sie müssen doch sicher viel lernen.“

Als sehr erschwerend empfand ich die Atmosphäre der Sterileinheit. Frau H. konnte von mir nur die Augen, verdeckt von Brillengläsern, sehen, da ich Kittel, Mundschutz, Haarschutz und so weiter trug. Meine Mimik war für sie nicht zu erkennen. Mich bedrückte anfangs, wie ich als verummte Unbekannte vor ihr stand. Sie lag unerreichbar fern für einen Händedruck, eine Berührung – ich mußte in der nur ein Stück geöffneten Tür sitzen bleiben. Ich hatte das Gefühl, daß uns dadurch etwas ganz Wichtiges fehle, und sprach darüber in der Gruppe. Die anderen konnten diese Sorge verstehen. Die Leiterin, die die Situation kannte, meinte aber, daß die Patientin unter keinen anderen Umständen therapiert werden könne und wir diese Tatsache unbedingt akzeptieren müßten. Ein Teilnehmer erklärte, er würde die Betreuung unter den Bedingungen der Sterilpflege ablehnen. Das konnte ich nicht verstehen.

Ein weiteres Problem stellte der Lärm des Luftsterilisators dar. Frau H. klagte selten und wenn, dann flüsterte sie dabei leise in ihr Kissen. Nur aus dem Tonfall konnte ich erkennen, wie niedergeschlagen sie gerade war. Sie wiederholte dabei das Gesagte fast nie, obwohl ich sie manchmal nahezu verzweifelt darum bat. Es fiel mir nicht leicht, zu begreifen, warum sich Frau H. nicht mutlos oder niedergeschlagen zeigen wollte.

Die Patientin interessierte sich sehr dafür, wie ich meine Wochenenden verbringe, was ich gerade lese etc., und merkte sich vieles genau. Z. T. kam sie noch nach Tagen auf Erzähltes zurück. Ich fungierte als „eine Verbindung zur Welt da draußen“, so hatte sie es einmal genannt. Ich empfand es als außergewöhnlich, daß sie solchen Anteil an den Dingen außerhalb der Sterileinheit nahm. Eine Teilnehmerin, deren Patientin fast ausschließlich auf Krankenhausprobleme fixiert war, bestätigte diese Ansicht.

Trotzdem erschienen mir unsere Gespräche anfänglich als Geplauder. Frau H. wollte auf keinen Fall über elementare Fragen wie Todesangst, eventuelles Versagen der Therapie oder Ähnliches reden. Ich war damals aber davon überzeugt, daß sie sehr viel darüber nachgrübelt und wußte nicht, ob ich die Patientin ansprechen, vielleicht sogar direkt fragen sollte. Ich vermutete, daß sie mir die „starke Patientin“ nur vorspielte. Ein Gruppenmitglied hatte seine Patientin direkt gefragt, er war dafür stark kritisiert worden. Die Gruppe war der Meinung, daß ich, wenn die Patientin nichts darüber sage, spüren müsse, ob sie über oben genannte Fragen reden möchte. Die anderen konnten nicht verstehen, weshalb ich die Zurückhaltung der Patientin in diesen Fragen so stark auf mich persönlich bezog; sie sprach ja genausowenig mit Angehörigen, Ärzten und Schwestern darüber. Es war sehr hilfreich für mich, daß ich ihre Zurückhaltung nach dem Gruppengespräch anders sehen konnte.

Nach der Verlegung von der Sterileinheit auf die Station begann die Patientin von selber zu erzählen, „daß man an seiner Gesundheit keinerlei Zweifel aufkommen lassen dürfe“. Sie war überzeugt, daß man an so etwas nicht einmal denken dürfe, nur ganz fest glauben und wollen müsse. Dieses Problem hatte die Patientin für sich gelöst, indem sie jeden Gedanken an den Tod oder ähnliches völlig verdrängte. Ich verstand meinen Irrtum,

als ich annahm, sie wolle nur mit mir nicht darüber reden, durchdenke es aber oft. Ich war froh, ihr nur einige Male sehr vorsichtig Gesprächsbereitschaft über diese Dinge signalisiert zu haben und nicht versucht zu haben, sie „wachzurütteln“. Die Erfahrung, daß Bewältigungsstrategien des Patienten akzeptiert werden müssen und nicht durch eigene Ansichten entsprechend durchbrochen werden dürfen, ist mir für meine spätere Arbeit sehr wichtig.

Beim Nachdenken über Frau H. fiel mir auf, daß sie eine relativ ausgeglichene Patientin war. Nur zweimal erlebte ich sie ärgerlich. Bei einem Besuch hatte ich sie durch die Türscheibe gesehen. Sie schlief, und ich ging wieder. Frau H. konnte nicht verstehen, weshalb ich sie nicht geweckt hatte, der Besuch war doch fest vereinbart. Ihre Verärgerung tat mir sehr leid. Ich möchte gern zuverlässig sein, und ich sagte ihr, daß sie sehr schlafbedürftig ausgesehen habe. Sofort betonte die Patientin, wie gut sie sich gefühlt habe. Ich versprach, mich künftig nie wieder „davonzuschleichen“.

Beim 2. Mal war Frau H. wütend auf eine Schwester, die ihr Essen gebracht hatte, welches sie wegen ihrer beschädigten Mundschleimhaut nicht essen konnte. Ich erwog, mit der Schwester zu reden. Da ich befürchtete, daß die Schwester das als Einmischung in ihren Aufgabenbereich empfinden könnte und Frau H. keine Hilfe wollte, schwieg ich. Ansonsten durfte ich nach ersten Anlaufschwierigkeiten jederzeit auf die Sterileinheit kommen, die Schwestern begrüßten mich nett, sprachen darüber, ob die Patientin einen besonders anstrengenden Tag hatte, oft um schmerzlindernde Mittel gebeten hatte etc.

Mit der Verlegung aus der Sterileinheit begann für uns eine viel größere Offenheit. Wir freuten uns beide sehr über die Verlegung, und Frau H. sagte: „Jetzt sehe ich sie endlich einmal richtig nahe: Es ist viel leichter, mit jemandem zu sprechen, dessen Gesicht nicht verborgen ist.“ Die Sterilpflege war für sie die bisher schlimmste Zeit ihres bisherigen Lebens gewesen. Obwohl mir die Patientin einmal angedeutet hatte, daß sie über alles aufgeklärt worden sei, war sie jetzt erschrocken über ihre Überlebenschancen, die sie erst auf Station erfahren hatte. Sie war froh, diese nicht gekannt zu haben, deshalb habe sie mich auch nicht gefragt, obwohl sie wußte, daß ich darüber genau Auskunft hätte geben können. Das zu hören war mir wichtig, weil es mir zeigte, daß man spüren muß, wieviel ein Patient hören will, welchen Grad an Information und Aufklärung er gerade wünscht. Dies muß bei jeder Begegnung neu herausgefunden werden.

Im Laufe der Zeit habe ich gemerkt, wie wichtig das Gruppengespräch war. Auch wenn nicht über meine Patientin gesprochen wurde, brachte mich die Diskussion weiter. Nur der Halt in der Gruppe ermöglichte mir, daß ich mich so auf die Patientin einlassen konnte. Frau H.s zunehmende psychische Stabilität erlaubte ein Längerwerden der Besuche. Manchmal war ich froh, daß die Patientin ca. 20 Jahre älter war, sonst wäre eine für mich nicht mehr tragbare Nähe entstanden. Das steht im scheinbaren Gegensatz zu meinem anfänglichen Wunsch, eine ihr sehr nahestehende Person zu werden. Ich erkannte, wie sich meine Grenze, die Patientin an mich heranzulassen, im Laufe ihrer Krankheitsbesserung verändert hatte. Diese Dynamik wurde mir mit Hilfe der Gruppe bewußt, in der wir über dieses Nähe-Distanz-Problem sprachen.

Auf Vorschlag von Frau H. verabredeten wir bei ihrer Entlassung weiteren losen Briefkontakt. Bei der Verabschiedung war ich davon, daß sie diese bedrohliche, schreckliche Krankheit Leukämie vorerst überlebt hatte, innerlich und äußerlich an Stabilität gewonnen hatte und mir sehr herzlich danken konnte, sehr gerührt.

Ich, Petra Horn, betreute für ein 3/4 Jahr eine 63jährige, kardialgeschädigte Patientin, Frau W. Sie wurde mir von der Klinikfürsorgerin (Sozialarbeiterin) auf Grund ihrer Krankheit, ihrer komplizierten Familiensituation und des schon fast einjährigen Klinikaufenthalts mit nur kurzen Unterbrechungen als zeitweise depressive, sonst jedoch aufgeschlossene Patientin vorgestellt. Die Klinikfürsorgerin meinte, Gespräche mit einer außenstehenden Person würden ihr gut bekommen. Frau W. erhielt täglich Besuch von ihrem Mann und in unregelmäßigen Abständen von einem ihrer Kinder.

2 andere Teilnehmer der Gruppe hatten den ersten Besuch schon absolviert; durch ihre positiven Erfahrungen und unsere Gespräche darüber in der Gruppe wurde mir ein Teil meiner Ängste genommen. Ich war gespannt auf unsere erste Begegnung, hatte jedoch Befürchtungen, wegen meines jugendlichen Alters nicht akzeptiert zu werden. Ich wußte auch nicht, wie ich ihr die Betreuung erklären sollte und ob ich von der Existenz der Gruppe berichten sollte. Als ich Frau W. besuchte, fand ich sie völlig niedergeschlagen nach einer tags zuvor durchgestandenen Hirnembolie in ihrem Bett im 4-Bett-Zimmer. Auch ich befürchtete, ebenso wie auch andere Teilnehmer unserer Gruppe durch die Mitpatientinnen im Zimmer beobachtet zu werden und dadurch nicht frei reden zu können.

Frau W. nahm an, ich käme zur Abklärung sozialer Probleme ihrer jüngeren Tochter von der Jugendhilfe. Offensichtlich war ich nicht durch die Klinikfürsorgerin angekündigt, obwohl es so abgesprochen war. So war ich bei meiner Vorstellung und dem Bericht meines Vorhabens ziemlich verunsichert, hatte Frau W. doch jemand anderen erwartet. Ihr ging es schlecht, und sie war nicht gerade begeistert über mein Kommen. Ich war im Zweifel: Gehe ich sofort wieder, bleibe ich noch, komme ich überhaupt wieder? Ich blieb noch! Frau W. erzählte mir über sich, daß es ihr momentan sehr schlecht ginge, und daß sie auf Grund der Hirnembolie alles nur verschwommen sehe.

Dieser kurze Bericht der Patientin über sich selbst ermunterte mich. Ich fühlte, daß sie mir näher kam und fragte sie, ob es ihr recht wäre, wenn ich wiederkäme. Ich verabschiedete mich mit gemischten Gefühlen, konnte mir jedoch durchaus vorstellen, daß wir miteinander auskommen könnten. Der „Sprung ins Wasser“ war geschafft, das „Schwimmen“ würde schon klappen. Insgesamt schien es mir doch leichter, als ich anfangs dachte.

Zwischen Frau W. und mir entstand allmählich Vertrauen. Ich besuchte sie 2 bis 3 Mal in der Woche, je nachdem, wie sie es wünschte bzw. mir durch das Studium möglich war. Meine Ängste, dieser mir doch fremden Frau mit meinen Besuchen mehr zur Last zu fallen als zu helfen, wichen. Ich bemerkte, daß sie mich annahm durch solche Sätze wie: „Sie kommen aber spät!“ und gegenüber anderen Personen sprach sie von mir als „ihrer Medizinstudentin“. Nach den anfänglichen Zweifeln erfreute mich das sehr. In einem Gespräch erzählte sie mir erbost von „den Studenten“, die im Rahmen des Seminars für Innere Medizin zu ihr gekommen waren, um die Anamnese zu erheben. „Was die alles wissen wollten!“ Mir erzählte sie von sich aus viel über ihre Gedanken, über ihre Familie und ihre Vergangenheit. Ich spürte einen deutlichen Unterschied, wie sie „die Studenten“ annahm, zu denen ich im Prinzip genauso gehöre, und wie sie mich annahm, die ich aus einer Balint-Gruppe kam.

Ich strebte es nicht an, bei meinen Besuchen nur nett zu plaudern. Mein Hauptanliegen sollte es sein, über die Probleme der Patientin zu sprechen. Das zu lernen, war schließlich

ein Beweggrund, für mich, in dieser Gruppe mitzuarbeiten. Die Relationen zwischen Alltagsgesprächen und „Problembesprechungen“ entsprachen anfangs nicht meinen Vorstellungen. In einer Gruppenstunde, die diesen Problemen gewidmet war, wurde mir klar, woraus diese Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität erwuchs. In der Literatur werden Momente der Problembesprechung herausgestellt, die in Wirklichkeit in Alltagsgesprächen eingebettet sind, wobei letztere einen viel größeren Zeitraum einnehmen. Die Bedeutung des „Geplauders“ für den Aufbau einer Beziehung konnte ich durch diese Betreuung der Patientin erleben.

In unseren Gesprächen gab immer Frau W. die Themen vor: Klagen über ihr schlechtes Befinden, „obwohl ich mir Mühe gebe“, Probleme in der Familie, Klagen über den zu langen Krankenhausaufenthalt. Ich wagte nicht, die dominierende Rolle im Gespräch zu übernehmen. So hörte ich ihr zu, zu Beginn sehr aufmerksam, später aber auch mit weniger guten Gefühlen. Die Themen wiederholten sich ständig, ich versuchte Lösungen für ihre genannten Probleme zu finden, schlug diese vor und merkte, daß ihr gar nicht an der Problemlösung lag. In der Gruppe wurde mir geraten, nicht ständig zu positivieren, ich würde sonst nur immer den Gegenpol bilden, jedoch nicht mit Frau W. in Kontakt treten können. Dankbar für diesen Rat – ich langweilte mich schon, hatte keine neuen Lösungsideen für Frau W.s Probleme, änderte ich mein Verhalten. Mein Selbstbewußtsein wuchs, ich stellte selber Fragen, berichtete von mir, brachte neue Themen ins Gespräch, um sie aus ihren kreisenden Gedanken herauszuholen.

So fühlte ich mich wohler. Trotz alledem, meine Ohnmacht gegenüber der Krankheit trat mir immer wieder vor Augen. An eine Besserung des Zustandes war nicht zu denken. Frau W. war darüber aufgeklärt worden, nahm dieses Wissen an, verwarf es jedoch immer wieder, und stellte die gleichen Fragen: „Weshalb ich, ich bin doch erst 63 Jahre alt? Was soll ich denn nur tun, ich kann mich doch nicht nur schonen.“ Die Erfahrung, die Probleme der Patientin nicht lösen zu können und keine Ratschläge vorzugeben, war für mich neu, wird aber wichtig sein für meine spätere Praxis. In diesem Fall habe ich gelernt, mich damit zu begnügen, die Probleme zu erkennen und zu benennen, nicht mehr und nicht weniger.

Oft äußerte Frau W. den Wunsch, lieber tot zu sein, da sie sich in ihrem Leben zu sehr eingeschränkt fühlte. Ich verstand sie in ihrer Ohnmacht und versuchte sie, das spüren zu lassen. Ich wagte nicht, ihr zu sagen, daß eine Änderung der Lebenseinstellung in ihrem Fall das beste wäre, obwohl es meiner Auffassung entsprach. Ich kam mir in diesen Situationen unglaublich vor und nahm an, sie hätte diesen Vorschlag nicht einmal gehört. Ich meinte, den Anstoß dazu müsse die Patientin selbst geben, hatte sie doch meine anderen Lösungsvorschläge ebenfalls verworfen. So hörte ich ihr in diesen Situationen nur still zu und glaubte, ihr so am besten geholfen zu haben.

Meine Ängste, nicht abfangen zu können, was mir die Patientin entgegenbringt, baute ich schnell ab.

Das Verhältnis zu den Schwestern, zu den Ärzten hatte ich keinen Kontakt, war die gesamte Zeit gut. Es wurde akzeptiert, was durchaus nicht selbstverständlich war, daß ich kam, wenn es die Freiräume zwischen den Lehrveranstaltungen zuließen. Eine Schwester äußerte mir gegenüber einmal, daß sie sich mehr Studenten wünsche, die Patienten betreuen. Der Einsatz wäre lobenswert und trage Früchte im Verhalten dieser Patientin. Diese Worte ermutigten mich, nicht aufzuhören mit der Arbeit . . .

Ein letztes Problem im Zusammenhang mit Frau W. war, daß mir nicht klar war, wie ich diese Beziehung, die ich als partnerschaftlich bezeichnen würde, beenden sollte. Nachdem Frau W. aus der stationären Behandlung entlassen worden war, hatte ich sie auf ihren Wunsch weiterhin alle 14 Tage einmal besucht. Doch es sollte keine Sache von Dauer sein, die Betreuung war als zeitlich begrenzt von vornherein geplant worden. Bei den Betreuenden der hämatologischen Patienten wurde das Problem durch die Entfernung der Heimatorte der Patientinnen gelöst, bei mir nicht. In der Gruppe wurde mir geraten, das Problem zu thematisieren, Frau W. meine Bedeutung als außerhalb der Familie stehende Gesprächspartnerin zu erklären, ihr bewußt zu machen, daß sie eine solche Person benötigt, ich diese Rolle jedoch nicht auf Dauer übernehmen kann. Frau W. akzeptierte diese Erklärung, und wir vereinbarten für die Zukunft eine lose Verbindung. Mir waren die Zeit mit der Patientin und die Gespräche darüber in der Gruppe sehr wichtig. Ich wurde zur Reflexion über diese Beziehung zwischen der Patientin und mir angeregt und fühlte mich durch die Gespräche in der Gruppe nie alleine. Im Laufe der Zeit wurde ich selbstsicherer und bekam ein Gespür für den Umgang mit meinen eigenen Gefühlen, die in der Beziehung zur Patientin eine Rolle spielten. Ich bin sehr dankbar für dieses Jahr in der Gruppe.

Diese Art von Gruppe beanspruchte viel Zeit; angesichts des anstehenden Staatsexamens lassen wir sie deshalb momentan ruhen. Wir konnten üben, mit einer bestimmten Aufmerksamkeit zuzuhören. Es ging uns darum, zu erfahren und zu spüren, daß es neben dem inhaltlich konkreten Geschehen in einer Beziehung noch etwas ganz anderes gibt: einen verdeckten, indirekten Austausch von Botschaften und Gefühlen, der unausgesprochen bleibt. Besser gelingt es uns jetzt auch, uns bei der Beurteilung von Patienten von ihnen abzugrenzen, uns nicht völlig unseren Gefühlen hinzugeben. Mit eigener Abwehr können wir jetzt besser umgehen.

Anhand konkret entstandener Situationen sprach wir z. B. darüber, wieviel man den Patienten von sich selbst erzählen sollte und erkannten für uns, daß diese Frage nicht einmal grundsätzlich, sondern von Patient zu Patient neu entschieden werden muß. Wir denken, daß unsere Fähigkeit zur möglichst genauen Darstellung und unser Einfühlungsvermögen gestiegen sind und sehen diese Dinge als untrennbar vom Arztsein an. Nicht zuletzt machte diese Form des Lernens oft Freude. Betreuung und Besprechung in der Gruppe hatten für uns gleichen Stellenwert und sind nicht voneinander zu lösen.

Wir wollen versuchen, während der Facharztausbildung ähnliche Gruppen durchzuführen.

Immer wieder wurden wir uns eigener Grenzen und der der Gruppenarbeit bewußt. Es ging uns nicht darum, aus Einzelerfahrungen allgemeingültige für jeden Patienten gleichermaßen geltende Regeln aufzustellen. Wir sind uns auch bewußt, daß eine solche intensive Betreuung später nur in Einzelfällen möglich sein wird. Jörg Kaspar Roth sagt: „Die Balint-Gruppe bildet lediglich das aus, was jeder, der in einem helfenden Beruf tätig ist, zur Verfügung hat und wirkungsvoll einsetzen kann: sich selbst, die eigene Person“ (2).

Wir sind froh, unsere anfangs gehegten Erwartungen ein Stück verwirklicht zu sehen, und sind dankbar, daß uns Patienten Gelegenheit gaben, diese Erfahrungen zu machen. Sehr herzlich danken möchten wir auch Herrn Prof. Dr. sc. med. Geyer für seine

Unterstützung und Förderung sowie Frau Dipl. med. Heinke, mit der uns ein Jahr der Gruppenarbeit sehr verbindet.

Literatur

- (1) Roth, J. K.: Hilfe für Helfer: Balintgruppen; Bd. 389 München, Zürich 1984, S. 150.
- (2) Balint, M.: Psychotherapeutische Ausbildung des praktischen Arztes, *Psyche* 6, 1955/56, S. 371-89.

# Der Tod und das Mädchen

V. Hackenbroch, Bonn, Deutschland

Ich bin Medizinstudentin im neunten Semester an der Universität Bonn. In dieser Arbeit zum Balint-Preis 1993 will ich von meiner Begegnung mit Herrn P. berichten, die nun fast schon drei Jahre zurückliegt. Ich habe lange überlegt, ob ich hier wirklich diese Beziehung schildern soll. Es ist alles schon recht lange her, die Erinnerungen verblassen, sie vermischen und verklären sich. Inzwischen habe ich mich verändert, weiterentwickelt, sowohl persönlich als auch in meinem Studium. Vieles erscheint mir jetzt fremd. Meine medizinische Unwissenheit: Damals konnte ich mich noch nicht so leicht wie heute auf medizinische Fakten, den interessanten „Fall“ zurückziehen. Ich nahm die Patienten noch viel unmittelbarer, nicht durch die Brille der Labordaten und Röntgenbilder wahr. Die fehlende „Coolness“: Inzwischen habe ich mir einen Schutzpanzer zugelegt, den ich nach Bedarf aktivieren kann. Meine starke Identifikation mit der Rolle der Pflegenden und noch vieles andere. Kann es mir gelingen, mich so zu schildern wie ich damals war? Will ich das überhaupt? Auch ist es keine „vorbildliche“ Beziehung, im Gegenteil: Es fällt mir noch immer nicht ganz leicht, mich zurückzuerinnern; die Bilder, die aufsteigen, sind sehr persönlich, schön zum Teil, manche aber auch sehr *unangenehm*, *peinlich* vielleicht sogar, Eingeständnisse meiner (damaligen?) Unerfahrenheit, Ungeschicklichkeit, Hilflosigkeit, die ich Herrn P. gegenüber empfand. Ich habe Angst, mich *bloßzustellen*, etwas zu schreiben, das ich später bereuen könnte. Meine Beziehung zu Herrn P. ist weit entfernt von meinem Ideal einer Arzt-Patient-Beziehung.

Und doch ragt für mich die Begegnung mit Herrn P. aus allen anderen Patientenbegegnungen heraus. Auf keine andere Beziehung zu einem Patienten habe ich mich *emotional* so eingelassen wie auf diese, keine andere habe ich so *intensiv erlebt*; wenn ich mich jetzt erinnere, überkommen mich meine damaligen Gefühle mit neuer Lebendigkeit. Vor allem aber habe ich keine andere Beziehung so bewußt verarbeitet wie diese. Ich hatte die Chance, sie in einer Balint-Gruppe vorzustellen. Dort traf ich auf tiefes Verständnis. All das ausgesprochen zu hören und schließlich auch selbst auszusprechen, an das ich vorher kaum zu denken gewagt hatte, die Erfahrung, Gefühle und Phantasien wirklich zulassen zu dürfen, sie von allen Seiten zu beleuchten und in ihrer Einzigartigkeit schließlich anzunehmen, all das ermöglichte es mir, mich von Herrn P. zu befreien. Damals hätte ich nicht gedacht, daß so etwas überhaupt möglich ist.

So ist Herr P. für mich zu einem „Schlüsselpatienten“ geworden. Ich habe eine Art „**Urvertrauen**“ in meine eigenen **Gefühle** gewonnen. Seitdem „weiß“ ich, was es wirklich heißt, in einer Beziehung eigene Gefühle wahrzunehmen, sie anzunehmen, um sie für die Gestaltung der Beziehung kreativ zu nutzen. Plötzlich begriff ich, was „*emotionales Lernen*“ wirklich bedeutet. Viele Begriffe, die ich mir angelesen und lautstark wie ein

Glaubensbekenntnis unter meinen Kommilitonen verbreitet hatte, füllten sich plötzlich mit Leben. Ich spürte, wie *schwierig* und *schmerzhaft* eine ehrliche Auseinandersetzung mit den sogenannten Tabuthemen, Tod, Liebe, Sexualität, Religion, tatsächlich ist, wie stark und immer wieder neu ich mich dabei mit mir selbst auseinandersetzen muß. Ich habe dabei viele, viele Rückschläge einstecken müssen, und es gibt Momente, für die ich mich noch immer schäme. Aber es gab auch Augenblicke, die mir den Mut gaben, nicht aufzugeben.

Ich kann und will meine Beziehung zu Herrn P. nicht isoliert, als einmaliges historisches Ereignis irgendwo in ferner Vergangenheit darstellen. Denn jetzt, wo ich fast am Ende meines Studiums stehe und sich plötzlich alle Zweifel, ob ich denn auch wirklich Ärztin werden will, wieder melden, ist es sehr, sehr wichtig für mich zurückzublicken, mir wichtige Erfahrungen, die ich gemacht habe, ins Gedächtnis zurückzurufen, sie miteinander zu verknüpfen, sie von neuem ernst zu nehmen, zu versuchen, die verschlungenen Pfade im Dschungel meiner Entwicklung zur angehenden Ärztin noch einmal nachzuvollziehen. Meine Begegnung mit Herrn P. und ihre Verarbeitung erscheint mir als ein sehr wichtiger Schritt in dieser Entwicklung. Die Erinnerung an diese Begegnung, im Zusammenhang mit dem, woraus sie entstand, und mit dem, was aus ihr entstand, das ist es, was ich versuchen will hier darzustellen. Es ist eine Art Resümee meiner bisherigen Arbeit, dessen, was mir in meinem Studium wirklich wichtig ist und was mir Mut macht, doch noch Ärztin zu werden.

Je mehr ich mich in meine Erinnerungen an Herrn P. vertiefe, desto klarer werden die Bilder vor meinem inneren Auge. Details kommen mir plötzlich wieder in den Sinn. Ich meine, sein Gesicht vor mir zu sehen, seine Stimme zu hören. Krankenhausgeruch steigt mir in die Nase. Vor allem aber spüre ich wieder die intensive Atmosphäre dieser Begegnung: gespenstisch, düster, aber energiegeladen – Schweigen unter Hochspannung. Es ist mir sehr wichtig, diese Atmosphäre nicht nur mit Worten zu beschreiben, sondern sie auch spürbar zu machen. Erst dann, denke ich, wird diese Schilderung wirklich, also auch mit dem Herzen, verständlich. Ich hoffe, daß ich es schaffe, diese mir inzwischen sehr kostbar gewordenen Erinnerungen nicht zu „zerschreiben“, sondern ihren Zauber, ihre Poesie und Einzigartigkeit zu bewahren.

Vor drei Jahren, bei meiner ersten Begegnung mit Herrn P., hatte ich gerade das dritte Semester mit dem Präparierkurs hinter mich gebracht. Dabei war ich zutiefst schockiert und empört darüber gewesen, wie wir in weiße Kittel gesteckt und zu gefühllosen, zynischen Schnibbel- und Pauk-Monstern degradiert worden waren; ich hatte versucht, mich dem, gemeinsam mit einer Freundin, so gut es ging, entgegenzustellen und meine Gefühle vor allem der Leiche, aber auch einige Kommilitonen und Professoren gegenüber um so intensiver und bewußter zu durchleben; eine ziemlich schmerzhaft Erfahrung, die ich nur sehr langsam verarbeiten konnte. *[Gerade habe ich mir diesen Satz noch einmal durchgelesen. Es trifft mich, und es erstaunt mich, wieviel Kälte und ironische Distanz ich noch immer brauche, um über diese Erinnerungen sprechen zu können. Aber die Formulierung ist mir spontan aus der Feder geflossen, und deshalb will ich sie auch so stehen lassen.]* Nach dem Präparierkurs, während der Semesterferien arbeitete ich für einige Wochen als



Pflege-Aushilfskraft auf einer chirurgischen Station der Bonner Uniklinik. Ich war erleichtert, es endlich wieder mit lebendigen Patienten zu tun zu haben, und ich nahm mir vor, mich um so bewußter mit ihnen auseinanderzusetzen. Dabei wollte ich alle meine Erfahrungen und Erkenntnisse, die ich seit Beginn meines Studiums in *Anamnese- und Balint-Gruppen* gesammelt hatte, und die mir sehr wichtig waren, „ohne Rücksicht auf Verluste“ umsetzen. Daß ich mich damit, zu jenem Zeitpunkt, selbst völlig überforderte, ist mir erst nach und nach klar geworden.

Die Arbeit auf der chirurgischen Station machte mir Spaß. Während der Spätdienste, wenn nicht allzuviel zu tun war, stand ich manchmal angelehnt an den Türrahmen des Stationszimmers und blickte den Gang entlang, von dem die Patientenzimmer abgingen; manchmal wechselte ich ein paar Worte mit Patienten oder Besuchern, die gerade vorbeikamen, und träumte ansonsten davon, an Deck eines riesigen Ozeandampfers zu stehen, der langsam, aber unbeirrt und allen Stürmen und Unwettern trotzend seinen Weg durch die Weltmeere findet. An einem solchen trüben Februarnachmittag sah ich auf einmal zwei Gestalten auf mich zukommen.

*... Ach ja, der Neuzugang, der heute noch kommen sollte. Eine Frau und ein Mann, Arm in Arm. Beide schon älter, na ja, vielleicht so um die siebzig. Graue Haare, graue Mäntel, nichts Besonderes. Wer von den beiden ist wohl für uns bestimmt? Sie wirken ein wenig verloren, noch fremd in der kühlen, weißen Krankenhausatmosphäre. Wie sie diesen Gang hier, der mir so vertraut ist, wohl sehen mögen? Wie wirkt wohl der eigentümliche Geruch auf sie, der die Station erfüllt? Kot, Schweiß und Desinfektionsmittel. Seltsam, daß ich ihn gerade jetzt so intensiv wahrnehme. Ich habe mich abgehärtet, mich langsam daran gewöhnt, aber im tiefsten Innern bleibt er mir unangenehm. Eigentlich ganz sympathisch die beiden, besonders der Mann gefällt mir. Er scheint zu den Menschen zu gehören, die erst im Alter schön werden. Würdig sieht er aus, ja, das ist das richtige Wort. Ein gestürzter König, der mit Würde ins Exil schreitet. Schreitet? Er hinkt. Die Frau trägt die Tasche, sie stützt ihren Mann. Sieht nach Holzbein aus, wahrscheinlich eine Kriegsverletzung.*

„Guten Tag ...“

„Guten Tag ...“

„Mein Mann sollte hier zu Ihnen auf die Station ...“

„Ah ja, einen Moment bitte.“ – „Alles klar, Sie kommen auf Zimmer 301, ganz am Ende des Ganges dort. Warten Sie, ich kann die Tasche tragen.“

„Geht schon, wir schaffen das.“

*Sieht ganz schön krank aus der Mann, so aus der Nähe. Scharfe, überdeutliche Gesichtszüge. Tiefe Falten in der Stirn. Wirre Haare. Gelbe Haut. Die Augen traurig.*

„Ich bin übrigens die Veronika.“

„Ich bin Herr P. . .“

Aus irgendeinem Grund fühlte ich *mich sofort für ihn verantwortlich*. Mehr, als ich es von anderen Patienten her kannte. Ich hatte das Bedürfnis, ihn zu *umsorgen*, zu *verwöhnen*, es ihm so *bequem* wie möglich zu machen. Zuerst fehlte das Bett, und ich lief im ganzen Haus herum, um sofort ein einigermaßen bequemes und funktionstüchtiges zu organisieren. Dann fehlte das Abendessen, und ich versuchte vergeblich, auf verschiede-

nen Stationen ein geeignetes Diabetiker-Essen zusammenzustellen. Schließlich habe ich ihm in der Stationsküche eine Suppe gekocht, „mit viel Liebe“, wie man so sagt.

Irgendwie war ich neugierig auf Herrn P.. Weshalb war er eigentlich hier? Was für ein Mensch war er wohl? Ich wollte mehr über ihn erfahren, ihn kennenlernen, mich mit ihm auseinandersetzen. Aus den Bemerkungen und dem Verhalten der Schwestern entnahm ich, daß er „arm dran“ war, und auf Nachfragen bekam ich heraus, daß er ein Pankreaskopf-Karzinom hatte. Man wolle noch mal versuchen, ihn zu operieren. Die medizinische Situation konnte ich damals sehr schlecht einschätzen, aber irgendwie spürte ich, daß er wohl bald sterben würde. Ich nahm mir vor, mich bei der nächsten Gelegenheit mit ihm zu unterhalten.

Am folgenden Abend machte ich meine „Pipi-Runde“, wie auf dieser Station das Einsammeln gebrauchter Urinflaschen und das Austeilen neuer für die Nacht genannt wurde. Herr P.s Zimmer war das letzte, ganz am hintersten Ende des Gangs. Als ich eintrat, schreckte ich gleich wieder zurück. Er war allein. Sein Bettnachbar, ein fröhlicher Mensch, dem es schon wieder ganz gut ging, fehlte; auch seine Frau war nicht da, ich habe sie nie wieder gesehen. Im Zimmer war es dämmrig, die Vorhänge waren zugezogen. Herr P. saß in einem Sessel in einer Ecke, hatte seine Beinprothese ausgezogen und ließ das Bein, das ihm geblieben war, über die Lehne eines Stuhls baumeln, der vor ihm stand. Sein Körper erschien winzig, völlig im Sessel versunken, im Vergleich zu seinem einen, überdimensioniert erscheinenden Bein, das er mir entgegenhielt. Wahrscheinlich hatte er versucht, es sich auf diese Weise bequem zu machen, doch auf mich wirkte der Anblick grotesk und gespenstisch, die Atmosphäre unheimlich und völlig unwirklich. Aber anstatt die Gespenster auf resolut-bewährte Schwesternart zu verscheuchen, stand ich wie angewurzelt. Schließlich begann er zu sprechen. Langsam, mit hoher, dünner Stimme und in einem seltsamen Singsang.

„Ja, ja, ja. So ist das. Hier bin ich. Wie ein Eunuch, wie eine Eunuch.“

*Was? Was sagt er da? Was ist los? Ich verstehe nicht. Deine Stimme, sie ist so hoch. Was ist bloß los mit dir?*

„Ja, ja, ja. Ob ich hier wohl je wieder herauskomme? In einer schwarzen Kiste, in einer schwarzen Kiste. Ja, ja, ja. So ist das.“

*Was redest du da! Nein! Nein. Eine Kiste ist zu klein für dich, es kann nicht sein. Nicht wie alle anderen, das nicht. Ich verstehe nicht . . . Ich erinnere mich. Präparierkurs. Leichengeruch. Eine kalte, schimmelnde Hand, die ich halte. Weiße Kittel, aufgeregte Gesichter, blitzende Skalpelle. Ich habe Angst, will weg, nichts wie weg. Doch die Hand hält mich fest. . . . Vielleicht hast du recht, du hast recht, so ist das wohl. In einer schwarzen Kiste. So wird es sein. Es wird so sein.*

„Die Welt da draußen ist so fern. Ich bin hier im Düstern. Ja, ja, ja. Wie ein Eunuch. Wie ein Eunuch.“

*Es tut mir so weh, was du da sagst. Es ist nicht wahr! Es kann nicht sein. Du bist jung und stark. Doch. Es ist wahr. Deine Stimme ist so hoch und dünn. Ich kann nichts sagen. Es drückt mir die Luft ab. Es ist ganz unmöglich.*

Die Tür geht auf, sein Bettnachbar: „Oh, entschuldigen Sie . . .“, und er macht die Tür gleich wieder zu. Wir: „Ach, kommen Sie doch herei- . . .“ Ich erwache. Ich halte die

Urinflasche in der Hand. Räuspern. „Ich muß jetzt mal weitermachen.“ Ich stelle die Urinflasche auf meinen Wagen und schiebe ihn zurück zum Spülraum, daß es nur so kracht.

Nach dieser Begegnung war ich völlig *aufgewühlt* und fühlte mich *hilflos* in einem Maße, wie ich es vorher nie kennengelernt hatte. Was war hier eigentlich passiert? Ich konnte es mir einfach nicht erklären. Wo war meine *Anamnese-* und *Balint-Gruppen-*erfahrung geblieben, auf die ich so stolz war? Der *Umgang mit den eigenen Gefühlen*, mit *Tabuthemen*, das rechte Gleichgewicht von *Nähe* und *Distanz* – heiß diktiert, und alles nur Theorie? Wo war die Veronika geblieben, die, wie ich glaubte, sonst doch ziemlich instinktsicher, mitfühlend und zugleich souverän die Patienten pflegte? Hatte ich hier total versagt? Oder war alles nur ein Traum gewesen? Ein Märchen, in dem geheime Kräfte zwischen zwei Menschen wirken können? Das Zimmer ein verzauberter Raum, in dem die Zeit aufhört zu existieren? Ich fürchtete mich davor, Herrn P. am nächsten Tag wiederzusehen, doch gleichzeitig freute ich mich auch darauf. Ich hatte keine Ahnung, wie ich mich dabei verhalten sollte, was ich sagen sollte, aber ich war bereit, mich weiter auf ihn einzulassen, nicht abzublocken, nicht abzuwiegeln.

Am nächsten Abend wiederholte sich die Szene vom Abend zuvor. Dieselbe Situation, dieselben Worte, viel Schweigen. Es wurde zur Gewohnheit. Fast jeden Abend kam ich mit meinem Urinflaschenwagen zuletzt in Herrn P.s Zimmer. Er saß und sprach, ich stand, stumm, erstaunt, fasziniert, erschüttert und hörte zu. Manchmal haben wir auch beide minutenlang geschwiegen. Es war seltsam: Sobald eine andere Schwester dabei war, war der Bann gebrochen, die Begegnung verlief nicht anders als mit anderen Patienten, es war dann fast, als würden wir uns nicht wiedererkennen. Doch sobald wir allein waren, herrschte wieder jene seltsam eindringliche Stimmung des ersten Abends.

Einmal, es war noch ziemlich zu Beginn unserer Beziehung, sah ich Herrn P. auf seinem einen Bein ins Badezimmer springen. Es war wirklich ein Springen, kraftvoll, sicher, mühelos das Gleichgewicht haltend, mit jedem Sprung einen großen Abstand zurücklegend. Ich war verblüfft. Soviel körperliche Kraft und Beweglichkeit hatte ich ihm nicht mehr zugetraut. Ich merkte, wie mich das anzog; er erschien mir fast attraktiv. War er vielleicht wegen mir so direkt vor meiner Nase durch die Gegend gesprungen? Wollte er mich damit beeindrucken? Es kam mir vor, als wolle Herr P. selbst noch einmal spüren, daß noch Kraft und Leben in ihm stecken, als wolle er sich selbst beweisen, doch noch eine junge Frau beeindrucken, verführen zu können, als wolle er noch einmal die Krankheit abschütteln und dem Tod von der Schippe springen.

Je länger wir uns kannten, desto mehr begann Herr P. sich auch für mich und mein Leben zu interessieren. Er fragte nach meiner Arbeit auf der Station, nach meinem Studium, danach, was ich in meiner Freizeit denn so täte. Ich habe ihm immer nur sehr zögernd geantwortet. Irgendwie war es mir unangenehm, ihm zu viel von mir zu erzählen. Es war mir, als dringe er dabei in die Ritzen und Nischen meines Lebens vor, ohne daß ich mich dagegen wehren könnte. Aber eine klare Linie zu ziehen, ihm klipp und klar zu sagen, daß ich solche Fragen als unangenehm empfand, das schaffte ich einfach nicht.

Wenn ich mit Herrn P. zusammen war und ihm zuhörte, war ich in einer anderen Welt, tief bewegt, ergriffen, verwirrt, überwältigt und verstummte. Ich konnte mich einfach nicht lösen, keine innere Distanz finden, nicht herausfinden aus dem Labyrinth, in dem ich mich verirrt hatte. Es kam mir vor, als liefe ich im Kreis und verlöre mich immer mehr in den endlosen Gängen. Andererseits unternahm ich auch keinen ernsthaften Versuch, dort herauszufinden. Es war mir sehr unangenehm, über diese Beziehung nachzudenken. Sie kam mir unheimlich, unwirklich, geradezu verboten, unanständig vor. Sobald ich nach der Arbeit nach Hause kam, versuchte ich zu vergessen, so gut es ging, die Gedanken und Bilder, die mich bestürmten, schob ich energisch von mir fort, so weit wie möglich. Es war anstrengend, doch eigentlich ging es ziemlich gut. Nur manchmal träumte ich von Herrn P. . . .

Herr P. war immer begierig, Nachrichten von „draußen“ zu hören, fragte nach der Sonne, der Kälte, der Luft, dem frischgefallenen Schnee. „Draußen“ schien für ihn eine geradezu magische Bedeutung zu haben. Dort war das Leben, die Freiheit. Manchmal mußte ich Herrn P. im Rollstuhl zu verschiedenen Untersuchungen schieben. Dabei mußten wir durch die Eingangshalle der Klinik fahren, und jedesmal, wenn wir an der großen Eingangs-Glasschiebetür vorbeikamen, öffnete sie sich automatisch und geräuschvoll. Herr P.: „Ja, ja, ja. Ob ich da wohl jemals wieder herauskomme? Nein. Nein. In der schwarzen Kiste, so wohl schon, das ja. Da heraus, lebendig, das wär‘ schön. Das will ich. Ja.“

Manchmal war Herr P. auch besorgt um mich:

„Sie sehen so blaß aus, geht es Ihnen auch gut?“

„Ja. Ganz gut, ja.“

„Bekommen Sie nicht so viele Kinder, das ist so anstrengend. Mein Nachbar hier hat viele Kinder. Vier oder fünf, die kommen immer zu Besuch.“

„Ja.“

„Nicht so viele, das ist zu anstrengend.“

„Ja.“

„Gehen Sie raus in die Sonne.“

„Ja.“

„Da ist es hell.“

„Ja.“

Schließlich hörte ich auf, auf dieser Station zu arbeiten. Der Abschied:

„Auf Wiedersehen, und alles Gute.“

„Auf Wiedersehen.“

Und Schweigen.

Einige Monate später kam ich noch einmal zurück. Herr P. war nicht mehr da. Ich fragte eine Schwester, was aus ihm geworden sei. „Ach der Herr P. . . . Ja, den ham‘ die aufgemacht und gleich wieder zugemacht. Die leben alle nicht mehr, die.“

Die Zeit verging, doch es war wie verhext: Ich konnte von Herrn P. nicht loskommen. Zwar dachte ich nach und nach etwas weniger an ihn, doch manchmal sprangen mich die Erinnerungen aus dem Dunkel der Vergangenheit an mit einer Wucht und Lebendigkeit, die mich fast umwarf. Gelegentlich träumte ich auch von ihm. An einen Traum kann ich mich noch erinnern:

*Es herrscht Krieg. Ich bin in einem Bunker, und wenn draußen die Bomben einschlagen, zittern die Wände. Ich sitze in einer Ecke, zusammen mit einer Kommilitonin und Anamnesegruppen-Freundin. In der Mitte des Raumes steht ein riesiges Röntgengerät. Fröhlich singende Medizinstudenten-Soldaten in OP-Kitteln stehen in Zweierreihen Hand in Hand und bedienen nacheinander die Röntgen-Kanone. Sie schießen nach draußen, denn dort ist Krieg.*

*Es ist Friede. Ich bin in einem Garten, umgeben von hohen Hecken. Es geht mir gut. In dem Garten steht ein Bett, und in dem Bett liegt Herr P. Ich pflege ihn. Als ich die Bettdecke zurückschlage, sehe ich, daß er keinen Körper hat, nur einen Kopf.*

Im Januar vor zwei Jahren schließlich, also fast ein Jahr, nachdem ich Herrn P. kennengelernt hatte, es war inzwischen viel passiert – ich war von zu Hause ausgezogen, hatte das *Physikum* bestanden und mich gleich mehrmals hoffnungslos verliebt –, stellte ich unsere Beziehung in einer *Balint-Gruppe* vor, in meiner Kleingruppe auf der Bonner Balint-Studententagung. Ich wollte Herrn P. „loswerden“, die Beziehung endlich für mich klären.

Es war das erste Mal, daß ich in einer Balint-Gruppe einen Fall vorstellte. Ich hatte Angst, mich zu blamieren, zuviel Persönliches von mir preiszugeben, auf Unverständnis, harsche Kritik und Ablehnung zu stoßen. Aber ich sah hier endlich eine Möglichkeit, mich von meinen quälenden Erinnerungen zu befreien. Es fiel mir schwer vorzutragen. Oft stockte ich, schwieg lange, hätte am liebsten wieder aufgehört, manches ließ ich auch weg. Es tat weh, die alten Bilder wieder auszugraben, hingucken zu müssen, das alles auszusprechen, wiederzubeleben. *Gefühle*, die ich ein Jahr lang recht gut unter Verschuß gehalten hatte, kamen plötzlich wieder hoch. Trotzdem fühlte ich mich hinterher schon ein wenig erleichtert.

Nach meinem Vortrag herrschte lange intensives Schweigen. Ich war wie gelähmt, hatte Angst, die Gruppe könnte mit meiner Schilderung nichts anfangen, andererseits spürte ich wieder ganz deutlich die intensive Atmosphäre jenes ersten Abends mit Herrn P. Irgendwann begann jemand zu sprechen. Ich kann mich nicht mehr an viele Details aus dem Verlauf der Stunde erinnern, doch ich weiß noch gut, wie stark und ungebremst mich jeder neue Beitrag traf, wie tief mich jedes neue Bild berührte. Ich war erstaunt, wie viele Phantasien aus der Gruppe genau zutrafen, ohne daß ich diese Dinge in meiner Schilderung erwähnt hatte. Bilder stiegen auf, wurden weitergesponnen: Begegnung mit Herrn P., Begegnung mit dem *Tod*. Herr P., der Eunuch. Er vergeht, wird weniger. Geschlechtslos. Körperlos. Ich stehe ihm gegenüber. Er will das *Leben aus mir heraus-saugen*. Eine knöcherne Hand, die nach mir greift, versucht, mich zu sich hinüberzuziehen. Ein Kampf. Ein zähes Ringen. Ein Locken. Herr P., der Sensenmann. Und ich, das

Mädchen. *Der Tod und das Mädchen*. Es kam mir vor, als sei alle meine Ohnmacht in dieses Bild gebannt, als hätte ich sie dort abgelegt. Ich konnte sie dort betrachten, belächeln. Ein altersschwacher Sensenmann, der seine Sense kaum noch halten kann. Bemitleidenswert eher als furchterregend. Der Tod und das Mädchen. Details aus meiner Begegnung mit Herrn P. kamen mir plötzlich wieder in den Sinn, die Erinnerung fiel mir jetzt viel leichter. Die Stimmung in der Gruppe änderte sich, wurde lebhafter. Neue Gedanken: *Intimität*, *Vertrautheit*. Herr P.s Bett Nachbar hatte sie gespürt, als er so plötzlich zu uns hereinplatzte. Eine Liebesbeziehung. Schüchtern, unterdrückt, nie ausgesprochen. Körperlos fast. Der Eunuch und das Mädchen. Nicht ganz. Aber doch eine *Liebesbeziehung*. Ein romantisches Märchen, verzaubert, entrückt. Etwas Kostbares, etwas ganz Besonderes. Der Tod und das Mädchen, auch hier. Sie stehen auf einer Wiese, halten einander an den Händen und blicken sich tief in die Augen. Das war es. Ich hatte es die ganze Zeit *gespürt*, doch nie gewagt, es mir *einzugestehen*. Es nun ausgesprochen zu hören, vorsichtig, verständnisvoll, das empfand ich als ungeheure Erleichterung, als Befreiung. Als die Gruppenleiterin mich ansprach, schreckte ich aus meinen Gedanken auf. Ich hätte Herrn P. hier noch einmal heraufbeschworen und dürfe ihm nun zum Abschied noch etwas sagen. Ich war erstaunt. Wir machten hier doch keine Geisterbeschwörung! Doch dann schoß es mir durch den Kopf: Wenn du jetzt kneifst, war hier alles umsonst gewesen. Diesen letzten Schritt mußt du jetzt auch noch tun! Die Worte kamen von selbst: „Ich habe Sie sehr gern gehabt, Herr P. – Und bis demnächst dann.“

Nach dieser Gruppenstunde hätte ich meterhoch springen können und habe es, glaube ich, auch getan. Es war, als wäre ich plötzlich von einer Zentnerlast befreit. Die *Träume hörten auf*. Jetzt erst, nachdem meine Gefühle *Frieden gefunden* hatten, konnte ich gelassen genug zurückblicken, um über diese Beziehung auch mit dem Kopf nachzudenken.

Mit der Zeit wurde mir klar, daß ich mir an jenem ersten, entscheidenden Abend in Herrn P.s Zimmer ganz *bewußt* vorgenommen hatte, mich auf Herrn P. einzulassen, mich mit ihm auseinanderzusetzen, daß ich mir jedes *Ausweichen*, Vorhänge aufziehen und Licht anknipsen, strengstens *verboten* hatte. Dies hing sicherlich eng mit den Erfahrungen zusammen, die ich bis dahin in Anamnese- und Balint-Gruppen gesammelt hatte. Bereits im ersten Semester hatte ich begonnen, an einer *Anamnesegruppe* teilzunehmen, ohne so recht zu wissen, auf was ich mich da eigentlich einließ. Ganz langsam erst begriff ich, was für verrückte und eindringliche Gefühle man bei einem Patientengespräch haben kann und daß die Gefühle das Gespräch ungemein *beeinflussen* können. Ich war fasziniert von dieser Art der Auseinandersetzung; sie erschien mir viel fruchtbarer, sinnvoller, machte mir auch viel mehr Spaß als Physik und Chemie, mit denen ich mich in meinem übrigen Studium beschäftigen mußte. Nach einem Jahr habe ich dann an einem Tutorentaining teilgenommen, in dem sich mir, ohne Übertreibung, neue Welten eröffneten. *Gefühle zulassen, sie ernst nehmen, sie vor allem auch ausleben*, das wurde meine Lebenseinstellung. Im dritten Semester habe ich dann begonnen, gemeinsam mit einem Kommilitonen, als Tutorin eine Anamnesegruppe zu leiten und so auch an einer Supervisionsgruppe teilzunehmen. Irgendwann zu dieser Zeit habe ich auch das erste mal an einer Balint-Tagung teilgenommen. Diese Arbeit war mir sehr wichtig: Sie war eine Alternative zu meinem theoriebeladenen Studium, eine *Möglichkeit das zu lernen und in*

die Tat umzusetzen, was mir schon immer wichtig gewesen war und mich, als langjährige Patientin, auch motiviert hatte, *Medizin zu studieren*, nämlich mich dem Patienten zuzuwenden, ihn ernst zu nehmen, ihn auf *vielen Ebenen* wahrzunehmen, als ganzen Menschen eben. Ich stellte dabei hohe Ansprüche an mich selbst: Meine *Ideale* wollte ich ohne Kompromisse in die Tat umsetzen, ohne Rücksicht auf meine eigenen Grenzen. Meine instinktiven Schutzmechanismen hatte ich ganz bewußt weitgehend ausgeschaltet, jedoch noch *keine neue Sensibilität zur Wahrnehmung meiner Grenzen und Möglichkeiten* entwickelt.

Ich verstand, daß es mich deshalb völlig überforderte, mit der Todesahnung und *Todesangst umzugehen*, die ich bei Herrn P. so unmittelbar und *ungeschützt* wahrnahm. Gerade bei diesem Thema fühlte ich mich damals sehr *unsicher*. Ich war noch dabei, den Präparierkurs zu verarbeiten, mich mit meiner eigenen *Angst vor dem Tod*, vor *Siechtum und Zerfall auseinanderzusetzen*; die Eindrücke verfolgten mich bis in meine *Träume*. Auch ging es mir gesundheitlich damals nicht sehr gut, ich hatte Dauererkältungen und psychosomatische Herzbeschwerden. Mir fehlte einfach die *Kraft* zu einer solchen *Auseinandersetzung*. So blieben mir, nachdem ich mich nun einmal so ohne Selbstschutz darauf eingelassen hatte, nur Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Ich erkannte, daß es mir damals ganz unmöglich gewesen war, mit der *Intimität* und der aufkeimenden Liebe zwischen Herrn P. und mir umzugehen. Ich wagte es nicht, sie mir einzugestehen. So etwas wie Liebe, in welcher Form auch immer, war für mich in einer Ärztin-Patient-Beziehung nicht vorgesehen. Es durfte nicht sein. Dabei hatte ich mich gerade von meinem damaligen *Freund* getrennt, kam mir einsam und orientierungslos vor. Sicherlich war ich offen für *Zuneigung, Zärtlichkeit* und sei es nur mit *Worten*. Vielleicht hatte Herr P. das gespürt. Doch alle Zeichen der *Verliebtheit*, die ich bei mir wahrnahm, versuchte ich zu ignorieren, schob sie mit aller Kraft beiseite. Liebe zu einem Siebzjährigen und dazu noch einem Patienten, das war ganz unmöglich. Erst in der Balint-Gruppe habe ich es gewagt, diesen Gedanken zuzulassen, und auch seine Schönheit und Einzigartigkeit wahrzunehmen.

Je länger ich über meine Beziehung zu Herrn P. nachdachte, desto klarer wurde mir, wieviel mein Umgang mit Patienten doch auch mit mir selbst zu tun hat. Damit, wie ich mich gerade fühle, wie es mir geht, also auch mit meiner privaten Situation. Damit, wie weit ich mich selbst mit bestimmten Themen auseinandergesetzt habe: *Sterben, Tod, Liebe, Älterwerden, Sexualität, Religion*. Erst wenn ich hier mit mir selbst einigermaßen im *reinen bin*, kann ich mich in diesen Bereichen auch anderen Menschen zuwenden. Erst, wenn ich von den aufkommenden *Gefühlen nicht völlig überwältigt werde* oder sie erst gar nicht wage aufkommen zu lassen, kann ich meine Gefühle wirklich *wahrnehmen*, über meine *Eindrücke nachdenken* und dann entsprechend handeln. Dabei muß ich lernen, meine eigenen Grenzen zu *akzeptieren*, mir für die Auseinandersetzung genügend Zeit zu geben, *nicht alles auf einmal zu wollen*.

Ich suchte nach Wegen in meinem Studium, hieran weiterzuarbeiten. Am konsequentesten wäre es wahrscheinlich gewesen, in eine Selbsterfahrungsgruppe zu gehen. Doch das

wollte und will ich noch nicht. Ich suchte nach studienbezogenen, konkret an der Student-Patient-Beziehung orientierten Möglichkeiten.

Anamnesegruppen waren die nächstliegende Möglichkeit. Als Tutorin einer solchen Gruppe lernte ich viel, vor allem *Beobachten*, Parallelen zwischen der Student-Patient- und der Gruppeninteraktion wahrzunehmen; das half mir sicherlich auch, mich selbst in meinem Umgang mit Patienten genauer zu beobachten, Beziehungskonstellationen besser zu erkennen, vielleicht noch etwas daran zu verändern. Leider hatte ich als *Tutorin* jedoch keine Gelegenheit, auch selbst eine Anamnese zu erheben und mich der Kritik der Gruppe auszusetzen. Deshalb gründete ich gemeinsam mit meinem Co-Tutor eine Fortgeschrittenen-Anamnesegruppe mit rotierenden Tutoren und der Möglichkeit, auch selbst ein Anamnesegespräch zu führen. Ich merkte dabei, wie leicht es ist, Kritik auszuteilen, wie schwer jedoch, sie einzustecken. Doch ich merkte auch, wie die vielfältige Sicht der Gruppe meine eigenen Ansichten erweitern und bereichern half, wieviel ich über mich selbst in der Begegnung mit dem Patienten, über meine Grenzen, aber auch meine Möglichkeiten erfahren kann, wenn ich wirklich bereit bin, die Meinungen der Gruppe, auch kritische, anzunehmen.

Diese Erfahrung machte ich auch in der Balint-Gruppe, an der ich seit zwei Jahren teilnehme; dort sitzen Medizinstudenten, Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen und Pflegende zusammen. Die Gruppe ist eine wirkliche Stütze für mich im Umgang mit Patienten: Ich weiß, daß ich nun nicht mehr, wie mit Herrn P., alleine bin, sondern daß ich jederzeit, wenn ich glaube, an meine Grenzen zu stoßen, über eine schwierige Beziehung berichten kann und sicher sein kann, auf Verständnis zu treffen. Die Gruppe gibt mir den Rückhalt, den ich brauche, um auch im eingefahrenen Uni-Praktikumsbetrieb den Mut aufzubringen, einem Patienten nicht bloß als „Fall“, sondern als *Mensch* zu begegnen.

Um hierzu noch mehr Gelegenheit zu haben, nahm ich am Besuchsdienst der Klinikseelsorge teil. Nach einer dreimonatigen Einführung in das aktive Zuhören und einiger thematischer Arbeit bekam ich eine Station zugeteilt, auf der ich einmal in der Woche die Patienten besuchen sollte; begleitend fand eine Supervision statt. So ganz ohne Kittel fühlte ich mich zunächst schrecklich unsicher. Ständig versuchte ich indirekt, durch Schielen auf die Infusionsflasche und die Medikamente auf dem Nachttisch, die Diagnose zu erraten, um wenigstens etwas in der Hand zu haben. Nach und nach merkte ich jedoch, daß die Diagnose gar nicht so besonders wichtig ist; die Patienten hatten meist ganz andere Sorgen. Ich lernte es schätzen, ihnen so ganz ohne konkrete Aufgabe, nur mit viel Zeit begegnen zu können; ich merkte, wieviel ich *nicht* mitbekam, wenn ich im weißen Kittel auftrat; manche Patienten zogen sich schon innerlich zurück, wenn sie nur erfuhren, daß ich Medizinstudentin war.

Manchmal habe ich es auf meiner Station auch mit *Sterbenden* zu tun. Ich muß dabei oft an Herrn P. denken und meine damalige Ohnmacht und Hilflosigkeit. Noch immer fällt es mir nicht leicht, mit einem Sterbenden zu sprechen, *es nimmt mich mit*, berührt mich tief, führt mich an meine *menschlichen Grenzen*. Doch ganz, ganz langsam, nach vielen Büchern, die ich gelesen, nach vielen Gesprächen, die ich geführt habe, in thematischer



Arbeit, zum Beispiel auf dem Maitreffen in Marburg, in der Vorbereitung auf den Besuchsdienst und während der beiden Tutoresstrainings, die ich geleitet habe, habe ich mich dem Tod und auch dem Sterben ein wenig annähern können, ein wenig nur, doch beide haben etwas von ihrem *Schrecken verloren*. Ich merke, daß jeder Mensch seinen Weg zum Tod letztlich *alleine* gehen muß, daß ich als Begleiterin nicht viel tun kann, *zuhören* vielleicht, *da sein*. Viel mehr nicht. Auch das ist mir oft zu viel. Ich fühle mich dann *überfordert*, weiß nicht mehr weiter. Doch spüre ich jetzt eher meine Grenzen, weiß besser, wieviel ich mir zumuten kann. Wenn es sein muß, nehme ich die Hilfe meiner Supervisions- oder Balint-Gruppe in Anspruch.

... Es ist seltsam, nun so viele Jahre, Gedanken, Gefühle, Ereignisse und Irrwege auf zehn Seiten Papier gebannt zu sehen. Das Schreiben fiel mir nicht leicht. Noch einmal alles zu durchleben, die angespannten Situationen, die intensiven Gefühle; es war sehr anstrengend, *tat weh*. Noch einmal habe ich Herrn P. heraufbeschworen und muß mich nun wieder von ihm *verabschieden*. Ich bin ein wenig traurig und spüre, daß wieder ein Abschnitt in meinem Leben zu Ende ist.

# Alltagsverwirrungen

## Eine erlebte Student-Patient-Beziehung

G. Hofbauer, Basel, Schweiz

Mich umgibt die Atmosphäre des Krankenhauses, das, obgleich mit seinen Einrichtungen allerorts gleichartig an die überall auftretenden Bedürfnisse angepaßt, immer auch das Flair des Ortes mit sich trägt, an dem die Idee „Krankenhaus“ Wirklichkeit wird und sich belebt mit mehr als nur sachlichem Zwang Entsprungenem.

Im September 1992 begann ich eine zweimonatige Stelle als Unterassistent in Innerer Medizin im Bezirksspital Dornach (SO) im Rahmen meines Wahlstudienjahres. Einem Assistenzarzt zugeteilt, lernte ich die Patienten einer Station im täglichen Kontakt näher kennen. Namen wachsen mit Gesichtern zusammen. Diagnosen lösen sich auf in individuelle Symptome, und schließlich erlebt man den Patienten weniger als Fleisch gewordenen Lehrbuchstoff denn als leidenden Menschen, der zwar an abstrahierbaren Ursachen erkrankt, doch dies in seiner ihm eigenen, unverwechselbaren Art durchlebt.

Zu Beginn meiner Zeit in Dornach war Herr V. seit einigen Tagen stationär aufgenommen wegen eines Hirnschlages, der ihn – zwar war er bereits geschwächt durch sein Alter, doch noch rüstig genug für seinen Lebenskreis – plötzlich ins Bett gestreckt hatte. Eine Woche nach diesem Vorfall hatte er sich bereits etwas erholt, doch war ihm das Gehen durch eine ausgeprägte Halbseitenlähmung unmöglich gemacht. Er war daher an den Rollstuhl gefesselt. Essen konnte er ebenfalls nicht, und der Schlaganfall hatte offensichtlich nicht nur seine Bewegungsfähigkeit, sondern auch seine geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt.

Meine ersten Eindrücke waren kurz und auf die morgendliche Visite beschränkt. Andere Patienten kamen ins Krankenhaus und verließen es nach einigen Tagen wieder in meist gebessertem Zustand. Ihr Aufenthalt war nur vorübergehend. Herr V. aber lag jeden Morgen unverändert in seinem Bett, weiterhin außerstande, zu essen oder andere kleine Verrichtungen selbst auszuführen, ganz zu schweigen von seiner Unfähigkeit, zu gehen.

Dann kam der Tag, an dem ich Frau V. kennenlernte, die nicht allzu häufige Besuche bei ihrem Mann abstattete. Sie machte dem Stationsarzt klar, daß sie körperlich kaum in der Lage sei, ihren Ehemann in seinem derzeitigen Zustand zu Hause weiterzubetreuen und daher auch nicht willens, ihn wieder bei sich aufzunehmen. Ihre Haltung hinterließ bei denen, die ihr zugehört hatten, gemischte Gefühle. Mitleid mit der schwachen alten Dame wurde gestört durch eine Note von Gehässigkeit, die in ihrer Stimme mitschwang.

Trotz allem war man sich innerhalb der Ärztschaft einig, daß an eine Entlassung Herrn V.s nach Hause nicht zu denken sei. Also folgte die übliche Routine, die darin bestand, einen Pflegeplatz in einem geeigneten Altersheim zu suchen. Kurz darauf ergab sich unter den Assistenzärzten ein Zusammentreffen von Ferien-, Krankheits- und Militärabwesenheit, so daß ich fortan die Station alleine führen durfte. Mit einem Schlag wurde ich für

viele Patienten zum wichtigsten Ansprechpartner bei der Visite und anderen Gelegenheiten, mußte Angehörigen Bescheid über den Krankheitsverlauf eines Familienmitglieds und Schwestern klare Auskünfte über durchzuführende Behandlungen geben. Herr V. wurde dabei zum Problem für mich bei dem morgendlichen Visitingeplauder, das mit anderen Patienten so leicht zu bewerkstelligen war.

Inzwischen war Herrn V. von seiner Ehefrau und auch den Ärzten mitgeteilt worden, daß der einzige Gang, den man sich für ihn vorstellen könne, derjenige ins Altersheim sei. Diese Nachricht erschütterte ihn so sehr, daß er in minutenlanges Weinen ausbrach und nicht zu beschwichtigen war. Als Folge des Hirnschlags und der ihm um Jahre vorausgehenden arteriellen Gefäßerkrankung litt Herr V. inzwischen an Gedächtnisstörungen, so daß er mir jeden Morgen aufs neue die erwartungsvolle Frage stellte, wann er denn nun endlich nach Hause entlassen werde. Nach einigen Gefühlausbrüchen seinerseits gab ich die Hoffnung auf, ihm nachhaltig verständlich zu machen, daß er ins Altersheim müsse, ohne ihm seinen Vormittag zu verderben, bis er diese Nachricht wieder vergäbe. Andererseits fiel es mir sehr schwer, ihn – wenn auch wohlmeinend – anzulügen, um ihm die Aufregung zu ersparen. So konnte ich mich nie recht für eine Antwort entscheiden und verließ daher sein Zimmer mal, während er sich noch die Tränen wischte, mal mit einem strahlenden Lächeln auf seinem Gesicht, das mir jedoch beim Verlassen des Zimmers förmlich im Rücken brannte.

Den Schwestern ging es schlechter, da sie häufiger von Herrn V. über sein weiteres Schicksal befragt wurden und sich äußerst unwohl fühlten, weil sie die Entscheidung, die ihn in solche Traurigkeit stürzte, gar nicht verursacht hatten. Verwirrung begann sich unter dem Pflegepersonal auszubreiten.

Herrn V.s Besserung hingegen nahm einen schleppenden Verlauf, und unter Physiotherapie machte er keine großen Fortschritte. Seine Frau bestärkte diese Stagnation in ihrem Entschluß, ihn nicht zu sich zu nehmen. Während die Schwestern, die seine Unselbständigkeit mit ihrem Einsatz auszugleichen hatten, ihm seine mangelnde Kooperation beinahe übelnahmen. Mich bedrückte die Lage zunehmend, da Herr V. sich bei mir ausweinte und Erklärungsversuchen, daß es sich nicht um eine gegen ihn gerichtete Entscheidung, sondern um eine realistische Überlegung zu seinem Vorteil handle, jeweils erst nach langer Erörterung Glauben schenkte, wobei er sich eher ins Unvermeidliche zu fügen als unsere Beweggründe zu verstehen schien.

Seine Ehefrau begann häufiger zu kommen und mich nachmittags auf Station zu stellen. Sie wollte lediglich, daß ich ihr zuhörte. So erfuhr ich Stück für Stück die Lebensgeschichte des Ehepaares V., das mittlerweile vierzig Jahre zusammen verbracht hatte. Er war Malermeister von Beruf in einem kleinen Dorf in der Umgebung Basels gewesen. Die spätere Frau V. hatte er jung kennengelernt und geheiratet. Man blieb in besagtem Dorf, der Mann verdiente das zum Leben nötige Geld, und Kinder kamen ins Haus. Ohne besondere Vorkommnisse verlief das Familienleben in sich wiederholenden Bahnen. Herr V. pflegte häufig abends mit Freunden Karten zu spielen, wobei sie zusammen gelegentlich ein Bier über den Durst tranken. An solchen Abenden kam es nach Herrn V.s Heimkehr wohl nicht zu Gewalttätigkeiten oder Mißhandlungen. Doch war er sicherlich durch den genossenen Alkohol so enthemmt, daß es immer wieder zu Streitigkeiten mit seiner Frau kam, die auch ohne nennenswerte Exzesse ihrer beider Beziehung untergruben. Frau V. erzählte mir auch von einem Verhältnis, das ihr Mann einmal mit einer Kellnerin

gehabt habe, was sie nur in ohnmächtigem Schweigen hätte hinnehmen können. Ein verschmitztes Lächeln breitete sich auf ihrem Gesicht aus, als sie mir mitteilte, daß sie immer gedacht habe, im Bett müsse es so sein, wie sie es mit ihrem Ehemann erlebe, bis – ja bis sie einmal selbst mit einem anderen gespürt habe, wie zärtlich und befriedigend eine sexuelle Beziehung zu sein vermag.

Doch trotz all der Narben, die die Ehe der V.s im Laufe der Jahre davongetragen hatte, waren sie beieinander geblieben, hatten ihre Kinder großgezogen, waren von ihnen inzwischen schon lange verlassen und hatten sich bereits Jahre vorher auf der Warteliste eines Altersheimes in der Nachbarschaft ihrer Wohnung eingetragen. Laut Frau V.s Erzählung hatten sich die früheren Wogen in den letzten Jahren geglättet und der immer wieder auflodernde Streit war einem friedlichem Miteinander gewichen.

Der Hirnschlag Herrn V.s allerdings zerriß diese Lebensübereinkunft wie eine Spinnwebe. Plötzlich hatten seine Drohgebärden keine Wirkung mehr, er war gezwungen, sein Zuhause mit dem Krankenbett zu vertauschen. Seiner Frau aber eröffneten sich Entscheidungsmöglichkeiten, für die in ihrem Denken bis anhin kein Raum gewesen war. Sie genoß ihre milde Herzschwäche fast unmerklich, da sie einen willkommenen Grund bot, ihre späte Freiheit zu genießen und für einmal den Spieß umzukehren. Es war ihr nicht unangenehm, nun frei den Zeitpunkt ihres Besuchs bei ihm wählen und sich ihm nach Belieben wieder entziehen zu können.

Nachdem Herr V. im Verlauf seines Aufenthaltes mehrere Zimmernachbarn gesehen hatte, traf es ihn, daß sein erster Nachbar wieder aufgenommen und zu ihm ins Zimmer gelegt wurde. Sachte begann Herr V. sich für den alten Bekannten zu erwärmen und wirkte etwas aufmerksamer. Diese Beobachtung ging mir nach, und in den nächsten Tagen schrieb ich für Herrn V. einen Tagesplan, der auf seinen Rollstuhl geheftet wurde und es ihm erlaubte, sich trotz seiner Vergeßlichkeit über den Tagesablauf zu orientieren.

Ich war erstaunt, wie plötzlich seine sich immer wiederholenden morgendlichen Fragen abnahmen und um wieviel klarer er mir erschien. Ich begann, nachmittags trotz meiner Unsicherheit, wie ich mich verhalten solle, bei ihm vorbeizugehen, ihn aufzumuntern, ihm bei den ersten selbständigen Eßversuchen zuzusehen und mich – soweit es ging – mit ihm zu unterhalten.

Innerhalb zwei Wochen merkte ich, daß ich plötzlich einen Zugang zu Herrn V. gefunden hatte, den ich mir nach den vorangegangenen Wochen nicht mehr hätte träumen lassen. Er schien seinen passiven Widerstand gegen den Spitalaufenthalt fallengelassen zu haben und machte seinen Fähigkeiten entsprechend bei der Physiotherapie mit. Schritt für Schritt gelang ihm mit zunehmender Geschicklichkeit das Trinken und Essen mit Hilfsvorrichtungen. Einige Tage darauf traf ich ihn auf dem Korridor in einem Rollgestell gehend und war überwältigt durch die bloße Tatsache seines Stehens. In meinen Unterhaltungen mit ihm blitzte ab und zu echte Verständigung auf.

Seine Frau inzwischen hatte einen für mich fast schon erlösenden Stimmungswandel durchgemacht und nahm echten, fürsorglichen Anteil am Gesundheitszustand ihres Mannes. Verschwunden war ihre Neigung zur Lebensbeichte und der Abrechnung mit ihrem Schicksal. Dafür wurden die Gespräche mit ihr einigermassen fröhlicher und farbiger. Auch die Schwestern hatten ihre Abneigung gegenüber Herrn V.s Zimmer verloren, obwohl sich ihre Arbeitslast mit ihm nur wenig reduziert hatte. Plötzlich fand sich neben mir noch die eine oder andere, die mit Herrn V. in den freien Nachmittagsstunden eine

Übungsrunde auf dem Gang drehte. Die Physiotherapeutin zeigte sich erfreut, daß sie nicht jeden Tag von vorne beginnen mußte, sondern daß Herr V. sich an das Wichtigste des Vortages erinnerte und es auch noch beherrschte.

Alles in allem hatte sich die Lage stark verbessert, auch wenn der körperliche Zustand Herrn V.s sich nur geringfügig geändert hatte. Allein die Änderung seiner Einstellung hatte dazu geführt, daß bei fast gleichgebliebenen Bedingungen eine positive Note mitschwang und seine Situation in einem besseren Licht erscheinen ließ. Die nächste Zeit verflog im neuen Aufwind innerhalb kurzer Zeit und ich verließ das Krankenhaus, um meine nächste Stelle aufzusuchen.

Zum Zeitpunkt meines Weggangs hatte sich am ursprünglichen Plan, Herrn V. in einem Pflegeheim zu plazieren, nicht viel geändert, wohl aber in der Bewertung seiner Lage. Denn im Gegensatz zum anfänglichen Fatalismus, in dem man beschlossen hatte, ihn in ein Heim abzuschicken im Fehlen einer besseren Alternative, standen die Dinge nunmehr so, daß Herr V. klar und überlegt genug war, um von sich aus die Vorteile eines Heimaufenthaltes einzusehen und zu begrüßen, während seine Frau die Entlastung von Pflegearbeit nicht mehr vorrangig als späte Revanche im ehelichen Machtkampf, sondern eher als Chance zum streßfreien Zusammensein mit ihrem Mann in dem der eigenen Wohnung nahegelegenen Pflegeheim betrachtete. Auch Pflegepersonal und Ärzte hatten nicht mehr das schlechte Gefühl, dem Heim einen Therapieversager anzudrehen, sondern einen Patienten dorthin zu verlegen, der seinen Fähigkeiten entsprechend rehabilitiert war und weiterer Therapie zugänglich sein würde.

Für meine Zeit in diesem Spital dachte ich, klare Ziele zu haben betreffs dessen, was ich erreichen und lernen wollte. Dazu gehörte sicher die praktische Erfahrung am Krankenbett mit etwas eigenverantwortlichem Handeln wie Untersuchung und Aufnahme eines neuen Patienten, die Diagnosestellung und das Erleben seines weiteren Verlaufs unter Therapie. Ich hatte mir vorgestellt, dafür auch auf den lebendigen Menschen, der mit der Krankheit verbunden ist und von ihr beeinflußt wird, einzugehen. Niemals hatte ich mir jedoch vorgestellt, daß ich mit Problemen in Berührung kommen würde, die mit der jeweiligen Krankheit nur insofern etwas zu tun haben, als sie – rein persönlichkeitsgebunden – durch das Auftreten der Krankheit zum Vorschein kommen oder den Patienten in diesem Moment erst recht beschweren.

Daher erlebte ich ungeahnte Gefühle, als ich zuallererst eine eigene Station übernehmen sollte. Natürlich hatte ich jederzeit die Gelegenheit, Hilfe beizuziehen, und nutzte dies auch weidlich. Trotzdem gab es genügend Kleinigkeiten, deretwegen ich nicht auch noch andere bemühen wollte, so daß ich mich gezwungen sah, mit gesundem Menschenverstand zu improvisieren.

In vielen Dingen gelang mir dies recht gut, da ich schließlich gelernt hatte, wie man fachlichen Fragen auf den Grund gehen und im Selbststudium Antworten finden kann. Leider nahm aber die Auswahl von geeigneten Schmerzmitteln oder Antibiotika nur einen geringen Teil dessen ein, was ich plötzlich zu tun hatte. Niemand hatte in einer Vorlesung jemals ein Wort darüber verloren, wie man sich gegenüber dem Pflegepersonal behauptet, wie man den Aufenthalt eines Patienten nach pragmatischen Gesichtspunkten organisiert und, vor allem, wie man mit Patienten über den Rahmen der Anamnese und Standardtherapie hinaus umgeht.

Unter den mir bekannten Studenten war ich nicht allein mit der Besorgnis, den Erwartungen der anderen an mich gerecht zu werden, ohne zuerst darüber nachzudenken, welche Ansprüche man mit Fug und Recht an mich stellen und welche ich ohne Gesichtsverlust wohl ablehnen dürfte. Versuchte ich mich an den Ärzten zu orientieren, mußte ich feststellen, daß ich deren Fachwissen, wenn überhaupt, niemals mit deren Sicherheit beherrschte. Dem Pflegepersonal war ich an täglichen Beobachtungen und gesammelten Erfahrungen weit unterlegen. Den Patienten gegenüber fühlte ich mich schließlich sehr unsicher bei der Erteilung von Ratschlägen zur Änderung von Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Trinken oder Ernährung, denn was wußte sich schon von der Schwierigkeit, langbestehende Gewohnheiten zu ändern, oder von der Bedeutung, die diese für die Betroffenen haben.

Meine erste Reaktion gegenüber Herrn V. war daher auch der Drang zur Flucht, weil mir nichts einfiel, mit dem ich hätte helfen können. Ich witterte die Gefahr, mich in meiner Unwissenheit bloßzustellen. Zwar war mir bewußt, daß diese Veränderung keine Abhilfe schuf, da sich mir am nächsten Tag das Problem in unveränderter Stärke wieder präsentieren würde. Aber mir war es lieber, mich täglich aufs neue aus dem Staub zu machen, als mich einmal zu stellen.

Im Universitätsalltag war diese Haltung bis dahin gut zu praktizieren gewesen, wo man kaum über flüchtige Begegnungen hinauskam und selten persönlich angesprochen oder gar festgehalten wurde. In diesem Bezirksspital allerdings fand ich mich zum ersten Mal in einem über einen gewissen Zeitraum bestehenden Bezugsfeld wieder, wo sich einmal beobachtete Schwierigkeiten tatsächlich regelmäßig wiederholten. Mit jeder Begegnung wuchs mein Schuldgefühl gegenüber Herrn V., weil ich mich jedes Mal spürbarer um die Auseinandersetzung mit seiner Situation drückte.

War ich in seinem Zimmer, fühlte ich mich elend ob meiner Hilflosigkeit ihm gegenüber; hatte ich es verlassen, atmete ich erleichtert auf, da es mir ein weiteres Mal vermeintlich gelungen war, mein Gesicht zu wahren und nach außen den Anschein des Funktionierens in meiner Aufgabe aufrechtzuerhalten. Den Ärzten gegenüber gelang mir dies recht gut, denn meine Krankengeschichten enthielten sämtliche Informationen in sinnvollem Zusammenhang und wiesen klare Linien für die Weiterbehandlung auf, so daß ich mit einigen Korrekturen in ihren Augen einen pflegeleichten Studenten abgab. Den Schwestern genügte offensichtlich mein Entgegenkommen und meine gut gespielte Sicherheit in kleinen Dingen, um mich für verlässlich und nett zu halten. Angehörige freuten sich über meine differenzierten Gemeinplätze, in denen ich ihnen über ihre Familienmitglieder berichtete.

Was mir aber am wichtigsten gewesen wäre, ein aufrichtiges Verhältnis den mir anvertrauten Patienten gegenüber, gelang mir am wenigsten, wobei Herr V. wohl das beste Beispiel darstellte. Nach einiger Zeit verstand ich zwar besser, was ich dem Großteil der Kranken geben sollte, doch mein Problem mit Herrn V. gab sich so unlösbar wie der gordische Knoten. Derweil schürte seine Frau mit ihren intimen Bekenntnissen meine Sehnsucht, mich der mir ungefragt aufgebürdeten Verantwortung auf dem schnellsten Weg zu entledigen.

Das Ende meiner Zeit im Bezirksspital war noch lange nicht in greifbare Nähe gerückt, und schon hatte mein Schuldgefühl über meine Handlungsunfähigkeit solche Ausmaße angenommen, daß ich mich mit Freunden in ähnlicher Lage über meine Sorgen aussprach,

aber von ihrer Seite nicht viel mehr als teilnahmsvolles Verständnis erhielt. Morgens empfand ich regelmäßig Widerwillen gegenüber dem Gang ins Krankenhaus, da ich nur zu gut wußte, was mich erwartete. Auch die anderen Ärzte verliehen mir keinen neuen Schwung, da ihnen mein Problem bekannt und verständlich erschien, aber schließlich nicht in ihre Verantwortung fiel.

Was mich letztendlich dazu brachte, in meiner Flucht innezuhalten und mir echte Gedanken über Lösungsvorschläge zu machen, wurde mir nie ganz klar. Möglicherweise war ich es bloß müde, Tag für Tag in mein geistiges Hamsterrad zu steigen und die Spuren meiner Fehler zu verwischen, vielleicht trieb mich wirklich eine höhere Sehnsucht, den Ansprüchen gerecht zu werden, oder ich hatte eines Tages die zündende Idee, die mich bewog, meine Flucht zu einer Flucht nach vorne zu machen. Auf jeden Fall erinnere ich mich genau an die Unsicherheit und Nervosität, die mich beschlich, als ich auszuprobieren begann, wie ich Herrn V. näher kommen könnte. Nach einiger Zeit und mit beginnender Antwort seinerseits allerdings verlief sich mein drückendes Schuldgefühl langsam, und ich fühlte mich freier von der Angst, bei einem Fehler erappt zu werden.

Als ich das Bezirksspital verließ, tat ich dies mit dem Gefühl, zwar nicht, wie es sich wohl jeder insgeheim erhofft, etwas Großartiges vollbracht zu haben, aber doch mit der Erleichterung, der bleibenden Enttäuschung über persönliches Versagen gerade noch entronnen zu sein.

So alltäglich die Begegnung mit einem chronisch Kranken, der nur Aussicht auf eine gewisse Rehabilitation, aber nicht auf Heilung hat, im Rahmen des Krankenhausbetriebs auch sein mag, so sehr war die oben geschilderte Begegnung für mich ein Schlüssel-erlebnis. Nach zugegebenermaßen langer Latenzzeit begann ich mich der Herausforderung zu stellen und mir kleine, aber nicht unwichtige Schritte zu überlegen, um die vorgefundene Lage zu verbessern. Ich hatte den Eindruck, daß Herrn V.s zentrales Problem die Verwirrung angesichts seiner veränderten Lebenslage und der ihm ungewohnten Umgebung war. Zusätzlich wurde er durch seine Gedächtnisschwäche daran gehindert, sich an die neuen Umstände zu gewöhnen. Während er die Einschränkung seiner Körperkontrolle durch die neu aufgetretene Halbseitenlähmung noch nicht verwunden hatte, verlangte seine Umwelt bereits geistige Anpassung an die neuen Gegebenheiten von ihm.

Zuallererst schrieb ich ihm einen Plan seines Tagesablaufs, der alle Einzelheiten und Banalitäten wie Aufstehen, Waschen und Mahlzeiten beinhaltete, aber auch die Besuchszeiten seiner Frau und die Stunden der Physiotherapie vermerkte. Dieser Zettel wurde ihm, um jederzeit sichtbar zu sein, auf den Rollstuhltisch geheftet und trug tatsächlich dazu bei, daß Herr V. sich orientierter zeigte. Der nächste Schritt war mein Verweilen bei der Visite, um seine deutlich kürzer werdenden Gefühlsausbrüche abzuwarten und anschließend das Gespräch zu einem gemütlichen Ende zu bringen. Nachmittags suchte ich ihn häufig ein zweites Mal auf, um mich mit ihm über Neuigkeiten in der Zeitung, Familiengeschichten oder anderes zu unterhalten, und ihm so das Gefühl zu geben, daß auch das Spital eine Fortsetzung der ihm vertrauten Welt sei.

Die erneute Einweisung seines anfänglichen Zimmergenossen, der gleichzeitig ein alter Bekannter von Herrn V. war, nutzte ich, um die beiden zusammenzulegen. Mit rührender Geduld kümmerte sich der alte, neue Zimmergenosse um Herrn V., half ihm beim Essen

und unterhielt sich stundenlang mit ihm. Ich besprach mit den Schwestern, die ihn zu betreuen hatten, wie sie mit ihm umgehen sollten und daß sie nicht locker lassen dürften bei dem Versuch, ihn zur Selbständigkeit zu zwingen.

Mit seiner Physiotherapeutin vereinbarte ich, daß Herr V. so lange alle kleinen Handreichungen üben müsse, bis er sie voll beherrschte. Sie ließ spezielle Greifhilfen für ihn kommen, die er auch zu benutzen lernte. Mit dem Hinweis, daß er um so mehr Einfluß über sein weiteres Geschick habe, je mehr er sich verbessere, gelang es uns sogar, ihn zu Gehversuchen zu motivieren. Im Lauf der Zeit gewann er zusehends an Sicherheit und damit auch an Lust, so daß er gar nicht mehr angespornt werden mußte, sondern selbst Schwung genug zeigte, um mit Freude über seine wiedererworbenen Fähigkeiten zu üben.

Es gelang mir, seine Frau von seiner Besserung zu überzeugen und ihre Mitarbeit zu gewinnen, so daß sie immer öfter zu den Mahlzeiten erschien, was auch ihren Mann aus seiner anfänglichen Traurigkeit riß. Sie begann, mit ihm auf dem Gang hin- und herzuwandern und schien viel mehr Gesprächsstoff als einige Wochen zuvor zu haben. Mein Einsatz hatte bewirkt, daß sich nicht mehr alle, die mit Herrn V. in Kontakt kamen, von seiner Schicksalergebenheit und Resignation anstecken ließen, sondern daß man sich ihm mehr und mehr zuwandte. Daß dies seinerseits motivierend wirkte, war dann nur noch eine Frage der Zeit. Als Herr V. aber nun seiner Umwelt fröhlicher und aufgeschlossener begegnete, verspürte man auch nicht mehr den vorher so starken Drang zur Flucht, sondern genoß im Gegenteil den Kontakt mit ihm.

Nachdem die Anlaufphase überwunden war und Herr V. von selbst mit anderen zu interagieren begann, wurde es zunehmend unwichtiger, was ich tat und sagte, da sein Verlauf genug Eigendynamik entwickelt hatte, um sich selbst zu tragen. Während ich mich geistig entkrampfte, staunte ich, wie gut mein Einsatz von Herrn V. und allen anderen aufgenommen worden war. Nicht nur hatte ich mich mit meinem selbstgebastelten Engagement nicht bloßgestellt, sondern hatte auch wirklich zu einer Verbesserung beigetragen.

Rückblickend hatte ich Glück gehabt, mit meinen Ideen wirklich Hilfreiches aufzugreifen, mit meiner Ansprache andere zu erreichen und in Herrn V. eine Saite angeschlagen zu haben, die ihm entsprach. Andere dazu zu bringen, meine Ideen zu akzeptieren und zu ihnen beizutragen, hatte ich mir vor diesem Erlebnis nicht in diesem Maße zugetraut und war daher um so überraschter, wie reibungslos mir dies gelungen war. Erfahrungen dieser Art, die mir zeigten, wieviel man mit persönlicher Überzeugungskraft bei anderen erreichen kann, hatte ich zwar schon in kleinem Rahmen mit Freunden und Bekannten gemacht, aber noch nie in einer Arbeitssituation.

Seither war mir mein Aufenthalt im Bezirksspital bei weiteren Gelegenheiten hilfreich, das Gefühl, einer Art Lehrwissen verpflichtet zu sein, abzuschütteln. Dieses Wissen konnte vielmehr als Instrument zur Durchsetzung von eigenen Zielen verwendet werden.

Meine oben geschilderten Erlebnisse kommen mir retrospektiv nicht bahnbrechend vor, doch ihr Zeitpunkt ist meiner Meinung nach desto erstaunlicher: In meinem fünften Studienjahr fand ich mich plötzlich in einer Situation vor, die mit den in jahrelanger Übung erworbenen rezeptiven Verhaltensmustern nicht zu bewältigen war. Wieso, keimte in mir die Frage auf, mußte ich mich eigentlich so lange in dem Glauben wiegen, ein guter Student zu sein, bis mich nach Jahren der Kontakt mit Realität zum mühsamen Umdenken



zwang. Wäre es nicht um so vieles einfacher gewesen, ich hätte in mehreren, kleineren Schritten über längere Zeit dieselbe Quintessenz auf so viel erfreulicherem Weg erreicht?

Einige Monate nach meiner Zeit im Bezirksspital kam ich in ein typisches amerikanisches Universitätskrankenhaus in Denver und geriet aus dem Staunen nicht mehr heraus. Trotz meines tief Mißtrauens gegenüber der als so technikgläubig verschrieenen amerikanischen Gesellschaft konnte ich die Tatsache nicht leugnen, daß meine dortigen Kommilitonen mir in so elementaren Qualitäten wie selbständiges Denken, eigenverantwortlichem Handeln und sachbezogenen Problemlösungen haushoch überlegen waren. Sie hatten fast schon im Übermaß das genossen, um das ich mich von meinem Ausbildungssystem betrogen fühlte: die Einbindung in ein Umfeld, das ständig erlaubt, sich an den Reaktionen der Umwelt zu orientieren und Schritt für Schritt dazuzulernen.

Statt ein Studium zu betreiben, das seine Sinnhaftigkeit an der Funktionsfähigkeit seiner Überlegungen maß, merkte ich, daß ich recht gut in einer Art lebensentleertem Vakuum existieren konnte, den Gang in die Außenwelt jedoch tunlichst vermeiden sollte, wollte ich mein feines Gedankengebilde vor dem Einsturz bewahren. In meinem Bildungssystem hat der Student herauszuhören, was für eine Antwort der Dozent wohl von ihm hören möchte. Erfüllt er diese Aufgabe, hat er bravourös bestanden. Daß dabei das tatsächliche Wissen des Studenten weniger als sein schauspielerisches Talent bewertet wird, stellt eine wohl unvermeidliche Nebenerscheinung dar. Soweit, so gut. Kommt man als Student mit dieser so verzerrt trainierten Flexibilität allerdings in eine Lage, die mit einer geschickten Bemerkung nicht vom Tisch zu wischen ist, erweist sich das schauspielerische Talent als Falle, aus der ein schnelles Entkommen unmöglich ist.

Da diese Sackgasse jedem über kurz oder lang bevorsteht, formuliere ich meinen Vorschlag, um diese vorhersagbare Konfliktsituation für künftige Studenten zu entschärfen. Dabei halte ich zwei Punkte für essentiell: den praktischen und den reflektiven Aspekt.

Unter dem praktischen Aspekt verstehe ich die Abwendung von theoriebetontem Studium, das meist mehr staubige Wissensblüten erzeugt, denn Handlungsfähigkeit schafft, und die Hinwendung zu Kriterien, die der Faktizität entspringen und unabhängig von lokalen Traditionen und individuellen Überzeugungen Gültigkeit aufweisen. Viele der für uns Studenten in Vorlesungsform aufbereiteten Begebenheiten aus dem Krankenhausalltag verlieren ihre Lebendigkeit in diesem Destillationsprozeß. Stärker als die sachliche Quintessenz der gehaltenen Vorlesung bleibt die persönliche Wertung des Dozierenden im Gedächtnis haften, was einem aber nicht erspart, im Selbststudium das objektive Gerüst des Gehörten herauszuschälen. Auch zieht es jeder Dozent vor, zweckmäßige Themen zu wählen, die aber häufig in umgekehrter Beziehung zu ihrer Wichtigkeit stehen. Vor allem aber lernt man nicht nur einzelne Krankheitsbilder kennen, sondern unentwärrbar mit ihnen verflochten auch gleich die dazu passende Lehrmeinung.

Um wieviel anders und erfreulicher könnte es sein, wenn eigene praktische Erfahrung und persönlicher Augenschein einen nicht ausschließlich rationalen Eindruck von der Materie weckte, der dann wiederum Interesse erzeugte, sich den angetroffenen Schwierigkeiten bis zu dem Punkt zu widmen, der ein Handeln ermöglicht. Die Meßlatte für Wissenszuwachs läge dann auf einer sachlichen Ebene; man würde nicht einem mehr oder weniger überzeugenden Dozent zuliebe lernen, sondern um einer nicht von der Hand zu weisenden Handlungsaufforderung nachzukommen. Dabei definiert sich der

Schwierigkeitsgrad einer Frage nicht bloß aus sogenannten höheren Werten und ihrer intellektuellen Spannung, sondern vielmehr aus ihrer Häufigkeit und dem Leidensdruck, den sie tatsächlich bedingt.

In meiner oben geschilderten Patientenerfahrung hätte dies bedeutet, daß das drängendste Problem der veränderten Lebensumstände Herrn V.s von Anfang an als solches klar im Raum gestanden und jedes Handeln an einer spürbaren Minderung des Leidensdrucks der Beteiligten zu messen gewesen wäre. Ich wäre weniger erpicht gewesen, mich auf die nüchternen medizinischen Fakten zu stürzen, und hätte gelassener auf die alltäglichen menschlichen Schwierigkeiten eingehen können.

Der reflektive Aspekt sollte nach dem praktischen zum Zuge kommen, um das Handeln geleitet und systematisch zu gestalten. Nach einigen erfolgreichen oder auch mißglückten Erfahrungen wäre das Ohr für eine retrospektive Analyse der einzelnen Schritte geschärft, soweit diese bei der Ausführung Probleme bereitet hatten. Die Unterscheidung in alltägliche – sprich langweilige – und ausgefallene – sprich faszinierende – Überlegungen träte in den Hintergrund zugunsten ihrer Auswirkungen auf den Patienten und das weitere Umfeld. Allerdings wäre dies der Moment für alternative Lösungsvorschläge, die dasselbe Problem eleganter, schneller oder wirksamer angehen könnten. Zu diesem Zeitpunkt wäre bei den Studenten nicht nur Interesse, sondern auch Verständnis genug vorhanden, um sich im Gespräch auseinanderzusetzen. Geschilderte Begebenheiten hätten nicht nur rein spekulativen Wert, sondern Erfahrungscharakter.

Nach der Begegnung mit Herrn V. wäre die Verarbeitung meiner Erfahrungen nicht bloß meiner Vernunft und Verdrängung anheimgefallen; eher hätte eine Aussprache mit den Ärzten, der Familie oder anderen Beteiligten mich in meiner Unsicherheit gestützt und zu besseren Ideen, die mir unvergeßlich geblieben wären, oder zu einer schnellen Verbesserung geführt, die ich in einer vergleichbaren Situation in der Zukunft als Modell hätte nutzen können. Vor allem aber wäre mir das emotionale Wechselbad erspart geblieben, das ich so zu durchlaufen hatte. Anstatt einer Rolle gerecht werden zu wollen, in die ich mich hineingedrängt fühlte und mit deren Ausübung ich allein fertig werden mußte, hätte ich bei geeigneter Kommunikation schneller und wahrscheinlich ausgeglichener zu der Sicherheit gefunden, der ich mich jetzt hoffentlich auch so nähere.

Bevor ich konkrete Änderungsvorschläge nenne, will ich zusammenfassend sagen, daß meine Ausbildung gemessen an den Gegebenheiten, denen sich ein Assistenzarzt in den ersten Jahren seiner Berufstätigkeit wahrscheinlich zu stellen hat, Jahre der Ziellosigkeit aufweist, die ich zielgerichteter, wenn nicht sogar interessanter und gewinnbringender hätte verwenden können. Erst kurz vor Schluß meines Studiums geht mir auf, worauf ich mein Augenmerk schon längst hätte richten sollen. Hätte ich früher und kontinuierlicher gelernt, mit mir selbst umzugehen, wäre ich anderen wohl nützlicher gewesen und hätte mehr Lustgewinn zu verzeichnen gehabt.

Als wichtigste Änderung im Rahmen der Ausbildung schlage ich vor, so früh wie möglich praktische Erfahrung in den Studiengang einzuflechten, die nicht ausgedehnt sein muß, aber sich dafür um so häufiger wiederholen sollte. Für ebenso wichtig halte ich es, diese Aufenthalte an einem Ort, der reale Anforderungen mit sich bringt wie in einer Klinik, einer Praxis etc., für Unterricht und die Reflexion des Gelernten zu verwenden. Meines Erachtens würde es bei weitem genügen, vor jedem Semesteranfang einen Monat praktischer Arbeit anzusetzen, deren Erlebnisse dann im nachfolgenden Lehrbetrieb ver-

tieft würden. Mir würde außerdem die Einrichtung kleiner Gesprächsgruppen sehr gefallen, die Gelegenheit zur mündlichen und schriftlichen Verarbeitung des Geschehenen gäben. Gruppen dieser Zielsetzung gibt es bereits an einigen amerikanischen medizinischen Fakultäten, wo sie zur großen Befriedigung für die Beteiligten funktionieren.

Generell würde ich jede Veränderung begrüßen, der es gelänge, in erster Linie die Ausbildung auf die Wichtigkeit und Wertigkeit der medizinischen Probleme zu konzentrieren und in zweiter Linie dem einzelnen Studenten Gelegenheit zu geben, seine Persönlichkeit an den Anforderungen der Realität zu entwickeln und zu verfeinern.

# Die Begegnung mit Signora G.

K. Eysenbach, Heidelberg, Deutschland

Im Sommer 1992 in einem CIM (einer sozialpsychiatrischen Ambulanz) in Perugia begegne ich als Famulantin einer 88jährigen Patientin, Signora G.

Bereits die ersten Blickkontakte erzeugen zwiespältige Gefühle: einerseits Interesse an diesem Menschen, andererseits zugleich Ablehnung. Die innere Abneigung läßt sich erst hinter dem Schutz des „medizinischen Interesses“ überwinden, und es kommt zu einem ersten Gespräch. Dabei lasse ich mich noch mehr von der Überheblichkeit, Besserwisserei und Distanzlosigkeit von Signora G. mir und anderen gegenüber abstoßen. Obwohl ja gerade dies Ausdruck ihrer manischen Symptomatik ist, gelingt es mir nicht, mich von den vermeintlichen Kränkungen abzugrenzen, und so verteidige ich meine Rolle als gleichberechtigte Gesprächspartnerin, als die ich mich ihr gegenüber sehen will. Sie kämpft ebenfalls um ihre Rolle bzw. um ihr Symptom, ein Bedürfnis nach Selbstachtung und Anerkennung. Es kommt zu gegenseitigen Provokationen und zum Machtkampf.

Später weicht die Kränkung durch das Gesagte der Reflexion. Die Rolle der Sehnsucht nach Aufmerksamkeit und Selbstbestätigung, für deren Bewältigung der Patientin kein anderer Ausweg erreichbar war, als diese Symptome zu entwickeln, die jedoch das Wohlbefinden der anderen beeinträchtigen, wird deutlich. Das Wagnis, sich auf diesen Menschen einzulassen, beginnt.

Im nächsten Gespräch ist es mir daher möglich, meine Empfindlichkeiten, die ich durch meine vorherigen Reaktionen jetzt kannte, zurückzunehmen, mich abzugrenzen und damit die Möglichkeit zu schaffen, befreit auf Signora G., eingebunden in ihrer individuellen Wirklichkeit, einzugehen. Nicht mehr Gefühl durch Denken besiegen, so wie man es sein Leben lang übt. Die eine große Angst, sich selber zu verlieren, braucht nun nicht mehr gefürchtet zu werden, denn der Stolz, der verbot, diese mit jemand anderem zu teilen, ist nicht mehr da.

Belohnt werde ich für dieses Gespräch von Signora G. reichlich, durch Vertrauen und ihre Geschichte, ihre Vorstellungen und Ideen, die ihren Quell in einem Lebensschatz von 88 Jahren haben.

Nein, wahnsinnig ist diese Frau nicht, Beschwichtigung braucht sie. Ruhe, jedoch nicht Grabesruhe, lebendige Ruhe. Ihr Verhalten ist ein Symptom, ein Bedürfnis, entstanden aus ihrer ganz persönlichen Lebensgeschichte, ihre jetzige Situation des Alters und der Einsamkeit widerspiegelnd. Ein Teil ihres biographischen Szenarios hatte ich soeben erfahren, ihre jetzige Lebenssituation lerne ich während eines Hausbesuches kennen, bei dem ich die Bezugsbetreuerin von Signora G. begleite:

Signora G. lebt allein mit hundert Geistern und tausend Geschichten in einer großen Wohnung. Sie kann mit vielen Gesten ihre Freude über unseren Besuch ausdrücken, und es verbreitet sich eine fröhliche, sehr heitere Stimmung. Doch in diesem Moment der Gelassenheit läßt uns ihr ganz privates Umfeld ihre Einsamkeit und ihre Sehnsucht nach

dem vergangenen Leben, mit all den Leuten, die sie liebte und die jetzt tot sind oder sie verlassen haben, mitempfinden.

Wir konnten noch viel lachen an diesem Nachmittag. Denn Signora G. hatte gewonnen, jetzt bekommt sie jeden Tag Besuch und ist dabei, mit dieser Mitarbeiterin eine tragende zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen, die neu ist und nicht aus vergangenen Zeiten stammt.

Wir hatten gewonnen, denn obwohl sie immer noch behauptet, das CIM nicht zu brauchen, zeigt sie deutlich, wie sehr sie auflebt, während wir bei ihr sind.

Leider muß ich an diesem Punkt das Leben dieser Frau verlassen, da es meine letzte Woche in Italien ist, und wir sind beide sehr traurig darüber.

### **Ein (Er-)Klärungsversuch**

Wie es möglich war, in der Sackgasse, in die die geschilderte Beziehung zwangsläufig geraten war, umzudrehen und einen gemeinsamen, neuen Weg des Umgangs mit sich selber und dem anderen zu finden, suche ich hier zu deuten. Dabei soll eine kritische Betrachtung der Wurzel der beschrittenen Irrwege nicht zu kurz kommen.

Das Problem mit dem „Sich-Einlassen“: Empfindlichkeiten bedingen sich und stoßen aufeinander: Signora G. präsentiert in ihrem ersten Auftreten ihre Empfindlichkeiten, die in ihrer ganz persönlichen Symptomatik der altersbedingten Zerebralsklerose ihren Ausdruck finden. Verluste, Frustration, tiefe Resignation und Indignation führen in ihrem Kampf um Selbstachtung zu jenen euphorischen, albernen Reaktionen und jener Reizbarkeit. Im Vergleich zu anklammernden, depressiven Menschen bringt einen auch diese abweisende Patientin in Gefahr, sich von ihr aufsaugen zu lassen und durch das geringste Eingehen auf deren Bedürfnisse, in genau diese, wie in den Strudel eines schwarzen Loches zu geraten und verschluckt zu werden. Meine Empfindlichkeit: Das Nicht-Ertragen-Können ihrer Aggressivität und Ablehnung: Wenn ich mich auf eine Begegnung mit dieser Frau einlasse, lasse ich es zu, beschimpft, belehrt und abgelehnt zu werden.

Die Möglichkeit, mich auf die Erkrankung der Signora (in völlig unsinniger Weise vom Menschen – hier: Symptomträger – abgetrennt) aus „medizinischem Interesse“ einlassen zu können, mußte sich als Trugschluß entpuppen: Aufgrund der bestehenden Empfindlichkeiten, bleibt die Ablehnung: Ich will deine Krankheit sehen, habe aber Angst davor, dabei den kranken Menschen zu erblicken. Widerspruch, denn „Krankheit als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen“ (v. Krehl, 1929). So kommt es zum Machtkampf. Wer ist die Stärkere: Die Patientin, die versucht, mir ihre Symptomatik/Bedürfnisse aufzudrängen und das um so mehr, desto größer mein Widerstand wird. Oder ich, die ich versuche, immer beharrlicher genau diese Symptome/Bedürfnisse zu ignorieren, je intensiver sie mir vorgeführt werden. Reflexion und Gespräche lassen Empfindlichkeiten als Reaktion auf Signale erkennen und aus der Beziehung zu Signora G. herausnehmen. Diese Distanz zu der bisher innegehabten Position schließlich ermöglicht es mir, die Signale der Patientin als Ausdruck ihrer individuellen Wirklichkeit zu akzeptieren und sie „Seinzulassen“. Das gibt ihr einen Teil ihrer Identität zurück und damit die Freiheit, mich ebenfalls von ihrer Rolle ein wenig distanzieren zu können, ohne dabei identitätslos zu werden. So kann sie nun andere Seiten ihrer selbst offenbaren und diese auch für sich selbst wiederentdecken. Durch diesen Einblick,

den sie jetzt bereit ist, auch anderen zu gewähren, ist es möglich geworden, die Bedürfnisse der Patientin ein wenig zu verstehen.

Erwähnt wird noch, daß die Interaktion der anderen CIM-Mitarbeiter nicht unwesentlich auf die Beziehung zwischen mir und Signora G. und deren Entwicklung eingewirkt hat. Weiterhin zeige ich auf, wie die Problematik der Abgrenzung sich noch erschwerte, verknüpft mit der Schwierigkeit, als „Famulant/In“ überhaupt eine Rolle einzunehmen, geschweige denn sich von ihr zu distanzieren.

Ich hoffe, mich in nächster Zeit in einer Balint-Gruppe besser auf eine unbelastete Arzt-Patient-Beziehung vorbereiten zu können.

# Sympathie, Lust und Körperlichkeit in der Student-Patient-Beziehung

M. Heydtmann, Düsseldorf, Deutschland

Am Anfang meiner Zeit als Famulus bereitete es mir Schwierigkeiten, Patientinnen<sup>1</sup> und Patienten zu fragen, ob sie sich für das Erheben der Anamnese und das Untersuchen bereiterklären. War es ja so, daß meine Ergebnisse meist keinerlei Konsequenzen für den Patienten ergaben. Außerdem glaubte ich, Patientinnen und Patienten, die durch verschiedene Untersuchungen ohnehin schon genug traumatisiert waren, noch zusätzlich zu belasten.

Andererseits konnte ich nur durch häufige Anamnesegespräche mit Patienten und durch wiederholtes Untersuchen diese wichtigen ärztlichen Fertigkeiten erlernen und verbessern. Auch hatte ich in den studentischen Anamnesegruppen erlebt, daß zumindest das Gespräch für viele Patientinnen und Patienten keine Belästigung darstellt, die sie nur erdulden, weil sie nicht „nein“ sagen konnten (z.B. aus einem Abhängigkeitsgefühl den Ärzten gegenüber).

Viele der Anamnesegespräche vermittelten dem Patienten, verstanden worden zu sein, gaben ihm neue Denkanstöße und ließen ihm auch Raum, sich darzustellen. Die Untersuchung war in meiner Vorstellung für den Patienten fast ausschließlich unangenehm, von Scham und Gefühlen der Hilfslosigkeit und des Ausgeliefertseins geprägt.

Ich suchte mir die Patientinnen und Patienten für das Üben von Anamnesegesprächen und Untersuchung außer nach medizinischen Gesichtspunkten auch nach Sympathie, Freundlichkeit und nach ihrer Bereitschaft mitzuarbeiten aus.

Vor zwei Jahren famulierte ich in Bristol/Großbritannien. Die Station für Lungen-erkrankte bestand aus einem großen Saal mit etwa 20 Betten. Um jedes einzelne Bett konnte ein Vorhang zugezogen werden, damit während pflegerischer und ärztlicher Tätigkeiten die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten besser gewahrt würde.

<sup>1</sup> Eine Bemerkung zur Sprache in dieser Arbeit: Ich habe versucht, an allen entsprechenden Stellen die Frauen ebenso zu nennen, wenn ich sie auch meinte. In einigen Sätzen wurde die Lesbarkeit des Textes so sehr beeinträchtigt, daß ich mich dann für die traditionellen Sprachmuster entschieden habe (z.B. „dem Patienten“ statt „dem/der Patient/in“)

geeignet, sich gerade über Tabuthemen Gedanken zu machen. Es besteht in ihnen die Möglichkeit, Phantasien, Ängste und abgewehrte Gedanken in der Gruppe bewußt werden zu lassen.

Aus diesem Grunde haben meine Kommilitonin Sabine Anger und ich bei unserem Training für zukünftige Tutoren von Anamnesegruppen, das wir im Sommer 1991 in Köln geleitet haben, folgende Schwerpunkte gewählt: die Student-Patient-Beziehung in der körperlichen Untersuchung, Körperlichkeit, Sexualanamnese und das Tabuthema Sexualität.

Beim Vorbereiten und während des Trainings ist mir immer bewußter geworden, daß uns Medizinstudenten und -studentinnen der verbale Umgang mit Patienten sehr viel leichter fällt als der körperliche Kontakt. Schwierigkeiten gab es vor allem im Umgang mit den Gefühlen Lust und Ekel, wobei Lust noch stärker als Ekel tabuisiert wurde<sup>3</sup>. Dies führte dazu, daß wir schwierige Situationen im körperlichen Umgang mit Patienten durch ablenkende Gespräche oder durch übermäßige Konzentration auf die Technik überspielen.

Für die Vorbereitung auf die Arzt-Patient-Beziehung im Medizinstudium halte ich aufgrund der genannten Überlegungen gerade solche Gruppen für sehr bereichernd, die sich mit Körperlichkeit in Form von themenzentrierter Selbsterfahrung auseinandersetzen. Der Umgang mit Körperkontakt zu Patientinnen und Patienten kann nach meinen Erfahrungen in Gruppen mit gegenseitigem Untersuchen, Rollenspielen und andern Übungen mit Körpererfahrung, sehr verbessert werden.

<sup>3</sup> Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) 81, N. 50, S. 1523-5.



eine erotische Anziehung entstehen zu lassen – und das bereits am Beginn meiner Partnerschaft. Ich wertete dies als einen „gedanklichen Seitensprung“. Mir kamen Gedanken, wie es erst nach Jahren der Partnerschaft sein würde. Wie würde ich bei lange währenden Trennungen reagieren – ohne viel „Sexualproviand“?

Ich fragte mich auch, was denn die Anteile der Frau an dieser Situation waren. Sie hatte bereits in der Anamnese eine Verführungssituation mit aufgebaut, die ich anfangs nicht bemerkte, sondern bei der ich „mitspielte“. Als der Ehemann erschien, wurde sie sich ihrer Macht bewußt, spürte vielleicht auch ein Prickeln und gab meiner Untersuchung den Vorzug vor dem Besuch ihrer Familie, obwohl ich ihr vorgeschlagen hatte, zu einem späteren Zeitpunkt wiederzukommen.

Mir kommt die Phantasie, die Patientin benutzte mich, ihren Mann eifersüchtig zu machen. Eventuell hat er, der durch den Krankenhausaufenthalt längere Zeit von ihr getrennt war, sie auch eifersüchtig oder neidisch gemacht, vielleicht indem er mehr Zeit für die Kinder hatte als sie und auch ohne sie Abende mit Freunden und Freundinnen verbringen konnte. Ich kann mir vorstellen, dieser Gedanke war für die Frau schwer zu ertragen. Erwartete sie sich in diesem Moment von mir sogar mehr an Zuneigung oder Verständnis als von ihrem Mann? Ich bin mir sicher, sie wollte genau jene Situation: sie und ich innerhalb des Vorhangs und ihr Mann mit den Kindern außerhalb.

Die unerwartete Situation verunsicherte mich, da sie mir das Gefühl gab, benutzt worden und nicht mehr Herr der Lage zu sein. Ich begegnete meiner Verwirrung und Passivität, indem ich schnell den Vorhang zuzog und dadurch wieder die Zweierbeziehung schuf, die mir zuvor angenehm gewesen war. So konnte ich mich aktiv in die mir vertraute Situation der Untersuchung begeben, in der ich im weißen Kittel das Sagen hatte und die Patientin ihre Position nicht ausspielen konnte.

Erinnere ich mich daran, wie ich in meinem weißen Kittel vor den entblößten Frau stehe, wird mir meine Macht bewußt. Ich hätte die Möglichkeit gehabt, die Beziehung mit ihr zu bestimmen und ihr auch als „Neutrum“ begegnen zu können.

## **Meine Schlußfolgerungen aus diesen Gedanken**

Nachdem mich in den zurückliegenden zwei Jahren diese Gedanken beschäftigt haben, ist mein anfänglich schlechtes Gewissen allmählich geschwunden, denn ich sehe inzwischen auch die Anteile der Frau an der Situation und kann mir Hintergründe ihres Handelns vorstellen. Durch die Reflexionen ist mir klarer geworden, daß es für mich wichtig ist, in der Arzt-Patienten-Beziehung Schwierigkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen.

Meine Erfahrung mit Mrs. Kelley hat mich besonders für Situationen sensibel gemacht, in denen ich ausgenutzt werden könnte. Ich wünsche mir, künftig wachsamer zu sein und Unklarheiten in meinen Beziehungen früher anzusprechen. In meinem Umgang mit Patientinnen und Patienten gilt dies insbesondere für die klinische Untersuchung.

Mir ist es auch wichtig, unliebsame Gedanken und Phantasien zuzulassen, was mir vor allem beim Thema Sexualität schwerfällt. Balint- und Anamnesegruppen halte ich für sehr

Ich ging kurz in das Stationszimmer, um mir einige Utensilien für die Untersuchung zu besorgen. Auf dem Weg zurück sah ich einen Mann mit zwei kleinen Kindern von etwa vier und sechs Jahren in den großen Krankensaal kommen. Da Mrs. Kelley den Mann bereits von Ferne grüßte, ahnte ich, daß es ihr Ehemann war.

Ich sagte Mrs. Kelley, da sie ja nun Besuch bekommen habe, sei es wohl besser, die Untersuchung auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Ihre folgende Antwort verwunderte mich sehr: „Nein, die drei können ja im Aufenthaltsraum warten, bis Sie mit Ihrer Untersuchung fertig sind.“ Sie wandte sich dann ihrem Mann zu, der inzwischen mit den Kindern näher gekommen war: „Warte Du mit den Kindern im Aufenthaltsraum, der junge Doktor muß mich erst noch untersuchen“. Ohne ein Wort mit Mrs. Kelley zu wechseln und ohne nähere Begrüßung wandten sich die drei in Richtung Nebenraum. Ich dachte mir: „Wenn sie es will, dann untersuche ich sie eben doch jetzt“.

Verwirrt und verunsichert zog ich den Vorhang um das Bett. Ich habe noch genau das Bild vor Augen, wie ich mit dieser Geste den Mann und die Kinder ausschloß. Nun war ich mit der Frau innerhalb des Vorhangs allein. Noch immer unsicher begann ich die Untersuchung, die ich auf das Wichtigste beschränken wollte. Aber selbst dabei empfand ich mich nicht so ruhig wie sonst.

Mir hat sich von der Untersuchung besonders eingepägt, wie Mrs. Kelley mit entblößtem durchgehend braungebranntem und hübschem Oberkörper auf der Bettkante saß und ich im weißen Kittel ihre Lungen und ihre Herz abhörte. Nach kurzer Zeit beendete ich die Untersuchung.

Mir fiel es schwer, mich zu konzentrieren, und so hatte ich nicht viel zusätzliche Information gewonnen, die ich als Ergebnis hätte aufschreiben können. Als ich am selben Tag Mrs. Kelley wieder begegnete, spürte ich noch immer meine Verunsicherung und daß sich unser Verhältnis nicht normalisiert hatte. Dieses Gefühl blieb bestehen, bis ich mir Gedanken zu der Situation gemacht hatte. Erst nachdem mir einiges dazu klar geworden war, konnte ich Mrs. Kelley wieder ungezwungener begegnen.

## **Gedanken zu der Begegnung**

Die Begegnung mit Mrs. Kelley beschäftigte mich noch lange. Mit Freunden besprach ich dieses Erlebnis und brachte die Erfahrung in Balint-Gruppen ein.

Dadurch wurde mir klarer, was die leicht erotische Spannung in meiner Beziehung zu dieser Frau in mir ausgelöst hatte: Während der Anamnese kam ich mit der subtilen Erotik gut zurecht und spielte „das Spiel“ gerne mit, ohne mir dessen bewußt gewesen zu sein. Obwohl ich zwischen einer Patientin und mir in der Rolle des Arztes eine erotische Spannung nie hätte aufkommen lassen wollen, hatte mich der Ehemann in genau dieser Situation ertappt.

Das schlechte Gewissen, das mich irritierte, kam nicht nur dadurch zustande, daß ich in meiner Rolle als zukünftiger Arzt meines Erachtens „falsch“ gehandelt hatte. Es war auch ein schlechtes Gewissen meiner Freundin gegenüber, mit der ich damals erst kurze Zeit zusammen war. Ich hatte mich dabei erwischt, in meiner Beziehung zu einer anderen Frau

## **Meine erste Begegnung mit Mrs. Kelley bei der Visite**

Die Patientin Mrs. Kelley<sup>2</sup> sah ich das erste Mal bei der morgendlichen Visite. Sie war am Tag vorher von einem anderen Krankenhaus übernommen worden und wurde nun von einem Arzt vorgestellt. Medizinische Daten über diese Frau sind mir nicht mehr in Erinnerung. Wichtiger ist ihre persönliche Erscheinung: Sie war eine gutaussehende Frau, etwa dreißig Jahre alt. Sie trug dunkles, mittellanges Haar, war schlank und sonnengebräunt, als wäre sie gerade im Urlaub gewesen. Überhaupt sah sie eher erholt aus und wirkte nicht krank.

Als sie über ihr Befinden sprach, klang sie recht lebhaft und munter, geradezu fröhlich. Offenbar war sie über das Schlimmste ihrer Krankheit hinweg und auf dem Wege der Besserung. Dennoch sollte sie zur Kontrolle der Verlaufs ihrer Erkrankung noch einige Tage in jenem Krankenhaus bleiben. In vielem unterschied sich Mrs. Kelley von den oft schwerkranken Patientinnen und Patienten, denen ich sonst während der Famulatur begegnet war.

Während der Visite war sie den Ärzten gegenüber sehr entgegenkommend, nett und freundlich. Sie wurde von allen als eine äußerst angenehme Patientin empfunden. Nachdem der Vorhang um ihr Bett zugezogen worden war, hörten die Ärzte und ich ihre Lungen ab. Mir wurde empfohlen, bei dieser Patientin täglich die Lungen zu untersuchen und auf Veränderungen zu achten. Ich dachte mir, da sie so entgegenkommend war, hätte sie sicherlich nichts dagegen.

## **Das Erheben der Anamnese und die Untersuchung von Mrs. Kelley**

Als ich Mrs. Kelley am Nachmittag ansprach, war sie wie erwartet einverstanden, sich mit mir zu unterhalten, und ich fing gleich mit dem Erheben der Anamnese an. Ich verstand mich mit Mrs. Kelley sehr gut, das Gespräch war ungezwungen und die Atmosphäre für ein Anamnesegespräch geradezu heiter. Wir unterhielten uns ausschließlich über Fakten, die für die medizinische Anamnese relevant waren, und trotzdem hatte ich das Gefühl, mit ihr „auf einer Wellenlänge“ zu sein. Das hatte ich in dieser Art bei keiner Patientin und bei keinem Patienten vorher erlebt. Ich spürte auch eine feine erotische Spannung zwischen uns und ein prickelndes Gefühl.

Nach beendeter Anamnese fragte ich Mrs. Kelley, ob es ihr recht sei, wenn ich die Untersuchung gleich an die Anamnese anschloß. Sie bejahte dies und meinte, sie habe im Moment nichts vor.

<sup>2</sup> Der in diesem Erfahrungsbericht verwendete Name der Patientin ist geändert.

# Eine Student-Patient-Beziehung während des „Medical Training“

M. Keany, Leicester, England

Die vorklinische Medizin kann eine sehr frustrierende Lernerfahrung sein für junge Medizinstudenten, die gerne wirkliche Patienten treffen und sich wie wirkliche werdende Ärzte fühlen möchten. Der weite Bereich vermittelter Tatsachen, die alle nur oberflächlich behandelt wurden, ist entmutigend und mag sinnlos erscheinen.

Viele dieser Informationen sind sehr „wissenschaftlich“ und ganz anders als das, was viele Studenten erwarten. Gelegentlich taucht aber ein Gebiet auf, das ein vorher nicht vermutetes Interesse in einem Studenten erweckt.

Im zweiten Jahr meines Studiums fand ich zunehmendes Interesse an medizinischer Psychologie besonders auf dem Gebiet der menschlichen Sexualität. Ich stellte fest, daß ich dieser Frage nicht genug Zeit widmen konnte und keine Gelegenheit hatte, deren praktische Aspekte zu erfahren.

Darum entschied ich mich, zwischen mein zweites und drittes Medizinjahr ein extra Trainingsjahr zu schieben. Dieses wollte ich der Sexualität widmen und ein kleines Forschungsprojekt in einer klinischen Einrichtung übernehmen.

Das Ziel dieses Unternehmens war: Erstens das Forschungsprojekt, eine wissenschaftliche Befragung auf einem speziellen Gebiet der sexuellen Dysfunktion, die die Grundlage für eine den Untersuchern zu unterbreitende These sein sollte. Zweitens bestand für mich die Chance, im Rahmen einer Allgemeinarztpraxis mit Patienten mit sexuellen Problemen zu arbeiten.

So konnte ich praktische Erfahrung auf dem Gebiet bekommen und den Umgang mit diesen Problempatienten lernen.

Die Ergebnisse des zweiten Zieles werden in dieser Arbeit vorgestellt.

Als ich dieses Projekt startete, erkannte ich, daß das Gebiet der menschlichen Sexualität in der medizinischen Ausbildung übel vernachlässigt wurde.

Das Sexualverhalten oder genauer die richtige Sexualfunktion ist von größter Bedeutung für jede Art, weil sie der Schlüssel für das wesentliche Ziel, nämlich die Erhaltung der Art ist.

Die sexuelle Dysfunktion kann zum Nichtvollzug der Beziehung führen und wenn sie nicht behoben wird, die Geschlechterfolge des betroffenen Paares beenden.

Beim Menschen bringt die Sexualität einen wichtigen Beitrag zu Selbstachtung und Selbstvertrauen des Individuums. Trotz dieser Bedeutung haben sich die Ausbildungsprogramme für Gesundheitsberufe die menschliche Sexualität betreffend sehr langsam entwickelt.

Der Hintergrund meiner Jahresarbeit war ein großes Gesundheitszentrum in der Innenstadt von Leicester. Die Überweisung der Patienten an die von Dr. W. geleitete „Sexual-Dysfunction-Clinic“ erfolgte aus zahlreichen Quellen wie auch aus dem eigenen Patientengut des Gesundheitszentrums.

Dr. W. ist Allgemeinärztin und arbeitet hauptsächlich auf dem Gebiet der Familienplanung. Sie hat eine Zusatzausbildung in psychosexueller Beratung. Sie war beteiligt an der Beratung aller Patienten, die ich sah.

Ich hatte nur eine Beobachterrolle und war nicht aktiv in den therapeutischen Prozeß einbezogen. Aber ich notierte die Veränderungen in der Haltung der Patienten während der Behandlung, um Daten für mein Projekt zu sammeln.

Ich sah die Patienten zu verschiedenen Zeiten ihrer Behandlung und befragte jeden persönlich über seinen Familienhintergrund und seine frühen Sexualerfahrungen. So baute sich eine Beziehung zwischen mir und jedem Patienten im Laufe seines Klinikaufenthaltes auf. Ich fand es sehr schwierig, meine Rolle zum Patienten einzuschätzen, und ich fühlte, daß es den Patienten ebenso ging. Trotz meiner festgelegten Rolle, daß ich gänzlich außerhalb des therapeutischen Prozesses zu bleiben hatte, war die Wirklichkeit schwieriger.

Die Patienten waren gewohnt, eine Beziehung zum Praktiker zu bilden, mit einem gewissen Nutzen für sich selbst. Aber da ich dort als reine Forschungskraft war, war der Gewinn für den einzelnen Patienten nicht das primäre Ziel.

Einige Patienten akzeptierten bereitwillig das Konzept der Forschung als Langzeitnutzen für zukünftige Patienten und waren darum vorbereitet, hierfür „benutzt“ zu werden.

Als ich jedoch begann, die Patienten zu sehen, wurde die Situation schnell unklarer. Im Laufe meiner Begegnungen mit den Patienten wurden sie aufgefordert, sich umfassend zu exponieren und frühe Erfahrungen, die sie oft nie zuvor jemandem enthüllt hatten, aufzudecken. Dies war etwas, was ich nicht einfach kühl aufzeichnen konnte, ohne eine eigene Antwort zu geben. Ich fand, daß ich häufig meine eigenen Erfahrungen und Ängste enthüllte. Ich spürte, daß diese Enthüllungen und anschließenden Besprechungen der Erfahrungen wahrscheinlich nützlich für die Patienten waren und die Therapie veränderten. Auf diese Weise wurde ich an dem therapeutischen Ergebnis beteiligt.

Ich merkte, daß es für mich unmöglich war, keine Beziehung zu den Patienten entstehen zu lassen, die ihnen zu fühlen erlaubte, daß ich in meiner Forschung nicht nur Fakten von namenlosen Subjekten aufschrieb, sondern empathisch mit ihnen fühlte und bereit war, wenn nötig von ihnen gewünschte Dinge zu diskutieren, selbst, wenn sie nicht auf meiner Vormerkliste standen.

Bei einer Gelegenheit dauerte das sonst 20minütige Interview zwei Stunden.

Die Bildung einer Beziehung zu einem Patienten brachte Probleme, besonders weil manche Paare in der Klinik erschienen und ich die Partner einzeln sprechen mußte.

Ich war jedem Partner gegenüber verpflichtet, nicht das Vertrauen zu brechen. Dies war manchmal sehr schwierig, besonders wenn es offensichtlich wurde, daß ein Partner den anderen belog. Es war schwer, nicht Partei zu ergreifen.

War meine Rolle schon schwer verständlich für meine Patienten und mich, so schien sie unmöglich für die anderen Mitarbeiter der Klinik.

Mein Studentenstatus und die Tatsache, daß ich allein arbeitete und doch keine Therapeutin war, verunsicherte andere Mitarbeiter wie Sprechstundenhilfen und Schwestern. Sie wußten nicht, wie sie mich behandeln sollten. Da ich keine richtige Mitarbeiterin war, hatte ich kein eigenes Zimmer und mußte immer warten, bis mir jemand seines freimachte. Dies hieß, daß ich viel Zeit im Wartezimmer verbrachte. Ich empfand das als junge Frau sehr unangenehm.

Ich merkte, daß über den Grund meiner Anwesenheit in einem Familyplanning-Warteraum von den anderen Wartenden spekuliert wurde, mit denen ich nachfolgend zu tun hatte.

Persönlich waren die Mitarbeiter unsicher über meinen Status in Beziehung zu ihnen. Manche waren herablassend und ärgerlich bei jeder Bitte, die ich äußerte. Andere nahmen an, ich hätte einen höheren Status, als ich wirklich hatte – und damit fertigzuwerden war auch schwierig.

Das wichtigste Mitglied der Mitarbeiter war für mich Frau Dr. W. Unsere Beziehung war wesentlich, weil sie die Anfangskontakte zu allen Patienten herstellte, die ich später sah. Wie sie mich beschrieb und bei den Patienten vorstellte, war wichtig, weil es den Erfolg der Beziehung bestimmte, die ich nachfolgend mit ihnen aufbauen konnte.

In dieser Hinsicht war ich äußerst glücklich, weil sie die Situation so ausgezeichnet anpackte. Ich hatte den Eindruck, die Patienten waren froh, mich zu sehen und meinen Rollenerklärungen zuzuhören.

Ogleich diese Probleme und Gefühle ganz unspezifisch und über das ganze Jahr erfahren wurden, gab es unvermeidlicherweise einige Interaktionen mit Patienten, die mich mit vorher nie wahrgenommenen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung konfrontierten.

Herr S. ist ein 62jähriger Mann, der in der Klinik über erektile Impotenz klagte. Er hatte die jetzige Frau S. (42jährig) vor zwei Jahren geehelicht, nachdem er sich von seiner ersten Frau nach 28 Jahren getrennt hatte, um wieder zu heiraten. Herr und Frau S. hatten sexuelle Probleme, seit sie heirateten. Zum Zeitpunkt der Vorstellung konnte Herr S. eine Erektion bei keiner Gelegenheit halten.

Frau S. war eine attraktive Frau. Dies war ihre erste Heirat. Als Einzelkind wurde Frau S. extrem restriktiv erzogen. Ihre Eltern mißbilligten Sexualität und sie hatte schwere Schuldgefühle wegen Sexualität und Masturbation als junges Mädchen erfahren. Viele dieser Gefühle dauerten fort im Erwachsensein. Herr S. war der erste Mann, mit dem sie Intimverkehr hatte, obwohl sie verschiedene lesbische Erfahrungen hatte, ehe sie ihn traf. Sie schien sehr nervös und widerwillig die sexuellen Dinge zu besprechen und wurde sehr leicht verlegen.

Herr S. war ein sehr attraktiver Mann und sah viel jünger als 62 Jahre aus. Er hatte eine freundliche und offene Art und schien ganz entspannt trotz seiner jetzigen Probleme. Er stammt aus einer relativ großen Familie mit drei Geschwistern. Wenn auch seine Eltern sehr streng waren, so hatte er doch keine negative Haltung gegenüber Sexualität erfahren. Als junger Mann war er ausgedehnt mit der Army gereist, wobei er einen großen Teil sexueller Erfahrungen machte.

In der Army hatte er eine sehr liberale Haltung zum Sex angenommen und schien frei von Verlegenheit und Nervosität, während er mit mir sprach.

Er zeigte jedoch einige Zeichen von Mißbehagen, als die Sprache auf seine erste Frau kam. Es schien, daß die Scheidung eine längere Angelegenheit gewesen war, weil sie nicht zugestimmt hatte. Sie war tatsächlich ganz unerbittlich in der Zustimmung zur Scheidung gewesen, zum Teil wenigstens, weil sie römisch-katholisch war, aber auch weil sie fühlte, daß eine Frau ihres Alters wenig Chance haben würde, ein eigenes neues Leben aufzubauen.

Diese Information war nur unter großer Schwierigkeit aus seinem sonstigen Redefluß herauszulösen. Die sexuellen Beziehungen zu seiner ersten Frau waren problemlos gewe-

sen, solange sie existierten, aber in den letzten Jahren ihrer Ehe gab es keine sexuelle Beziehung mehr. Er hatte mit seiner jetzigen Frau keinen Intimverkehr gehabt, bevor sie heirateten. So war er über 5 Jahre ohne sexuelle Aktivität gewesen.

Meine Interaktionen mit Herrn S. waren die schwierigsten und aufschlußreichsten, die ich in dem Jahr erfuhr. Eines der Hauptprobleme, das auch gelegentlich bei anderen Patienten auftauchte, war mein Alter. Ich merkte plötzlich, daß ich eine andere Generation als viele meiner Patienten war. Und ich sah noch jünger aus als 21 Jahre.

Zuerst versuchte ich mich möglichst alt aussehend zu machen durch strengen Haarstil und Brille, aber nach ein paar Wochen erkannte ich, daß ich trotz meiner Anstrengungen immer noch jung aussah und daß die paar extra Jahre, die ich meinem Alter durch Tarnung hinzufügen konnte, irrelevant für meine Interaktionen mit den Patienten waren.

Meine Antwort auf diese Erkenntnis war, den Altersunterschied zu ignorieren, wenn der Patient keine Probleme damit zu haben schien, und nur eine professionelle Haltung von Anfang an anzunehmen, um den Patienten Vertrauen in meine Reife zu geben.

Mit Herrn S. war der Altersunterschied besonders groß, und so begann ich dieses Interview mit einigem Zittern. Ich entschloß mich, diesen Punkt direkt anzugehen, wenn ich merkte, daß er zum Problem wurde, indem ich fragte: „Ist es schwierig für Sie, mit jemandem meines Alters hierüber zu sprechen?“

Nachdem ich mich für dieses Vorgehen entschieden hatte, fand ich, daß viel Spannung von der Situation genommen war und schließlich kein Einschreiten nötig war. Herr S. akzeptierte mein Alter und meine Position bereitwillig.

Der Hintergrund zu Herrn S.' Problem gab eine neue Schwierigkeit.

Nachdem er kürzlich eine über 20 Jahre jüngere Frau geheiratet hatte und sich dann selbst impotent erlebte, legte er großen Nachdruck auf seine Attraktivität und Männlichkeit und schien mich als Mittel zu benutzen, hierüber ein positives Feedback zu bekommen.

Er war sehr darauf aus, mir über seine Erfahrungen als junger Mann zu erzählen und hob auch die Tatsache hervor, daß er sehr beliebt bei den „jungen Damen“ seines Büros war, in dem er jetzt arbeitete, und daß viele von ihnen einen Flirt mit ihm mochten.

Er verglich sich selbst oft mit anderen männlichen Kollegen gleichen Alters, die nicht diese freundliche Aufmerksamkeit erhielten.

Da ich selbst eine „Young lady“ war, fühlte ich, daß er auf eine Bestätigung dieser Geschichte wartete, indem ich ihm flirtend antwortete.

Als dieser Aspekt unserer Interaktion ohne Vorwarnung erschien, reagierte ich zu dem Zeitpunkt instinktiv. Erst später hatte ich Zeit zu überlegen, ob meine Antwort richtig gewesen war.

Ich fand es natürlich, für ein positives, erwartetes Feedback zu sorgen, und zwar in einer unspezifischen, nicht sexuellen Weise.

Wenn zum Beispiel Herr S. mir erzählte, daß er sehr beliebt bei den jungen Damen seines Büros sei, und dann für meine Antwort innehielt, erwiderte ich sofort: „Da bin ich sicher, daß Sie es sind.“

Als ich über diesen Aspekt des Interviews nachdachte, war ich zunächst beunruhigt, daß meine Reaktionen nicht „professionell“ waren und daß ich mir erlaubt hatte, mich von Herrn S. manipulieren zu lassen, aber später fühlte ich, daß ich ebenfalls ehrliche Antworten gegeben hatte und daß diese tatsächlich weitere Kommunikation zwischen uns erleichtert hatten.

Herr S. wurde als 62jähriger von vielen älter geschätzt, und seine Vorstellung mit Impotenz warf das ganze Problem der Sexualität im Alter auf. Dies ist ein Gebiet voller Mythen und Mißverständnisse. Es gibt ein soziales Stereotyp des Älteren, des Alterns, und ein wichtiger Teil dieses Klischees ist Asexualität. Die Gesellschaft betrachtet den sexuellen Ausdruck für die Älteren als unangemessen, und diese Einstellung kann von den Älteren so internalisiert werden, daß auch sie sexuelle Wünsche als unangemessen empfinden. Wenn eine ältere Person es fertigbringt, sich über diesen sozialen Druck zu erheben und sich tatsächlich einem Doktor mit dem sexuellen Problem öffnet, dann kann er oder sie einem Doktor gegenüberstehen, der ein echtes Produkt der Gesellschaft ist und der es fertigbringt, den Eindruck zu vermitteln, der Patient solle doch bei seinem Alter nicht (mehr) über diese Lebensaspekte nachdenken. Hier zeigt sich, was Balint die „Apostolische Funktion“ des Arztes nennt: „Es war fast, als ob jeder Doktor die Kenntnis enthüllte über das, was für die Patienten zu erwarten oder zu ertragen falsch oder richtig sei – und ferner, als ob er eine heilige Pflicht hätte, alle ignoranten und ungläubigen unter seinen Patienten zu seinem Glauben zu bekehren“ (S. 216).

In Wirklichkeit hat die Forschung gezeigt, daß sexuelle Aktivität bei älteren Menschen möglich und tatsächlich häufig vorhanden ist. Und so basiert diese Reaktion mancher Ärzte nicht auf medizinischer Kenntnis, sondern auf ihren eigenen Vorurteilen.

Für mich war es eine Herausforderung, meiner apostolischen Funktion nicht zu erlauben, meine Haltung zu Herrn S. zu diktieren und sein Problem mit dem gleichen Grad von Wichtigkeit und Respekt zu betrachten, den ich für die Jungvermählten hatte, die wegen eines schweren Vaginismus nicht die Ehe vollziehen konnten.

Obwohl ich viel über die Theorie der Sexualität bei Älteren wußte und tatsächlich keine negativen Gefühle darüber hatte, fand ich es schwer, mich nicht von dem Medienimage beeinflussen zu lassen, daß Sex als Erfahrung nur mit jungen attraktiven Menschen assoziiert werden könne. Ich fühlte, daß dies Vorurteil nicht auf Herrn S. übertragen worden war, und ich war dankbar, die Gelegenheit gehabt zu haben, hierüber in der Theorie nachzudenken, bevor es mir in der Praxis begegnete.

Ein zentraler Punkt in Herrn S.' Problem war die Schuld, die er zu fühlen schien, wenn er die Scheidung von seiner ersten Frau bedachte. Dies zeigte sich in der Schwierigkeit, die er hatte, wenn er hierüber mit mir sprach. Widernatürlicherweise entdeckte ich mich bei dem Wunsch, diesen Punkt energischer zu verfolgen, fast als wünschte ich, seine Schuld noch weiter zu verstärken.

Während ich über diese Reaktion reflektierte, erkannte ich, daß ich meine eigene moralische Überzeugung auf Herrn S. anwandte. Selbst als Katholikin erzogen, konnte ich mich in die Gefühle von Herrn S.' erster Frau gut hineindenken. Ich sah mich auch instinktiv auf die Geschichte eines Mannes reagieren, der seine Frau wegen einer viel Jüngeren nach vielen Ehejahren verläßt – trotz der Tatsache, daß ich nichts über die Umstände wußte.

Sowie ich erkannte, daß ich diese Gefühle hatte, war ich fähig, das Problem zu durchdenken und mich ihm zu stellen, um dabei vielleicht zu erkennen, daß es nicht an mir war zu urteilen und daß solche Gefühle meine Beziehung zu Herrn S. ungünstig beeinflusst haben könnten.

Balint weist darauf hin, daß die menschliche Sexualität das Gebiet ist, auf dem größte Sorgfalt walten muß, und nicht die eigene Ansicht über „richtig“ oder „falsch“ gepredigt



werden sollte. Darum handelte es sich hier: Meine Reaktionen waren beherrscht von Gefühlen, die ich zu der Zeit nicht einmal zugeben konnte.

Neben der unmittelbaren Wirkung dieser Episode, die mir Einsicht in meine weitergehende Beziehung zu Herrn S. geben sollte, mußte ich meine Gedanken auf meine persönliche Sicht der Moral wenden. Ich prüfte die Werturteile näher, die ich über andere Leute in meinem persönlichen und beruflichen Leben fällte.

Herr und Frau S. sprachen sehr gut auf die Therapie bei Frau Dr. W. an und kamen das letzte Mal drei Monate nach ihrem ersten Termin. Damals waren beide glücklich über die erreichte Besserung.

Ich selbst fand die Zeit, die ich mit Herrn S. verbracht hatte, äußerst wertvoll und bemerkte, daß auch Herr S. von der entstandenen Beziehung profitiert hatte. Zumindest weiß ich, daß er Freude an unseren Interaktionen hatte.

Die medizinische Ausbildung neigt dazu, sich auf die harten Fakten der Medizin zu konzentrieren. Sie überläßt es den Studenten, selbst die Probleme zu entdecken, die auftauchen, wenn diese Fakten in die Praxis übersetzt werden. Sie unterstützt sie nicht bei diesen Schwierigkeiten. Im Bereich der Sexualität ist der Student noch mehr isoliert, da viele Curricula das Gebiet völlig ignorieren. Ohne Führung neigen Studenten und Ärzte gleichermaßen dazu, sich auf ihr eigenes „gutes Gefühl“ zu verlassen. Dieses kann aber für den Patienten ganz unangemessen sein.

Im Hinblick auf das Lehren der menschlichen Sexualität ist es sehr wichtig zu erkennen, daß, wenn man beabsichtigt, den Patienten als eine Person zu behandeln (was das Ziel einer guten ärztlichen Praxis sein sollte) man es sich nicht leisten kann, solch einen wichtigen Aspekt des menschlichen Lebens zu ignorieren.

Patienten berichten dem Arzt oft verwirrt und unsicher über die Wertigkeit ihrer Probleme und sind peinlich verlegen, wenn sie sie aufdecken müssen. Einem Arzt zu begegnen, der sowohl ignorant als auch peinlich berührt ist, ist beleidigend für den Patienten und ein Mißerfolg für den Arzt.

Genauso, wie manche Studenten es peinlich finden, ihre ersten Patienten über ihre Darmfunktion zu befragen, dann aber merken, daß es mit der Übung bald zur zweiten Natur wird, würde Vertrautsein mit der Sprache der Sexualität die Tabus beseitigen helfen. Es ist ebenso wichtig zu betonen, daß einem Studenten oder Arzt auf jeder Krankenstation die sexuellen Aspekte des Krankseins bewußt sein müssen.

Ein Patient nach einem Herzinfarkt kann beunruhigter darüber sein, wann er die sexuelle Beziehung zu seiner Frau wieder aufnehmen kann als, wann er zur Arbeit zurückkehren kann. Doch gibt man ihm kaum irgendeinen Hinweis hierfür.

Zusammenfassend muß die medizinische Ausbildung mehr Aufmerksamkeit auf das Gebiet der Sexualität richten und unter den Studenten die Wahrnehmung darüber erhöhen, welche Rolle sie als Ursache von viel Unglück bei Patienten in jedem medizinischen Fachgebiet spielt.

Ich fand, daß mein Hintergrundwissen über Sexualität der Älteren mich nicht umfassend für die Situation Herrn S. gegenüber vorbereitet hatte, obwohl ich über das Wissen froh war.

An der Leicester-Medizinschule wird die Methode des Rollenspiels in der Abteilung Allgemeinmedizin angewandt. Viele Studenten betrachten dies als einen ausgezeichneten Weg, mehr über sich selbst und die Arzt-Patient-Beziehung im allgemeinen zu lernen.

Dabei dürfen Fehler gemacht werden, und das Erleben und Lernen geschieht unter Bedingungen, die dem Patienten nicht schaden. Videobänder erlauben ihnen im nachhinein, über ihre Reaktionen zu reflektieren. Sie zwingen sie, ehrlich gegenüber den erlebten, oft erst durch das Video aufgedeckten Gefühlen zu sein.

Leider wird durch Lehrplanraffung auch diese Lehrweise reduziert. Es wäre aber hilfreich, wenn die Studenten diese Problemsituationen in Kleingruppen diskutieren könnten und wenn dies ein offizieller Teil der Ausbildung wäre.

In vielen Allgemeinpraxen wird dies schon getan. Die Partner treffen sich regelmäßig, um über Patienten zu sprechen, mit denen sie nicht voranzukommen meinen. Für Krankenhausärzte gibt es das nicht, obwohl sie sicher auch solche Probleme haben.

All diese Gruppen haben also eine wichtige praktische Funktion. Zusätzlich fördern sie auch die Erkenntnis, daß Ärzte (Studenten) und Patienten zuerst einmal Menschen sind und ihre Interaktionen durch die persönliche Eigenart eines jeden der beiden kompliziert werden kann.

Wenn dies einmal verstanden wird, ist der Weg für eine gute Kommunikation und eine erfolgreiche Arzt-Patient-Beziehung freigemacht.

# Jeanette – ganz in schwarz

P. Mühling, Senden, Deutschland

Ich studiere im 7. Semester Medizin an der Universität Ulm. Bereits vor meinem Studium, als ich ein soziales Jahr absolvierte, begann diese sehr tiefgehende Erfahrung, die ich schildern möchte. Es fällt mir nicht leicht, dies alles zu schreiben, da meine Erinnerungen zum Teil sehr persönlich sind, unangenehm, peinlich.

Ich habe Angst, mich bloßzustellen, Erlebnisse preiszugeben, die mich zutiefst berührten. Das Ereignis liegt weit zurück.

Damals war ich noch unerfahren, wollte jedem Patienten unbedingt und sofort helfen, ohne nach seinen Wünschen, Vorstellungen, Sorgen zu fragen und ohne Geduld. Ein Erfolg, sprich „Heilung“ mußte schnell eintreten.

Die wahren Hintergründe einer Erkrankung sah ich oft nicht. Ich war ungeschickt im Umgang mit „meiner“ Patientin. Der Grund dafür lag in meiner Unsicherheit und Hilflosigkeit, die ich Jeanette gegenüber empfand. Ich hatte große Angst, etwas falsch zu machen, unsere Beziehung, die oft nur am seidenen Faden hing, zu zerstören.

Das nötige medizinische Wissen fehlte mir, dennoch fühlte ich mich verantwortlich für alles, was geschah, und überforderte mich. Ich schrieb alle Fehler, die ich machte, meinem Unwissen zu. Die Laborwerte, CT-Bilder und andere Befunde sagten mir nicht viel. Heute denke ich, wie schön es doch war, den Patienten wirklich als Menschen zu sehen, ohne ihn über seine Befunde analysieren zu müssen.

Deshalb bemühe ich mich, zuerst den Patienten als Person zu sehen und dann erst seine Labordaten.

Die starke Sensibilität, die ich für jeden Patienten verspüre und um die ich bis heute in keiner Weise eine Schutzwall bauen konnte, machte mir manches sehr schwer.

Das Leiden der Menschen, ich konnte es einfach nicht ertragen und wollte allem Schmerz ein Ende setzen – sofort und unverzüglich. Außerdem hatte ich nie begreifen können, daß es Menschen gab, die jegliche medizinische Hilfe ablehnten.

Für solche Tatsachen war es mir entweder „zu gut ergangen“, oder ich baute auf höhere Ideale.

Inzwischen habe ich gelernt, daß die Medizin kein Patentrezept für die Lösung körperlicher und seelischer Gebrechen hat.

Für mich war es bisher äußerst wichtig, wenn ich Probleme hatte, daß ich mit jemandem darüber reden konnte.

Dies versuchte ich auch bei den Patienten, mit denen ich zu tun hatte, in den Vordergrund zu stellen, um ein gewisses Gefühl von Geborgenheit zu vermitteln und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Oft braucht dies allerdings sehr viel Geduld – und genau daran muß ich noch hart arbeiten.

Mein Ideal einer Arzt-Patient-Beziehung wird hier nicht verkörpert, doch diese Erfahrungen brachten mich sicherlich sowohl persönlich als auch im Studium und im Umgang mit anderen Menschen ein Stück weiter.

Jeanette wurde zu einem Teil meiner selbst. Ich fühlte, dachte, handelte oft wie sie. Nun zu Jeanette.

Ich spüre die Atmosphäre unserer ersten Begegnung. Es war in der Praxis meines Hausarztes. Sie war Arzthelferin, ich war Patient.

Hin und wieder kam ich wegen kleinerer Wehwehchen, fuhr mit dem Arzt auf Krankenbesuche oder Notarzteinsätze und kam mit ihr deshalb öfter ins Gespräch.

Von Anfang an verstanden wir uns sehr gut. Wir hatten recht schnell einen „Draht“ zueinander gefunden, hatten ähnliche Hobbies, lachten viel miteinander – und verstanden uns.

Sie hatte mich fasziniert, denn sie besaß einige Eigenschaften, die ich an mir selbst vermißte. Es gefiel mir, wie sie sich kleidete, wie sie sich gab, und ich spürte, daß sie keinen schlechten Einfluß auf mich haben könnte. Ab und zu trafen wir uns in einem Café, gingen miteinander spazieren, und es entwickelte sich eine schöne Freundschaft. Wir waren beide total verschieden, doch ich glaube, gerade das war es, was uns gegenseitig anzog.

Mir fiel auf, daß sie kaum aß und viel Mineralwasser trank, wenn wir gemeinsam unterwegs waren. Ständig hatte sie schon gegessen oder war satt, auch wenn wir lange unterwegs waren und sie nirgends Möglichkeit gehabt hatte, etwas zu essen. Anfangs bewunderte ich sie, denn ich hatte ja keine Ahnung, was dahintersteckte.

Bei ihr spürte man bereits von ferne ihre Kraft, Standhaftigkeit und Überlegenheit. Ich war eher die, die sich auch einmal gehenließ und sich den Genüssen hingab. Mit Süßigkeiten war ich oft zu Kompromissen bereit, ganz im Gegensatz zu ihr. Ihre Selbstdisziplin steckte an.

Eine andere Eigenschaft, die ich an ihr schätzte, war, daß sie sich sehr intensiv um das Wohl anderer kümmerte.

Als ich eines Abends zu ihr kam, kochte sie gerade für ihre Familie. Auf sämtliche Einzelwünsche ging sie ein, sie selbst aß jedoch nichts und behauptete nur, daß sie nebenbei schon soviel gegessen hatte, daß sie satt sei. Das kam mir recht merkwürdig vor.

Wir kannten uns zwar nun schon eine Weile, jedoch kam ich ihr nicht nah genug. Normalerweise hatte ich keine Probleme, Menschen für mich zu gewinnen. Ich hatte immer sehr schnell Freunde gefunden.

Jeanette bereitete mir in dieser Richtung Probleme. Sobald ich ihr zu nahe kam, blockte sie ab. Sie hatte auch sonst kaum Freunde, obwohl man sehr gut mit ihr auskommen konnte.

Ich hatte wohl schon von Magersucht gehört, dachte auch oft daran, daß Jeanette diese Krankheit haben könnte, doch jedesmal, wenn ich an ihre Wettkämpfe im Sport dachte, erschien es mir kaum möglich, daß sie, ohne zu essen, derartige Leistungen vollbringen konnte. Darauf führte ich auch ihre Schlankheit zurück.

Nach dem ersten Semester half ich in den Ferien in der Klinik auf einer Inneren Station aus.

Wie jeden Tag freute ich mich auf den Dienst, da man hier sehr viel Zeit für Gespräche mit den Patienten hatte und da die Theorie weit entfernt lag.

Ich arbeitete gerne auf dieser Station, da ich das Gefühl hatte, helfen zu können. Ich wurde mit mir selbst wieder zufriedener nach einem tristen Semester.

Während ich nun auf Station war und der Übergabe zuhörte, läutete es. Ich stand auf: Zimmer 24.

Kaum hatte ich den Raum betreten, erstarrte ich vor Schreck. Dieses Bild ist mir bis heute genauestens in Erinnerung: „Jeanette – ganz in schwarz“.

Weite Kleidung, die dem Schnitt nach einem Sack ähnelte, eingefallene Wangen, tief-liegende, traurige Augen, graue Hautfarbe – sie sah jämmerlich aus. Meine Gedanken waren plötzlich weit entfernt.

Ich erinnere mich nur noch an ein Bild, das mir damals in den Sinn kam: Die Lehrsammlung unserer Universität. Als wir darin lernten, zogen wir ab und zu unsere Jacken den Skeletten an und machten uns darüber lustig. Doch in diesem Moment war mir nicht zum Spaß, denn es war trauriger Ernst: es war ein Skelett, das wir angezogen hatten – Jeanette – wie der Tod persönlich.

Es lag eine schreckliche Atmosphäre über uns – bedrückend. Ich fühlte mich elend, schuldig, wie ins eiskalte Wasser geworfen. Jeanette, die sich mir stets als die Starke und Überlegene präsentiert hatte, lag vor mir, schwach und hilfsbedürftig. Und dennoch machte sie einen überlegenen Eindruck, fast arrogant, als wolle sie sagen: „Ich brauche Euch alle nicht.“

Wir hatten uns einige Wochen nicht gesehen, da wir beide anderes zu tun gehabt hatten. Mich überkam eine schreckliche Angst. Ich hatte das Gefühl, daß sie nun sterben wird. Ich hätte schreien können – doch ich brachte keinen Ton heraus. Eine Welt brach in mir zusammen. Was hatte sie sich nur angetan? Was wollte sie erreichen?

Ich weiß nicht, wie lange wir so dagestanden und uns angestarrt haben. Erst als eine Krankenschwester mich fragte, ob ich Hilfe brauche, wurde ich aus meinen Gedanken gerissen, denn ich hatte vergessen, die Glocke auszumachen.

„Was brauchst du denn?“ „Ich wollte nur fragen, ob ich noch ein Weilchen an die frische Luft gehen darf.“

Die Schwester nickte und deutete auf den Park, der zur Klinik gehört. Vielleicht hätte ich mitgehen sollen, um mit ihr zu reden? Vielleicht wäre es die Chance gewesen, mehr über sie und ihre mysteriöse Krankheit zu erfahren? Vielleicht hätte ich es geschafft, endlich ein Vertrauensverhältnis aufzubauen?

Doch ich schaffte es damals nicht. Ich war zu sehr mit meinen eigenen Problemen beschäftigt. Ich habe versagt. Irgendwie kam ich mir damals betrogen vor. Fragen wie: „Warum hat sie mich belogen und mir eine nicht existierende Wirklichkeit vorgespielt? Weshalb hatte sie die Selbstsichere und Starke dargestellt, wo sie doch Hilfe benötigte? Warum hat sie mir nicht vertraut?“ stiegen in mir hoch und beschäftigten mich sehr lange. Ich begriff sie einfach nicht. Jeanette war für mich ein Buch mit sieben Siegeln.

Ich war derart in Gedanken, daß ich den ganzen Tag an nichts anderes denken konnte als an sie. Es war schrecklich für mich, ansehen zu müssen, wie sie sich langsam zerstörte. Und ich fühlte mich dafür mitverantwortlich. Eigentlich war unsere Bekanntschaft ja nur oberflächlicher Natur, doch ich hatte erwartet, daß sie mir ihre Probleme anvertraut. Heute ist mir klar, daß sie das nicht einmal getan hätte, wenn ich ihre beste Freundin gewesen wäre.

Nun wollte ich endlich wissen, was geschehen war und warum sie so akut in die Klinik kam.

Sie war am Abend zuvor zu Hause zusammengebrochen. Eine Elektrolytentgleisung und bei einer Größe von 173 cm ein Gewicht von 35 kg waren die Ursache.

Dennoch hatte sie sich gegen die Klinikeinweisung gesträubt. Ein Jahr zuvor war sie schon in München zur Therapie wegen ihrer Anorexia nervosa.

Die ganze Geschichte nahm mich unwahrscheinlich mit. Nicht einmal nach Feierabend konnte ich abschalten.

Ein Traum aus dieser Zeit ist mir noch in Erinnerung: „Jeanettes Beerdigung. Viele Menschen stehen um ihren Sarg, ich stehe am Rande, recht weit hinten. Plötzlich taucht hinter mir Jeanette auf, ganz in schwarz, so wie ich sie zum erstenmal in der Klinik sah, und rief: „Ihr alle seid schuld. Ihr, die Ihr mich nur vollstopfen wolltet.“ Voll Zorn lachte sie. Alle Aggression kam zum Vorschein, wie ich es nie an ihr gesehen hatte.

Ich fragte mich, warum sie sich nicht helfen lassen wollte. Ich mochte sie und wollte unbedingt, daß sie bald wieder gesund wird. Jeanette war in ein Labyrinth geraten, und das Einzige, was ich im Moment begriff, war, daß es äußerst schwierig werden würde, sie herauszuführen.

Ich war an einem Punkt angekommen, an dem ich nicht weiterwußte. Ich fühlte mich überfordert. Ich mied es stets, in Jeanettes Nähe zu kommen. Innerlich war ich aufgewühlt, bangte um ihr Leben, doch gleichzeitig hatte ich Angst vor jeder Begegnung mit ihr. Im CT hatte man bereits eine beginnende Gehirnatrophie festgestellt. Ob überlegte ich mir, wie ich ihr helfen könnte, doch alle meine Ideen erschienen mir nichtig.

Außerdem hatte ich Bedenken, etwas Falsches zu sagen oder zu tun, das die ganze Problematik noch schlimmer machen könnte. Jeanette wirkte so zerbrechlich, als könne jeder Windhauch ihr schaden. Mit ihrer Gewichtsabnahme hatte sie sich einen Schutzwall aufgebaut, der sie unberührbar machte. Es verstrichen viele Tage, bis ich den Mut aufbrachte, mit ihr zu reden. Mir tat es weh, zusehen zu müssen, wie sie sich quälte. Bei ihr gab es keinen Ausweg wie bei manchem anderen Patienten, den man am Ende des Arbeitstages abhakt und bis zum nächsten Treffen vergißt.

Ich fühlte mich für alles zutiefst mitverantwortlich, was mit ihr geschah. Die vielen hyperkalorischen Infusionen, die sie bekam, die Magensonde, die man ihr immer wieder neu legte, sowie sie die alte entfernt hatte, das viele Biosorb, das sie grundsätzlich erbrach – es waren Maßnahmen, die notwendig waren, die jedoch ohne gutes Zureden und Liebe nicht viel nutzten. Das Menschliche, Persönliche fehlte oft. Daher verstand ich es gut, wenn sie sich gegen alles stellte, alles boykottierte.

Zum ersten Mal nahm ich meine Gefühle für einen Patienten bewußt wahr, verarbeitete sie und versuchte sie zu nutzen, um eine echte Beziehung aufzubauen.

Einige Tage nach unserer ersten Begegnung nahm ich all meinen Mut zusammen, ging zu ihr und fragte sie, ob sie nicht Lust hätte, mit mir einen Spaziergang zu machen.

Ihr Gesichtsausdruck, der mir Verlorenheit, Trauer und Ausgezehrtheit verriet, wechselte kurz auf ein Lächeln. Sie nickte. Ihre Hand griff nach ihren braunen Halbschuhen, die neben mir auf dem Boden standen und mich überkam wieder dieses seltsame Gefühl vom Tod. Ich hatte Angst und wäre am liebsten geflüchtet. Ihre Hand sah aus wie von einem mit Haut überzogenen Skelett.

Bei dieser Gelegenheit erinnere ich mich an einen Traum aus dieser Zeit: „Ich komme in eine Kirche, gehe langsam den Mittelgang nach vorn und sehe jemanden, der eine Kerze anzündet. Langsam komme ich näher. Die Gestalt dreht sich um. Ich erschrecke zutiefst – der Tod.“ Regelmäßig wachte ich dabei schweißgebadet auf. Der Tod hat seine Schrecken für mich heute noch nicht verloren. Obwohl ich sehr

gläubig bin, konnte ich mit dem Sterben selbst nicht viel anfangen. Es ist das größte Hindernis für mich auf dem Weg zur praktischen Medizin.

Ich beobachtete Jeanettes Bewegungen, während sie sich ankleidete. Als sie sich bückte, sah ich, wie sich ihr Schulterblatt vorwölbte. Ein Schmerz durchfuhr meinen ganzen Körper und ich dachte immer wieder: „Ich verstehe dich nicht. Warum tust du dir das an?“

Wir schwiegen, bis wir die Klinik verlassen hatten. Dann begannen wir allmählich miteinander zu reden. Unser Gespräch beschränkte sich auf belanglose Dinge mit zahlreichen Pausen. Ein gewisser Zauber lag über dieser Atmosphäre, denn jeder hatte sein Geheimnis, das er nicht preisgeben wollte. Ich war enttäuscht, da ich mir vorgenommen hatte, mit ihr über ihre Probleme zu reden.

Der Faden zwischen uns war gerissen – ich fand keinen Zugang zu ihr. Wo war meine Selbstsicherheit geblieben, die Einfühlsamkeit, mit der ich den Patienten sonst begegnete? Meine Gefühle, mit denen ich sonst gut umzugehen wußte, war ich mir ihrer bewußt? Verdrängte ich nicht einiges? Wie sollte ich die Nähe bzw. Distanz zu ihr in einem ausgewogenen Verhältnis wahren?

Wahrscheinlich wäre alles viel einfacher gewesen, wenn wir uns zuvor noch nie gesehen hätten. Vielleicht war es meine Angst, eine gerade entstehende Freundschaft zu zerstören, die mich unsicher im Umgang mit ihr machte. All das, was ich bisher in Anamnesegruppen gehört und mit anderen erarbeitet hatte, war unendlich weit entfernt und für mich kaum realisierbar. War all die Mühe um eine gute Student-Patient-Beziehung umsonst gewesen? Viele Diskussionen – und nichts daraus gelernt?

Alles nur reine Theorie? Nein, nicht die Theorie war es, die mich Medizin studieren ließ, sondern der Mensch mit Leib und Seele. Auf den Menschen mit seinen Gefühlen wollte ich eingehen. Das war mein Ziel, mein Ideal, um das ich kämpfen wollte, ohne Rücksicht auf eigene Grenzen. Daß ich mich damit völlig überforderte, merkte ich erst später. Gerade mit dem Thema „Tod und Sterben“ hatte ich große Probleme. Ich fühlte mich sehr unsicher, denn ich hatte den Tod meiner Großeltern noch nicht vollständig verarbeitet, und ich war gerade dabei, mich mit meiner eigenen Angst vor Tod, vor Siechtum und langem Leiden auseinanderzusetzen. Hinzu kam, daß es mir gesundheitlich nicht sehr gut ging. Ich war nervös und hatte psychosomatische Verdauungsbeschwerden. Deshalb war ich nicht fähig, mich mit dieser komplexen Problematik auseinanderzusetzen.

Ich war völlig durcheinander. Noch nie hatte ich mir mit einem Patienten derart schwer getan. Meine Gefühle zu Jeanette konnte ich nicht einordnen. Teils fühlte ich mich zu ihr hingezogen, andererseits hatte ich Angst davor, sie wiederzusehen. Doch ich wußte, daß ich mit ihr reden mußte. Das nahm ich mir für die nächste Begegnung vor. Doch es war nicht so einfach. Jeanette war eine harte Prüfung für mich. Ich stieß auf innere Ablehnung und wußte nicht, wie ich dies bewältigen konnte. So beschloß ich, ihr die Gesprächsführung zu überlassen, wenn das Thema auf ihre Krankheit bzw. auf ihren Krankenhausaufenthalt kam. Wir gingen öfter miteinander spazieren, doch zu tieferen Gesprächen kam es nie. Wir blieben auf Distanz. Keiner wagte den Schritt auf den anderen zu. Kein Lachen, kein Spaß miteinander – nichts. Wortlos liefen wir nebeneinander her. So ging es einige Wochen. Jeanette wurde inzwischen über eine Magensonde hochkalorisch ernährt.

An einem Freitagnachmittag teilte ich wie immer Tee, Mineralwasser und Apfelsaft aus. Ich kam in ihr Zimmer, das ich mir bis zum Schluß aufgehoben hatte und fragte, ob sie auch etwas zu trinken möchte. Sie nahm Mineralwasser wie immer. Ärger stieg in mir

hoch. Inzwischen war sie 5 Wochen hier und hatte immer noch dasselbe Gewicht. Da pasierte es. „Wenn du so weitermachst, kommst du hier nie heraus.“ Ein Satz, den ich lange Zeit zutiefst bereute. Er war so spontan gekommen, ich hatte mir nichts dabei gedacht.

Was hatte ich wohl angerichtet? Schnell sagte ich: „Entschuldige bitte, ich habe es nicht so gemeint. Ich möchte doch nur, daß es dir bald besser geht.“

„Mir geht es doch gut, warum wollt ihr mich denn alle vollstopfen?“

Das war der Anfang eines Gesprächs, auf das ich lange gewartet hatte. Sie fühlt sich schrecklich elend mit vollem Bauch. Jede Bewegung fällt ihr schwer, seit sie über die Sonde ernährt wird. Sie fühlt sich, als müsse sie jeden Augenblick platzen. Ich wollte sie verstehen, doch alles, was sie sagte, verwirrte mich. Ihre Krankheit begann mich immer mehr zu interessieren.

Nun kam ich öfter zu ihr ins Zimmer und unterhielt mich mit ihr. Sehr ergiebig waren unsere Gespräche nicht. Ich hatte das Gefühl, als sehe sie einen ihrer Gegner in mir. Alle, die wollten, daß sie zunimmt, waren ihre potentiellen Gegner. Für jedes noch so kleine Zeichen von Vertrauen, das Jeanette mir entgegenbrachte, war ich dankbar, denn es kam höchst selten vor.

Ich war zwar nicht sehr optimistisch, dennoch hatte ich das Gefühl, daß sie es irgendwann schaffen würde. Eine gewisse Siegesicherheit ließ mich sehr bedrängend auf sie wirken. Ich sagte ihr, daß sie heimdürfe, sobald sie 5 kg zugenommen hatte (das hatte ich aus einem Gespräch mit dem Stationsarzt erfahren). Mein Bemühen um Jeanette und ihr Gewicht war für mich vorübergehend zum Lebensinhalt geworden. Langsam nahm sie zu. Für mich war das die Lösung ihrer Probleme. Ich drängte auch immer wieder: „Bitte, iß noch ein wenig.“ Der Stationsarzt und das Pflegepersonal wußten, daß ich mich sehr viel mir ihr abgab. Ich erzählte ihnen, wie ich mich verhielt und was es Neues von ihr zu berichten gab. In meinem Tun wurde ich vom gesamten Team bestätigt. Manchmal hatte ich Angst, daß es wieder zu einem Rückfall käme und daß sie alles nur tat, um nach Hause zu dürfen. Wie ich inzwischen von ihr erfahren habe, hatte sie einige Probleme zu Hause mit ihrem Vater, von dem sie oft unterdrückt wurde. Vielleicht war es deshalb gar nicht von Vorteil, daß sie Fortschritte machte. Wie sollte es daheim weitergehen? Ich nahm mir vor, mich auch nach ihrer Entlassung um sie zu kümmern. Abnehmen hieß bei ihr „stark sein, den Verlockungen trotzen, über allem zu stehen“. Von ihrer Kindheit an war sie mit ihrer Schwester verglichen worden, die immer „besser“ als sie war. Ihre Gewichtsabnahme, ihre schulischen und sportlichen Leistungen machten sie zur gleichberechtigten Person, hatten ihr neues Selbstbewußtsein geschaffen. Hunger wurde für sie zur Waffe. Sie stand seither öfter im Mittelpunkt, was sie sich schon lange gewünscht hatte, und wurde mit Samthandschuhen angefaßt. Ich konnte gut verstehen, daß es für sie nicht einfach war, das alles aufzugeben. Je mehr ich verstand, desto verwirrender wurde es, ihr aus dem Labyrinth herauszuhelfen. Ich hoffte nur, daß sie mir vertraute und daß sie stets in Erinnerung behält, daß sie für mich eine echte Freundin ist, die sich nicht beweisen muß, sondern stets so zu mir kommen kann, wie sie sich gerade fühlt, ohne etwas verstecken oder vorspielen zu müssen.

Als sie entlassen war, gingen wir öfter miteinander weg. Es war eine große Belastung für mich, oft fühlte ich mich überfordert. Ich war verantwortlich, da sie aufgrund meines Drängens so schnell zugenommen hatte. Ich befürchtete einen Rückfall. Da Jeanette noch nicht zur Arbeit mußte, nutzte ich jede freie Minute, um mit ihr zusammenzusein. Es wun-



derte mich sehr, daß sie zu dieser Zeit relativ gut aß. Eines Abends machte ich eine schreckliche Entdeckung, die mir großes Kopfzerbrechen bereitete: Sie erbrach. Es war ein Schock für mich. Ich fühlte mich elend. Alle meine Bemühungen um Jeanette waren umsonst gewesen. Ich war verzweifelt, fühlte mich zutiefst dafür verantwortlich, schuldig. Sie wußte nicht, daß ich es herausgefunden hatte. Während sie auf der Toilette war, wusch ich mir nebenan die Hände. Ich hatte keine Ahnung, was ich tun sollte. Die Brücke von mir zu ihr war zerbrochen. Große Enttäuschung machte sich in mir breit. Ich merkte, wie unsere Freundschaft langsam an ihrer Krankheit scheiterte. Doch genau dies wollte ich verhindern. Je mehr ich um sie kämpfte, desto mehr wandte sie sich von mir ab. War alles meine Schuld? Helfen wollte ich ihr, doch was habe ich erreicht? Das Gegenteil. Habe ich alles zerstört, was wir aufgebaut hatten? Vielleicht war ich zu sehr um sie besorgt? Vielleicht konnte sie sich in ihrer neuen Rolle nicht so schnell zurechtfinden? „Ich muß Geduld haben!“ Diesen Satz sollte ich mir immer wieder aufs Neue sagen. Ich beschloß nun, egal wie ihr Eßverhalten war, mich nicht mehr einzumischen. Wir sahen uns seltener, und wir redeten nicht mehr über die Anorexie. Wahrscheinlich hätte es mich auch genervt, wenn sich jemand für meine Eßgewohnheiten derart interessiert und mich stets zum Essen überredet hätte.

Eines Mittags kochte ich, als es an der Tür läutete: Jeanette. Ich fragte sie, ob sie mitessen möchte. Es kam die übliche Ausrede: „Nein danke, ich habe schon gegessen.“ Ich sagte nichts und aß allein. Plötzlich begann sie sich für die Speisen zu interessieren und wollte nun doch etwas Gemüse und Fleisch versuchen. Es freute mich und stimmte mich optimistisch.

Eigentlich hätte ich gerade jetzt sehr viel Zeit für mich gebraucht, um mit mir ins Reine zu kommen, um allein zu sein und nachdenken zu können. Jedoch hatte ich andererseits keine Ruhe, denn ich wollte wenigstens wissen, wie es ihr ging.

Es dauerte nicht lange, da meldete sie sich: „Wollen wir am Wochenende Plätzchen backen?“ Sie kam und nebenbei redeten wir. Sie hatte gemerkt, daß ich sie in letzter Zeit, wie sie sagte, frei entscheiden ließ, wie sie das mit dem Essen regelte und daß sie es als gut empfand.

Ganz von selbst erzählte sie mir von ihren Problemen zu Hause und fragte mich, ob ich ihr helfen möchte. Ständig wird sie zum Essen gedrängt, deshalb weiß sie nie, wieviel sie sich zumuten kann, ohne gleich zuviel zuzunehmen. So machten wir aus, daß wir 3mal pro Woche gemeinsam bei mir kochen und essen. Als ich sie fragte, wie lange sie denn schon erbreche, sagte sie: 6 Jahre. An diesem Tag backten wir unsere Kokosplätzchen. Sie wurden zu einem Schlüsselerlebnis.

Ein gemeinsames Hobby machten wir uns zunutze: Wir schrieben uns gegenseitig Gedichte. Dies betrachteten wir als Möglichkeit, Dinge auszudrücken, die wir schwer offen sagen konnten. Außerdem hatten wir etwas schwarz auf weiß in der Hand, was uns zur Erinnerung oder Ermahnung diente. So kam ihr Brief an die Kokosplätzchen zustande, der ihr selbst immer mehr Mut machte.

Jeanette ist für mich sicherlich ein Sonderfall einer Student-Patient-Beziehung. Dies liegt gewiß auch daran, daß wir uns vor ihrem Klinikaufenthalt schon kennengelernt hatten. In mancherlei Hinsicht erleichterte uns dies eine ehrliche Auseinandersetzung miteinander, größtenteils jedoch schaffte es eine Barriere zwischen uns. Die Diskrepanz zwischen Patient und Pflegepersonal bzw. Student ermöglichte es uns meist nicht, in freundschaftlicher Weise aufeinander zuzugehen.

Ich merkte, daß es manchem Patienten unmöglich ist, einem „Weißkittel“ Vertrauen entgegenzubringen. Mir fiel es viel leichter, Jeanette als Freundin bei der Bewältigung ihrer Probleme zu helfen. Inzwischen begriff ich jedoch, was emotionales Lernen bedeutet, daß dies nicht nur eine Floskel war, die wir uns in Anamnese- und Balint-Gruppen vor Augen hielten. Das Bemühen um eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist nicht einfach erlernbar, nein, man muß sich jedesmal neu mit jedem Menschen persönlich auseinandersetzen. Ich lernte es, meine Gefühle, die ich den Patienten gegenüber verspüre, wahrzunehmen, einzuschätzen, zu kontrollieren und sie entsprechend zu nutzen.

Oft konnte ich nach Feierabend nicht abschalten, manche Probleme verfolgten mich bis in meine Träume. Ich konnte mich einfach nicht lösen, keine Distanz finden und irrte im Nichts.

Manchmal fühlte ich eine schreckliche Leere in mir, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Schuldgefühle und Ängste plagten mich. Meine größte Angst war die vor dem Sterben, dem Tod. Mit Jeanette kam dieses Thema, dem ich bisher stets aus dem Weg zu gehen versucht hatte, geradewegs auf mich zu. Auch wenn sie nicht im Sterben lag, so erinnerte mich doch alles an ihr an den Tod: Ihre schwarze Kleidung, ihre Figur, die Musik, die sie hörte, und ihre Stimmung.

Damals war ich nicht stark genug, mich damit ehrlich auseinanderzusetzen und gegen meine Ängste anzukämpfen. Erst nachdem ich einige Nachtwachen auf der Krebsstation gemacht hatte, fiel mir der Umgang mit dem Sterben etwas leichter. Ich führte einige Gespräche mit den Patienten, die mir viel brachten. An dieser Stelle möchte ich einen Professor unserer Uni nennen, der an einem Ösophagus-Ca. litt und der mir half, einen Teil des Schreckens vor dem Tod zu verlieren.

Ich kann nicht sagen, daß mir das alles heute nichts mehr ausmacht, jedoch kam ich einen Schritt weiter. Es ist mir klargeworden, daß es Sterbenden viel hilft, wenn man ihnen zuhört, ihnen die Hand hält. Sie sind zutiefst dankbar dafür. Und dennoch muß ich dabei stets an den eigenen Tod denken, der mir immer noch Angst macht.

Ich werde nicht aufgeben weiterzukämpfen, um mein Ideal, meiner Haltung den Sterbenden gegenüber. Und doch sollte ich meine Grenzen nicht überschreiten.

Ich muß lernen, „Nein“ zu sagen, mir Ruhe zu gönnen, denn nur so kann ich offen sein für die nächsten Patienten, die kommen, ohne frustriert und überfordert zu sein.

Bei Jeanette getraute ich mich nicht zu sagen: „Ich habe heute keine Zeit“, doch ich merkte, wie ich unzufrieden wurde, wenn ich zu wenig Zeit für mich hatte.

Auch meine Ungeduld in bezug auf Heilung wurde durch diese Erfahrung mit ihr gezügelt. Den „Fall“ Jeanette konnte ich leider noch nicht in der Balintgruppe vorstellen, da ich erst seit etwa einem halben Jahr die Möglichkeit habe, in einer Gruppe mitzuarbeiten, die aus Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und anderen Therapeuten besteht und in der man nur die Patienten dieser Klinik bespricht.

Meine Begegnung mit Jeanette ist etwas Besonderes. Sie war sozusagen meine erste Patientin auf dem Weg zur Medizin. Noch nie habe ich mich emotional derart auf einen Patienten eingelassen wie auf sie. Sie war eine Herausforderung für mich. Noch nie weinte ich soviel über einen Patienten, hoffte mit ihm, freute mich mit ihm. Noch nie hatte ein Patient mein Leben derart verändert.

Damals hatte ich leider noch keine Gelegenheit, in einer Balint-Gruppe über meine Probleme mit ihr zu reden, doch ich schrieb häufig in mein Tagebuch oder verfaßte ein

Gedicht, um meine Gefühle und Phantasien Wirklichkeit werden zu lassen und sie nicht zu verdrängen.

Es war damals die einzige Möglichkeit für mich, meine Erfahrungen zu verarbeiten, weil ich Angst hatte, meine Gefühle mitzuteilen, auf Unverständnis zu stoßen oder für übertrieben emotional gehalten zu werden.

Ich merkte auch, wie schwierig es war, mit den Gefühlen richtig umzugehen und sich mit den sogenannten Tabuthemen ehrlich auseinanderzusetzen, ohne die rosarote Brille aufzusetzen und zu vergessen.

Ich wollte all meine Gefühle annehmen, um auch in gewisser Weise mein Ich akzeptieren zu können.

Dies alles in dieser Arbeit nochmals zu durchleben, gibt mir die Kraft zu sagen: „Die Medizin ist mein Ziel. Es ist mir wichtig, helfen zu können, obwohl ich doch ständig mit Schmerz, Trauer und Tod konfrontiert bin und mich oft frage, ob ich dies alles durchhalten werde, ohne jemals aufzugeben.“ Jeanette gibt mir den Mut dazu.

Jeanette wurde zum Idol für mich. Als Perfektionistin wollte ich sie zur Idealpatientin machen, zu meiner Patientin. Meine erste Patientin, die durch mich geheilt wurde? Mein erster Erfolg im Studium?

Ich hatte schon während meiner Schulzeit den Drang, etwas Besonderes leisten zu müssen. Waren Jeanette und ich uns in diesem Punkt nicht täuschend ähnlich? Meine Eltern waren anfangs nicht sehr begeistert, als sie erfuhren, daß ich Medizin studieren möchte. Wollte ich es ihnen beweisen oder gar mir selbst? Hatte ich das tatsächlich notwendig?

Aus den Schulnoten hatte ich mir nie viel gemacht, warum hatte ich jetzt plötzlich einen derartigen Ehrgeiz? Doch dies hielt nicht sehr lange an. Bald wurde ich auf den Boden der Realität zurückgeholt. Die vielen Bücher, die Paukerei, alles fiel mir zu Beginn des Studiums nicht leicht. Vielleicht hatte ich Angst zu versagen.

Es ist schwer für mich, heute zu beurteilen, warum ich damals so handelte. Es liegt alles so weit hinter mir. Ich entwickelte mich weiter, sowohl persönlich als auch im Studium. Das einzige, das sich nicht verändert hat, ist die große Sensibilität, die ich noch immer für jeden Patienten verspüre. Viele Kommilitonen berichten von einem Schutzmechanismus, den sie aktivieren können. Dies gelingt mir nur höchst selten. Alles Leiden berührt mich immer noch sehr tief. Ich finde es wichtig, daß man nicht total abstumpft, gerade auch in diesem Beruf.

Das richtige Mittelmaß zu finden ist allerdings nicht einfach. So bleibt mir nur noch weiterzugehen im Bemühen um eine gute Arzt-Patient-Beziehung.

1991 war ich mit Jeanette und zwei weiteren Freundinnen auf Mykonos im Urlaub. Ihr Kampf ums Essen hielt an. Sie nahm zwar nicht viel zu, doch ging es ihr psychisch besser. Sie zog wieder bunte Klamotten an, lachte wieder und war – manchmal – sogar glücklich. Wir wurden echte Freunde.

Inzwischen ist sie einige hundert Kilometer von hier weg und heiratete in diesem Jahr. Eine endgültige Heilung hat sie bis heute nicht erreicht. Es gab noch viele Kämpfe Jeanettes gegen das Essen, und Tag für Tag beginnt ihr Ringen um ihr Gewicht erneut. Doch Verständnis und Geduld bringen sie stets ein Stück weiter. Bedrängnis und Überredungskunst zerstören mehr, als daß sie helfen.

Zum Schluß möchte ich noch den „Brief an die Kokosplätzchen“ und „An die Gulaschsuppe“ veröffentlichen, die uns den Weg zueinander eröffneten und aus denen man ihr Bemühen herauslesen kann.

### **Brief an die Kokosplätzchen**

Ich ließ es nie zu,  
daß ihr mir schmeckt,  
doch heute  
muß ich euch einmal versuchen.

Fein seid ihr,  
wirklich.

Auch wenn ihr  
mir nur ein kleines Stück  
weiterhelft,  
so seid ihr mir  
doch ein Zeichen,  
ein Symbol,  
daß ich auf dem Weg bin,  
daß es weitergeht,  
daß ich schon ein Stück gegangen bin.

Ihr zeigt mir,  
daß es einen Sinn hat.

Durch euch weiß ich,  
daß ich weitermachen muß,  
daß ich jetzt nicht einfach aufgebe,  
jetzt, wo ich es schaffen kann.

Und so weiß ich,  
mit eurer Hilfe  
komme ich weiter.

Ich genieße euch  
jeden Tag  
ein wenig mehr.

Eines Tages  
werden wir

Freunde sein.

Gedichte dieser Art schrieb sie mir oft.

Auf diese Weise war es immer wieder interessant, zu erfahren, wie es ihr ging, ob sie euphorisch, optimistisch, depressiv oder traurig war.

## An die Gulaschsuppe

Du riechst herrlich  
und schmeckst bestimmt genauso gut.  
Doch allein der Duft sättigt mich.  
Ich bin voll.  
Keinen Bissen werde ich hinunterbringen.  
Du bist wertvoll,  
ich brauche dich,  
aber eine Mauer trennt uns,  
eine große Barriere, die Sorgen, Angst, Gedanken  
von dir abhängig zu werden,  
die Kontrolle über mich zu verlieren, zuzunehmen.  
Und doch liebe ich dich, ich verlange nach dir.  
Ich schäme mich.  
Mach' es mir bitte nicht so schwer.  
Tausend Stimmen höre ich sagen:  
„Iß doch, es ist ganz leicht.“  
Wie schon so oft.  
Keiner weiß vom Kummer in mir,  
niemand versteht mich.  
Ich versuche es: zu essen.  
Es gibt keine Möglichkeit,  
dich heute „unter den Tisch fallen zu lassen“,  
all die Tricks, die ich sonst anwenden konnte,  
einfach unmöglich.  
Und ich versuche es wieder: Stück für Stück  
werde ich eins mit dir.  
Als ich nach einer halben Tasse aufgeben wollte,  
um mich, meinen Willen nicht aufgeben zu müssen,  
dachte ich, ich schaffe es wohl nie.  
Doch du rochst so gut.  
Da ließ ich meine Fesseln fallen, und alle Zwänge waren plötzlich weg.  
Ich nahm dich ganz, restlos.  
Zuerst bereute ich es noch,  
doch ich merkte, daß es keinen Grund dazu gab.  
Du gabst mir Stärke zurück, Mut und den Willen,  
die alten Fesseln zu sprengen.  
Du zeigtest mir einen Weg,  
auf dem es gehen kann.  
Du gabst mir die Kraft, weiterzukämpfen,  
damit ich es wieder schaffe  
und immer wieder . . .  
Und irgendwann für **immer!**

# Über eine Patient-Student-Beziehung

F. Kebers, Embourg, Belgien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich hatte das Gefühl, versagt zu haben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie könnte die Ausbildung der Studenten verbessert werden?

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

# Von der „wohlbehüteten“ Anamnesegruppe in den Klinikalltag

## Tagebuch als Ergänzung zur Balint-Arbeit

M. Fehr, Rhede, Deutschland

### 5.8.

Seit drei Jahren arbeite ich mit bei den Anamnese-Gruppen, im ersten Jahr als Teilnehmerin einer Gruppe, danach zwei Jahre als Tutorin. Im Herbst werde ich diesen Abschnitt meiner Ausbildung als Trainerin einer neuen Tutoren-Gruppe beenden. Es stellt sich für mich nun die Frage, was ich in den Gruppen gelernt habe und wie ich es umsetzen kann im täglichen Kontakt zu Patienten.

Zu Anfang dieser Ferien stellte ich in der Famulatur mit Entsetzen fest, daß ich nicht in der Lage war, auf Patienten einzugehen; es war mir einfach zu viel, ihnen zuzuhören, von Geduld und Empathie sprühte ich wirklich nicht gerade.

Ob es daran lag, daß ich auf Chirurgie famulierte und mir andere Ziele gesetzt hatte? Ich wollte etwas Handwerkliches lernen, nähen, Wundversorgung, Braunülen legen etc. Da war für die Patienten kein Platz. Es interessierten mich nur ihre Organe, Wunden, ihre einzelnen Teile. Oder lag es daran, daß ich voll war mit eigenen Problemen, keine Energie mehr hatte, auf ihre Sorgen auch noch einzugehen, ich einfach nicht mehr aufnahmefähig war für diese mir fremden Menschen?

Oder bin ich nur auf Chirurgenmanier hereingefallen? Aber so schlimm waren die Chirurgen gar nicht. Sie kümmerten sich, soweit ihre Zeit es zuließ, doch sehr engagiert um ihre Patienten.

Wohl habe ich noch die Hinweise der Patienten verstanden, reden zu wollen. Dann bin ich geflohen vor ihnen und ihren Wünschen, habe getan, als habe ich nichts gemerkt von ihrem Bedürfnis.

Erst langsam kann ich es wieder zulassen, auf Patienten zuzugehen. Ein kleines Erlebnis auf einer inneren Station nach meiner Chirurgie-Famulatur war dabei sehr wichtig für mich.

Ich begleite eine Patientin zur Röntgenabteilung, wo bei ihr ein Kontrasteinlauf gemacht werden sollte. Ich ging wegen der Untersuchung und ihrer Ergebnisse mit, nicht weil ich daran dachte, daß es der Patientin gut tun könnte, jemanden Bekannten dabeizuhaben.

Von der Röntgenassistentin wurde ich erst wieder auf Station zurückgeschickt, um die vergessenen Unterlagen, Zellstoff und eine Bettpfanne zu holen, schließlich dann auch noch ausgemotzt, weil ich das Falsche brachte. Der Untersuchung durfte ich nur auf einem Bildschirm im Nebenraum folgen; keiner war da, der mir etwas erklärte.

Als ich dann die fertigen Bilder mit der Ärztin zusammen anschauen wollte, schickte sie mich weg mit der Bemerkung: „Gehen sie doch zu der Patientin; die liegt ganz allein

Ich war verärgert und beschämt zugleich.

Die Patientin, eine über achtzigjährige zierliche Dame, Großmutter der Stationschwester, litt an Colitis ulcerosa und wurde wegen starker Durchfälle – eventuell als Medikamentennebenwirkung – eingeliefert. Ein akuter Schub der Colitis oder ein Tumor sollten ausgeschlossen werden. Sie war sehr jammerig, beklagte ständig, daß sie nun schon im dritten Jahr im Krankenhaus läge, im letzten Jahr wurde ein Darmstück entfernt, im davorliegenden hatte sie einen Schlaganfall, von dem sie sich gut erholt hatte.

Außerdem machte sie abfällige Bemerkungen über ihre Tochter, bei der sie lebt, in der Art, daß man sie nur ihres Geldes wegen bei sich dulde.

Jeden Tag brauchte sie eine neue Braunüle, weil die alte wehtat, paragegangen war oder rausgerutscht. Sie hatte schlechte Venen; ich brauchte zwei Versuche, um ihr eine Braunüle zu legen. Sie zog dann den blonden PJ'ler vor, der es mit einem Mal schaffte. Ich muß gestehen, es war mir eine Genugtuung, als auch er am nächsten Tag zweimal stechen mußte.

Mein Verhältnis zu der Patientin war also getrübt.

Jetzt in der Röntgenabteilung war sie alleine mit mir, und ich konnte ihr helfen, obwohl ich mich auch nicht auskannte, nur durch meine Anwesenheit. Ich konnte sie nicht abweisen, abschieben an einen anderen. Es war keiner da.

Sie war fix und fertig nach der Untersuchung, vor der sie so viel Angst gehabt hatte. Ich begleitete sie nach oben zur Station. Sie war total bekleckert mit Kontrastmittel. Schon wollte ich einer Schwester Bescheid sagen, daß sie gewaschen werden müsse. Noch rechtzeitig fiel mir ein, daß ich das ja auch kann, es schon oft getan habe, und so wusch ich sie selbst.

Als ich aus dem Bad kam, weinte sie, und ich konnte sie trösten, indem ich ihre Hand hielt, ihr bestätigte, daß es eine unangenehme und für sie sehr anstrengende Untersuchung gewesen war und indem ich ihr den Dienst des Waschens erwies, ohne sie auf eine Schwester warten zu lassen.

Ihre Dankbarkeit beschämte mich. Sie sagte: „Ich war ja so froh, als ich ihr Gesicht dort unten sah.“

Ich bin froh, bei ihr geblieben zu sein, sie nicht an die Schwestern weiterdelegiert zu haben, meine negativen Gefühle für einen Moment weggeschoben zu haben. Jetzt kann ich sie wieder herholen und den Inhalt neu betrachten. Wenn sie immer gesund war und geistig noch rege, dann kann es verständlicherweise schlimm sein, zu sehen, wie der Körper und die Kräfte immer mehr verfallen.

Das Erlebnis hat mich den Patienten wieder einen Schritt näher gebracht.

Auch wenn ich mich nicht einlassen will auf Patienten, so wirke ich doch auf sie, und sie reagieren auf mich. In den Anamnesegruppen, Supervisionsgruppen vielfach besprochen, lerne ich es jetzt praktisch von Patienten. Ich hatte vergessen, wie genau sie mich wahrnehmen, wie sensibel sie sind für die Menschen, die auch nur praktische Verrichtungen an ihnen ausführen. Ein Patient meinte beim Blutabnehmen, ich wirke aber am frühen Morgen schon sehr unzufrieden mit mir. Wirklich hatte ich im Zimmer zuvor Schwierigkeiten mit dem Blut gehabt.

Jetzt famuliere ich in einer „Strahlenklinik“. Ich bin geschockt von den Patienten, wie sie daliegen, noch lachend, mit ihren kahlen Köpfen von der Chemotherapie, mit ihren geschundenen Körpern.

In einem Zimmer untersuchten wir zu zweit einen Patienten. Der Bettnachbar, Herr B., hielt uns hinterher einen Vortrag darüber, daß das Seelische, was seiner Meinung nach Ursache des meisten Leidens sei – zumindest bei ihm, bei seinem Bettnachbarn ja vielleicht nicht –, meist zu kurz käme. Keiner frage danach, und wir müßten noch lernen, daß ein Gespräch oft wichtiger sei als der Fortschritt in der Therapie. Ich verstand es als Wink mit dem Zaunpfahl: „Mit mir soll jemand reden.“

Wir sprachen noch über die Schrecklichkeit der Kriege und verließen das Zimmer.

Wie kann ich auf den Patienten zugehen? Er ist sicher nicht einfach. Er hat ein Bronchialkarzinom, mehr weiß ich nicht von ihm. Er ist der Redner des Zimmers, mischte sich ab und zu in die Anamnese seines Nachbarn ein, redet für seine Bettnachbarn. Dafür wird er mit Nichtbeachtung gestraft. Aber kann man es ihm wirklich verübeln, wenn er seine Nachbarn doch gut kennt, weil er sich für sie interessiert, wenn wir die Anamnese im Zimmer machen müssen und er nicht anders kann als zuhören.

Kann ich zu ihm gehen und sagen, nun erzählen sie mal, wie es Ihnen ergeht mit ihrer Erkrankung? Ich will es versuchen.

Ein schlechtes Gefühl macht mir nur, daß er so lauthals schreit nach Verständnis. Was ist mit den anderen Patienten, die ihre Wünsche nicht so deutlich artikulieren können?

## 6.8.

Ich bin – einfach – zu ihm gegangen und habe ihn gefragt, wie es ihm heute ginge. Er sprudelte nur so los. Erst allgemein über die mögliche psychische Verursachung der Krebserkrankung, seines Krebses. Ich fragte ihn nach seiner Familie. Er erzählte von den drei Söhnen, von seinem Bauernhof. Daß er sich jetzt keine Gedanken darüber machen wolle, erst den Verlauf der Krankheit abwarten. Der Ältere wollte den Hof nicht übernehmen, die beiden jüngeren Söhne seien erst fünfzehn und sechzehn Jahre alt, zu jung für eine Entscheidung.

Jetzt genieße er erst jeden Tag, an dem es ihm gut gehe.

Wenn er die Therapie hinter sich habe, müsse er das alles regeln. Auch die anderen Probleme. Welche? Ja, er habe Schwierigkeiten mit seiner Frau. Er habe immer ein guter Familienvater sein wollen, es aber nie geschafft, da er sich auch politisch und außer Hause sehr engagiert habe. Das habe ihm Schuldgefühle bereitet. Vielleicht seien sie ja Ursache der Erkrankung. Seine Frau sei anders, ruhiger. Er müsse da eine Lösung finden.

Ich werde von seinem neuen Bettnachbarn hinausgeschickt, weil er an die Pipiflasche muß. Das sei nun mal sein Problem, seine Frau – die ständig gegenwärtig ist – helfe ihm. Kurz zuvor hatte ich bei ihm die Anamnese erhoben und ihn untersucht, nach Meinung seiner Frau viel zu lange und ausführlich, da doch alles in den Akten stehe, erklärlich allerdings aus der Tatsache, daß ich „Praktikantin“ sei. Ich bin erstaunt und gehe raus, fühle mich nicht ernstgenommen von dem Ehepaar, behandelt wie ein kleines Kind.

Herr B. kommt kurz darauf heraus, und wir setzen uns in den Aufenthaltsraum. Er sagt, wir Studentinnen müßten uns besser vorstellen, die Patienten verstünden das sonst nicht, daß wir so lange mit ihnen reden, sie so gründlich untersuchten. Ich erkläre ihm, daß das eigentlich jeder Arzt tun solle. Bei ihm sei nichts dergleichen geschehen. Ich gebe ihm recht, es ist eben nicht selbstverständlich, und deshalb bedarf es einer Erklärung.

Er erzählt weiter von seiner Frau. Ein weiterer Patient – ich kenne ihn nicht – kommt in den Raum. Hört wohl zu, als Herr B. sagt, er wolle versuchen, die Situation mit seiner

Frau zu ändern, oder sie müßten sich trennen. Er müßte sich entscheiden zwischen der Sicherheit der Ehe, auch im Hinblick auf die Krankheit, und einem Leben, das er so führen kann, wie er es – gerade wegen der Krankheit – nun führen will.

Seine Frau habe auch schon gesagt, so könne es nicht weiter gehen, aber sie habe es getan, als es ihm nach der ersten Therapie sehr schlecht gegangen sei. Das habe er nicht gut gefunden, da man sich so lange kenne.

Der andere Patient machte eine Bemerkung, die ich nicht verstehe, und fängt an zu weinen. Herr B. wird zum Telefon gerufen. Er bedankt sich für das Gespräch. Ich weise den Dank zurück, sage, daß auch ich dabei lerne. Ich gehe auch hinaus, lasse den anderen Patienten alleine. Hätte ich bei ihm bleiben sollen? Es war mir zuviel.

Später gehe ich nochmal mit der Ärztin in das Vierbettzimmer. Ich sage Herrn B., daß ich in den nächsten Tage wieder kommen werde und wir weiter sprechen können. Doch er redet gleich weiter von seiner Frau, wie aktiv sie sei, daß sie mehr Angst als er vor der Reaktion der Leute habe. Ich hatte sie mir als Heimchen am Herd vorgestellt, und nun entsteht das Bild einer gesellschaftlich sehr aktiven Frau.

Ihr werde eine Trennung sehr schwer fallen. Ich möchte das Gespräch beenden. Ich sage ihm nochmal, daß wir in den nächsten Tagen weiterreden können, daß es mir jetzt zu viel werden, daß es ja viel sei, was er mir erzählt habe und daß es mich auch selber betreffe, weil ich ähnliche Probleme habe. Er sagt, er habe ja immer Zeit und man könne sich gegenseitig helfen. Es sei nicht jeder bereit, so viel von sich zu erzählen, es sei auch eine Sache der Sympathie.

Ich gehe noch zu dem Ehepaar und der Ärztin, habe stark das Gefühl, ihm zu abrupt den Rücken zugekehrt zu haben.

Kann ich mit ihm weiter über seine Eheprobleme reden, wo ich selber gerade ausgezogen bin aus der gemeinsamen Wohnung mit meinem Freund? Ich, dreißig Jahre jünger, unverheiratet, ohne Kinder, ohne Krebs, betroffen von der Problematik und doch in einer ganz anderen Situation?

Wie kann ich ein Gespräch mit Herrn B. befriedigender für uns beide beenden? Das leidige Thema der Anamnesegruppen: die größte Schwierigkeit, zu sagen, jetzt reicht's mir, morgen komme ich wieder.“

## 8.8.

Gestern war ich wegen eines Zahnarztbesuches nicht in der Klinik. Heute wollte ich nochmal zu Herrn B., um ihm zu zeigen, daß ich mein Wort halte. Es war schon recht spät, und ich wollte nach Hause. Er redete gleich wieder los, daß er wenig auf den Flur gehe, nicht in offenstehende Zimmer sehe, um nicht zu viel Elend sehen zu müssen, es greife ihn so an, er habe viel Mitgefühl und Mitleid; genauso wie ihn die Machtlosigkeit in seiner Ökologiebewegung mitnehme. Er meint, es müsse mehr dafür getan werden, daß die Patienten ihre Krankheit besser akzeptieren können, nicht gegen sie ankämpfen, sondern lernen, mit ihr zu leben.

Morgen fährt Herr B. übers Wochenende nach Hause. Er erzählt, worauf er sich freue; sich einen Kräuterquark zu machen, seine von einer Expedition aus Alaska heimkehrenden Freunde empfangen zu können, zu hören, wie es war – ohne ihn. Ohne die Krankheit wäre er mitgefahren, hätte die Reise geleitet.

Er sagt, für ihn sei es wichtig, genau zu überlegen, warum er lieber zu Hause sei als hier, um es dann auch richtig genießen zu können. Er erzählt, daß er von seinem Haus kilometerweit ins Land schauen kann, auf dem Klo sitzend nach draußen schauen, Vögel hören, und die Familie, die Kinder, die ihn ärgern; wo er dann merkt, wen er liebhat. Als er das sagt, entsteht für einen Moment eine seltsam rührende Stimmung.

Ich sehe auf seiner Uhr, daß es schon viertel vor sechs ist, und verabschiede mich. Ich muß noch einkaufen. Wünsche ihm ein schönes Wochenende. Er sagt, ich solle wiederkommen. Ich könne auch ruhig mehr von mir erzählen. Nicht, daß er neugierig sei, aber . . . Ich weiß nicht mehr, was er sagte. Ich verstehe seinen Wunsch nur, den Wunsch nach einem gleichgestellten Gespräch, den Wunsch, nicht nur abzuladen, sondern auch selber als jemand, dem man etwas anvertrauen kann, für voll genommen zu werden. Er hat nur so viel zu erzählen. Das sage ich auch.

Ich gehe und bin froh, noch bei ihm gewesen zu sein, trotz meiner Müdigkeit und meinem Bedürfnis, nach Hause zu fahren.

Auch wenn wir kein tiefsinniges Gespräch geführt haben, hat er wohl gemerkt, daß mein Gesprächsangebot nicht eine einmalige Sache war, sondern etwas, worauf er sich verlassen kann. Vielleicht hat er auch gemerkt, daß ich gerne zu ihm komme, weil ich nach Feierabend noch da war. Obwohl ich eigentlich mehr deshalb hingegangen bin, weil ich es zugesagt hatte.

Was habe ich in Anamnesegruppen gelernt?

Ich habe dort themenzentrierte Selbsterfahrung gemacht. Dabei war für mich – im nachhinein – die Auseinandersetzung mit den Gruppenteilnehmern wichtiger als die Arbeit mit den Patienten. Ich habe dort Ablehnung und Aufnahme erlebt, den Zwiespalt als Tutorin, dazugehören zu wollen und doch draußen zu stehen, mit Begeisterung bei der Gruppe zu sein und mich gleichzeitig von ihr abgrenzen zu müssen, lieb aufgenommen werden zu wollen und Distanz aufrechtzuerhalten.

Ich habe die Schwierigkeit erlebt, als Hilfestellerin, als Katalysator die Studenten erfahren zu lassen, was psychosomatische Medizin bedeutet, sie von dem, was mir wichtig scheint für den ärztlichen Beruf, zu überzeugen.

Ich mußte immer wieder erklären, warum ich die Beziehung zum Patienten wichtig finde, daß es eine Selbstverständlichkeit ist, seine psychosoziale Situation zu erfahren, um ein Bild des ganzen Menschen zu bekommen, um den gesamten Menschen, nicht einzelne Organe, behandeln zu können. Wie schwer ist es mir oft gefallen, die psychische Mitverursachung von Krankheiten zu vertreten, wenn ich vielleicht selbst im Zweifel war.

Dann habe ich mich zu Leuten, v. a. aus der Supervisionsgruppe, geflüchtet, von denen ich weiß, daß sie ähnlich denken, daß wir über unsere Zweifel sprechen können, ohne Angst haben zu müssen, als „Organos“ dazustehen, ohne alles verteidigen zu müssen, denn daß Psychosomatik von Grund auf gut ist, ist Voraussetzung unserer Gespräche.

Es wurde mir auch klar, wie schwer es sein kann, verständlich für die anderen, das auszudrücken, was ich meine und fühle. Ich mußte lernen, daß ich anders wahrgenommen werde, als ich glaube zu sein. In einer schlechten Supervisionsgruppe habe ich mich unverstanden gefühlt und mich wie ein ungerecht behandeltes Kind zurückgezogen. In der zweiten guten Supervision konnte soviel geredet werden, daß ich mich letztlich verstanden fühlte. Vielleicht, weil die Sensibilität füreinander und die Nähe größer waren.

Zwar hat das alles mehr mit Selbsterfahrung zu tun, trotzdem hat es für mich Konsequenzen für meine Arbeit mit Patienten in der psychosomatischen Medizin.

Ich scheue mich oft, mit Leuten, die nichts als „Psychosomatik am Hut haben“, die keine Anamnesegruppe gemacht haben, skeptisch sind, zu sprechen, weil es mir schwerfällt, etwas mir selbstverständlich Erscheinendes anderen überzeugend und geduldig zu erklären.

Und doch weiß ich, daß es wichtig ist. In den Anamnesegruppen habe ich erfahren, daß die anderen ja nicht aus bösem Willen zweifeln an Sinn und Zweck von Anamnesegruppen und Balint-Gruppen, sondern z. B. fachliches Wissen, wichtiger für die Patienten finden, daß sie oft nicht aus Interesselosigkeit nicht nach der psychosozialen Seite des Kranken forschen, sondern aus Angst vor eigenen Gefühlen und denen des Patienten.

Ich kann mich nicht einfach zurücksetzen in meinen Sessel in einer Runde Gleichgesinnter und zufrieden sein. Es bedarf der Auseinandersetzung mit Andersdenkenden, um auch von ihnen zu lernen, Kritik zu erfahren und eigenes Handeln zu ändern, ebenso wie Toleranz zu üben, um eine Zusammenarbeit über Meinungsverschiedenheiten hinweg möglich zu machen.

Auch mit Patienten zu reden, ist notwendig. Ihnen muß ich erst erklären, warum ich ein Gespräch mit ihnen suche. Zwar sind sie oft froh darüber, aber viele wissen gar nicht, daß es möglich ist, und reagieren befremdet; das wiederum frustriert mich, wenn ich mir viel Mühe gebe mit Anamnese, Untersuchung und Gespräch. Ein Mißverständnis, das durch Aufklärung der Patienten vielleicht aus dem Wege zu räumen ist.

Meine Rolle als Tutorin sehe ich analog zu meiner Beziehung zu Patienten. Ich will ihnen eine Einstellung vermitteln zu ihrer Krankheit, will ihnen zu Selbständigkeit und Selbstverantwortlichkeit in ihrer Krankheit verhelfen. Was nützt es, wenn ich ihnen Maßnahmen vorschlage, die sie ausführen, solange ich danebenstehe, und es seinlassen, sobald ich weg bin. Es ist wie bei den Anamnesegrüplern. Auch hier stehe ich vor dem Konflikt zwischen totalem Engagement und Distanz, zwischen Freundsein und Therapeutsein.

Oft gibt es sicher Gründe; z. B. der Patient, der mich als FamulantIn ablehnte, weil er eine Ärztin oder einen Arzt wünschte, weil er sich durch mich schlechter behandelt fühlte. Wenn ich mir die Gründe überlege, wird mir sein Verhalten verständlich, ich fühle mich nicht mehr persönlich gekränkt; aber ich will dann keine Energie mehr für ihn aufwenden, wenn ich keine Chance sehe, daß es etwas bringt.

Ich merke auch, daß ich mit manchen Menschen – von mir aus – nicht gut zurechtkomme.

Sicher gibt es auch etwas, das ich durch die Patientenarbeit in den Anamnesegruppen gelernt habe. Ich bin sensibler geworden für ihre Hinweise, ihre Bedürfnisse, die sie zwischen den Zeilen vermitteln. Ich habe dort Anamnese gelernt, habe meine Unsicherheit ein Stück weit verloren, mehr Mut, offene Fragen zu stellen, auf Patienten zuzugehen. Durch die Gespräche mit den anderen bin ich sicherer geworden in dem, was ich will; ich habe dort für mich mein Konzept für meine Rolle als Ärztin bekommen, dort hat ein Großteil meiner „Sozialisation“ zum Arzt stattgefunden. Nachdem ich an vielen Beispielen von Ärzten gesehen habe, wie ich es nicht machen will, habe ich in den Anamnesegruppen diskutieren, sehen und ausprobieren können, wie ich mich verhalten könnte.

Ich habe meine Grenzen kennengelernt, erfahren, daß jeder anders umgeht mit Patienten aufgrund seiner Persönlichkeit. Ich lerne, meine Fähigkeiten und Unfähigkeiten zu erkennen, zu akzeptieren und befriedigend einzusetzen. Ich lerne, meine Gefühle wahrzunehmen und zu artikulieren und, v. a., mit negativen Gefühlen umzugehen, statt sie zu negieren.

### 9.8.

Ich gehe in ein Zimmer, um nachzusehen, ob Frau Z. von der Bestrahlung zurück ist, um ihr ihre Infusion anlegen zu können. Sie ist nicht da. Ich wende mich an Frau K., eine alte Frau mit Mammakarzinom, die klein und abgemagert in ihrem Bett liegt. Ich frage, wie es ihr geht. Sie beklagt, daß sie diesen Pilz im Mund habe, und eine Schwester habe ihr gesagt, wenn der weiter nach unten wachse, könne sie nicht mehr schlucken. Ich beruhige sie, sage, daß er ja behandelt werde, erkläre ihr, wie er entstehen konnte in ihrem geschwächten Körper.

Sie bittet darum, heute die Infusion wieder von mir zu bekommen; gestern habe es gar nicht weh getan. Ich beschwichtige sie erst einmal, erzähle ihr von den Schmerzpunkten, die man manchmal trifft oder eben nicht, weshalb es dann nicht wehtut. Sie hat schlechte Venen. Gestern war das eher ein Glückstreffer, und ich fürchte, sie zu enttäuschen, wenn es heute nicht gut klappt. Trotzdem verspreche ich, es zu versuchen, falls mir kein anderer zuvorkomme. Den schicke sie weg, sagt sie.

Außerdem wolle sie die Infusion erst am Nachmittag, wenn ihre Tochter dagewesen sei. Ich sage später den Schwestern Bescheid. Nun erzählt sie von der Tochter, die aus Köln komme und sie nur während der Mittagspause besuchen könne. Die Tochter habe nur sie und ihren Mann. Sie wolle noch nicht sterben. Sie dürfe noch nicht sterben, sie müsse noch da sein für das Kind.

Sie erinnert mich an meine Oma. Als sie im Sterben lag, schon nicht mehr bei Bewußtsein, konnte ich nicht ihre Hand nehmen. Es waren zu viele Leute im Raum. Ich wollte sie nehmen, war wie gelähmt, konnte es nicht, konnte nicht zu ihr sprechen.

Jetzt setze ich mich auf Frau K.s Bett, nehme ihre Hand, streichle sie, sage, daß wir alle einmal sterben müssen, irgendwann, daß keiner sterben will. Sie spricht von ihrem Mann, mit dem sie seit achtundfünfzig Jahre zusammen lebe, dem es auch nicht so gut gehe, der nervlich sehr belastet sei. Daß sie sich wünsche, diesen letzten Weg auch mit ihm gemeinsam gehen zu können. Es müsse so eingerichtet sein, daß man nach so langer Zeit zusammen sterben dürfe. Ich sage, es sei ja oft auch so, erzähle von meiner Oma, die am Tag der Beerdigung meines Opas gestorben sei, so als habe sie ihre Lebensaufgabe verloren durch seinen Tod.

Sie sagt noch einmal, daß sie jetzt nicht sterben will. Was soll ich antworten? Ich halte nur ihre Hand, und sie streichelt mit ihrer anderen darüber.

Als ich am Nachmittag komme, um die Infusion anzulegen, war es schon gemacht. Die Stationsärztin ist dagewesen. Ganz glücklich scheint Frau K. darüber nicht. Aber die Ärztin konnte sie nicht wegschicken.

Ihre Tochter ist nicht dagewesen. Sie konnte nicht kommen. Ich sage, daß ich erst am Montag wiederkomme, und sie wünscht mir viel Sonne am Wochenende.

Ich habe den persönlichen Zugang zur Patientin durch ihre Venen gefunden.

Aber wie gehe ich um mit ihrer Angst vor dem Sterben? Es geht ihr nicht gut. Soll ich ihr Hoffnung machen? Oder ihr nur einfach ihre Hoffnung lassen? Reicht es aus, nur da



zu sein, mich zu ihr zu setzen, ihre Hand zu halten? Was braucht sie mehr? Was kann ich noch tun?

Ich fühle mich sehr hilflos. Vielleicht habe ich weniger Hoffnung als die Patientin selbst. Ich denke, ich kann ihr nicht mehr geben als meine streichelnde Hand.

### 12.8.

Heute bei der Visite habe ich Herrn B. gefragt, wie das Wochenende war. Anstrengend, aber schön. Und ich solle wieder zu ihm kommen. Ich konnte es ihm für heute nicht versprechen, aber dann habe ich doch eine gute Stunde Zeit für ihn gehabt. Wir redeten über dies und jenes, unterbrochen von einem Telefonanruf. Ich spürte, daß ihn etwas belastete, aber er sprach zunächst nicht darüber, und ich fragte nicht.

Er zeigte mir ein Fotoalbum mit Bildern einer seiner Reisen nach Alaska. Auf einigen Aufnahmen war eine junge Frau zu sehen, auf einem nackt beim Baden. Ich tat so, als sei das nichts Besonderes, aber peinlich berührt hat es mich doch. Ihn hätte ich auf den Bildern kaum erkannt, mit Bart und dichten, langen, dunklen Haaren, wie ein Abenteurer aus einem Buch von Karl May.

Auf einmal sprach er von seinen Schwierigkeiten, nicht mehr alles zu können. Während der ersten Therapie z. B. sei er noch rumspaziert, sei auf der Allee mit einer jungen Frau, einer Studentin, ins Gespräch gekommen, so wie wir jetzt. Da sei ihm plötzlich klar geworden, daß nicht mehr alles so gehe wegen seinem fortgeschrittenen Alter und der Krankheit. Er könne eben keine junge Frau mehr verführen und auf hohe Berge steigen, wobei er weiteres mehr vermisse.

Ich bin auch eine junge Frau. Eine gewisse erotische Spannung ist jetzt nicht mehr zu verleugnen. Immerhin ist er zwar ein kranker, aber interessanter und charmanter Mann. Er fragt, ob ich irgendwie gebunden sei. Als ich sagte, daß das sehr schwierig zu beantworten ist, meint er sofort, ich müsse nicht darüber reden. Er hat mir so viel von sich preisgegeben, so daß ich ihm kurz berichte von meinem Auszug aus unserer gemeinsamen Wohnung vor ein paar Wochen; die Probleme, die für mich dabei im Vordergrund standen, deute ich allerdings nur an. Er fragt, ob das nicht sehr beeinflusse. Natürlich hat es mich beeinflußt; ich erwähnte schon, daß ich eine Zeit lang Schwierigkeiten mit dem Eingehen auf Patienten hatte, weil ich mit mir selber nicht zurechtkam; nur langsam finde ich den Zugang wieder.

Er erzählt von seiner Frau, die sehr angepaßt sei, nicht anecken wolle, der wegen der gesellschaftlichen Normen eine Scheidung schwer fallen werde. Erst müßten die Kinder groß sein, dann die Mutter tot. Heute müsse er der Schwiegermutter zum Geburtstag gratulieren, obwohl ihm gar nichts an ihr liege. Ein Stück weit kann ich seine Frau verstehen; sie erhält Zuwendung und Anerkennung dadurch, daß sie sich an die gesellschaftlichen Spielregeln hält. Das fürchtet sie zu verlieren. Aber vielleicht sind die Reaktionen gar nicht so schlimm, wie sie glaubt, vielleicht gibt es andere Gründe für ihre Angst vor einer Scheidung. Ich habe selbst Verständnis oder zumindest Akzeptanz erfahren, als ich Angst hatte vor Unverständnis und Mißbilligung durch mein „soziales Umfeld“. Die Angst kam zum Teil aus mir; ich habe sie nur nach außen projiziert.

Wir sprechen darüber, daß man durch eine so bedrohende Krankheit bewußter leben lernt, offener seine Gefühle ausdrückt. Er sagt, daß er jetzt auch mal seine Freunde in den Arm nehmen könne, was er früher als unter Männern unüblich nicht getan habe. Ich

bedauere, daß wir nicht ungezwungener mit unseren Mitmenschen umgehen können. Immerhin sind auch die Gesunden ständig bedroht durch den Straßenverkehr, auch durch Krankheiten; das Leben würde leichter durch mehr Offenheit.

Mir fällt auf, daß Pausen in unseren Gesprächen schwer zu ertragen sind. Ich kann nicht einfach seine Hand nehmen. Unser Verhältnis ist nicht einfach eine Arzt-Student-Patient-Beziehung, sie wird mehr und mehr zu einer Frau-Mann-Beziehung. Das verwirrt mich, macht es mir schwer, unbefangen zu ihm zu gehen.

Kurz vor drei Uhr verabschiedete ich mich, weil ich noch in den Strahlenkeller will. Ich sage, daß ich wiederkomme. Er drückt mir die Hand. Es ist mir, als laufe ich weg.

Ich muß mir unbedingt seine Unterlagen ansehen; ich weiß wenig über seinen gesundheitlichen Zustand. Am Wochenende hatte er Angst vor einer Verschlechterung, weil er etwas spürte wie eine Grippe, wie zu Beginn seiner Erkrankung. Er werde auch ein Jahr in der Klinik bleiben, wenn es helfen würde, sagt er, als ich – traurig – feststellte, daß er Ende der Woche entlassen wird. Die Krankheit ist das Zentrale. Er bedauerte, sich am Wochenende zu Hause nicht genug im Griff gehabt und sich vollgegessen zu haben. Es scheint ihm besonders wichtig, sich bestimmen zu können – wohl gerade, weil er sich sehr von der Krankheit bestimmt fühlt.

Wie ist es für die anderen Patienten, wenn ich Herrn B. besuche? Ich kann mich nicht mit allen so intensiv beschäftigen. Mit ihnen komme ich schlecht in ein Gespräch. Sie sind verschlossener; oder wollen sie nicht nur das Bißchen, was ihnen neben Herrn B. übrigbleibt?

### 13.8.

Ich ging zu Herrn B. Ein wenig Überwindung kostete es mich. Aber bald wird er entlassen.

Zunächst unterhielt ich mich noch mit Herrn K. und Herrn W. Inzwischen hatte Herr B. Besuch bekommen, jemand, der ihn so kahl kaum erkannte. Als ich wieder ging, fragte er, ob ich ihn besuchen wollte. Ich bejahte, meinte, nun habe er ja Besuch, ich werde morgen wiederkommen. Der Besucher glaubte zu stören. Aber nach anfänglich etwas enttäuschem Gesicht tröstete sich Herr B. damit, daß ich immer in der Klinik sei, und wendet sich seinem Besucher zu. Ein bißchen stolz scheint er vor dem Mann, daß ich – als junge „Ärztin“ – zu ihm wollte. Ich sage Tschüß, gehe und bin gar nicht soo traurig, daß es nicht geklappt hat. Ein Tag mehr zum Nachdenken und Verdauen dessen, was gestern geschah.

Er dachte wohl erst, ich könne später wiederkommen, hatte sich schon auf ein Gespräch eingerichtet, sein Buch beiseite gelegt, gewartet, bis ich mit den anderen fertig bin, als sein Besuch kam. Aber so verfügbar bin ich nicht für ihn. (Der Satz macht mich nachdenklich. Fühle ich mich nicht als Frau zurückgesetzt hinter den Freund und will ihm nun zeigen, daß er so nicht mit mir umspringen kann? Müßte ich als „Arzt“ so reagieren?) Sicher, ich hätte noch für eine Stunde zum CT gehen können und danach wieder zu ihm. Ich wollte aber nicht, bin nach Hause gegangen. Vielleicht war ich froh, daß es nicht ging.

Die Spannung wird größer. Ich wollte zu ihm, er ist gefragt, mit ihm kann ich reden, mit den anderen nicht. Er lag im Bett wie ein Pascha, der seiner ihm gebührenden Huldigung wartet, und genoß es offensichtlich, so begehrt zu sein.

Wie kommen wir wieder auf die Ebene einer Arzt-(Student-)Patient-Beziehung zurück? Will ich das überhaupt? Oder gefällt mir das Spiel etwa, das Gefühl, eine für ihn begehrens-werte Frau zu sein?

Ich habe seine Akte gelesen. Vielleicht fiel es mir auch deshalb schwer, zu ihm zu gehen. Es wurde bei ihm eine Pneumonektomie geplant, die aber als Probethorakotomie beendet wurde, weil sich der Tumor ( $T_3N_2M_0$ ) intraoperativ als inoperabel herausstellte. Seine Prognose ist schlechter, als ich dachte.

Es ist für mich schwer zu glauben, daß dieser kräftige Mann todkrank ist. Verdränge ich es, weil ich ihn gerne mag? Will ich es nicht wahrhaben? Habe ich Angst, ihn zu verlieren, bevor unsere Beziehung intensiver und offener ist?

Ich kann mir vorstellen, daß er – vielleicht sogar bald – stirbt, nur wünsche ich mir, ihn bis dahin zu begleiten. Es klingt widersprüchlich, daß ich mir einerseits seinen Tod vorstellen kann, andererseits seine Krankheit nicht wahrhaben will. Vielleicht, weil ich ihm wünsche, noch genug Kraft zu haben, seine Konflikte mit seiner Frau lösen zu können, eine junge Frau verführen zu können und einen Berg zu besteigen, um in dem Bewußtsein eines Lebens zu sterben, in dem er das tat, was er wollte. Es muß nicht einmal die reale Durchführung sein, es kann reichen, Früheres aus seiner jetzigen Sicht wiederzuerleben oder das Leben mit seiner Frau, auch wenn es nicht das war, was er sich erträumt hat, so zu akzeptieren, wie es war, ohne noch etwas Neues ausprobieren zu müssen.

Dann wird es immer noch hart sein für ihn, vom Leben Abschied zu nehmen, aber, ich glaube, er könnte es akzeptieren – zähneknirschend – und ruhig sterben, sogar noch das Sterben als letztes großes Abenteuer erleben.

Er lebt. Sind nicht die junge Frau und der Berg einfach Zeichen für ihn, daß er lebt? Er will es spüren, hautnah, im Schweiß seines Angesichts. Bedeutet die Krankheit nicht ein heimliches, schleichendes Sterben?

Fordert er deshalb heraus, mich als Frau zu betrachten, weniger als „Ärztin“, braucht er es? Dann hat es nichts mit mir persönlich zu tun. Dann erfülle ich ihm nur ein Bedürfnis. Dann kann ich unbefangen zu ihm gehen. Oder kränkt es mich, so „unpersönlich“ behandelt zu werden?

Ich schreibe diesen Bericht wie ein Tagebuch. Mit all den Fragen, die ich mir stelle, all den Gefühlen, die es in mir auslöste. Daß ich die Gefühle wahrnehmen kann, danach frage, woher sie kommen, wie sie entstehen, wessen Anteile darin sind, meine und die des Patienten, daß ich versuche, zu verstehen, bevor ich urteile, versuche, damit umzugehen ohne wegzulaufen (was ich oft gerne täte und tue), und daß ich in der Sicherheit handle, daß ich an etwas arbeiten kann und nicht sofort verzweifeln muß; all das habe ich in den Anamnesegruppen erfahren.

Den ersten Schritt auf Herrn B. zu nach seinem so deutlichen Appell hätte ich vermutlich nicht gemacht aus Angst vor Ablehnung. In den Anamnesegruppen aber habe ich gelernt, daß solche Appelle ehrlich sind und daß die Gefahr, abgelehnt zu werden mit einem Gesprächsangebot, gering und unwichtig ist gegenüber der, wirkliche Bedürfnisse eines Patienten zu übersehen.

Wäre ich so bald wieder zu ihm gegangen, wenn ich nicht in den Anamnesegruppen erfahren hätte, wie wichtig und nachhaltig für das gesamte Vertrauen zu Ärzten es für den Patienten ist, Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit zu spüren? Nach einer Woche, einer ewig langen Krankenhauswoche wäre seine Enttäuschung vielleicht schon zu groß gewesen, oder unser Gespräch wäre oberflächlich abgeglitten.

Auch daß ich ihm von mir erzählt habe. Früher habe ich gedacht, meine Probleme seien einfach zu wenig, um sie einem todkranken Patienten mitzuteilen. Aber auch wenn sie

kleiner sind, es macht unsere Beziehung gleichrangig. Dadurch wird sie nicht einfacher, aber offener. Vielleicht ist mein Angebot leichter anzunehmen, weil er nicht das Gefühl haben muß, nur zu bekommen. Eigentlich gebe ich damit ehrlich zu, daß mir die Beziehung auch etwas bedeutet und ich auch davon profitiere.

Und jetzt, da es mir schwierig erscheint, in meinem Konflikt zwischen „Ärztin (Studentin)“ und Frau, will ich nicht weglaufen, sondern versuchen, ihn zu bearbeiten, unsere Beziehung nicht zu beenden, sondern damit weiterzukommen.

Vielleicht sollte ich mit Herrn B. darüber sprechen, was es für mich bedeutet, daß ich mich betroffen fühle, wenn er von jungen Frauen spricht, die er nicht mehr verführen zu können glaubt.

Jetzt wünsche ich mir dringst eine Balint-Gruppe. Leider habe ich keine, und meine Supervisionsgruppe ist in Ferien.

#### 14.8.

Heute, als ich zu Herrn B. kam, war er gerade im Begriff, mit einer jungen, sehr attraktiven Frau hinauszugehen. Er fragte – geradezu triumphierend –, ob ich zu ihm wolle. (Am Morgen hatte ich im Zimmer eine Anamnese gemacht und ihn kaum beachtet.) Ich antwortete, er habe ja schon Besuch. Ja, er müsse jetzt Kaffee trinken gehen. Die Frau sagte, ich könne mich ja derweil in seinem Bett ausruhen. Es sollte wohl ein netter Scherz sein, aber es klang wie eine Gemeinheit. Herr B. stellte auch so etwas fest wie, daß Frauen immer gehässig oder so (wörtlich weiß ich es nicht mehr) zueinander seien. Die Frau meinte, es sei doch nett gemeint gewesen.

Ich fühle mich total überfahren, habe nur noch sprachlos dagestanden.

Ich war verärgert, fühlte mich benutzt, zu einer Rivalin gemacht, die ich weder war noch sein will.

Ein bißchen enttäuscht war ich auch, nicht mit ihm reden zu können, weil ich ohne ein Gespräch keine Chance sehe, unsere Beziehung zu klären. Warum macht er mich einfach so zu einer Frau, dann auch noch zu einer eifersüchtigen. Dadurch gewinnt er die Oberhand. Vielleicht hat er mir zu viel erzählt und will es wieder „wettmachen“. Ich bin eben keine Ärztin, nur Praktikantin, damit auch nur Frau? Ich will zurück zu meiner Rolle als Famulantin. Er ist mein Patient. Die Spannung will ich einfach mal beiseite schieben und sehen, was dann geschieht.

Ich will nicht mit dem Casanova Herrn B. sprechen, den will ich vergessen, sondern mit dem Patienten Herrn B. Wenn er das zuläßt. Er spürt, glaube ich, etwas davon. Und ich halte es für möglich, daß er sich entzieht.

#### 16.8.

Gestern war ich wieder im Männerzimmer. Zuerst unterhielt ich mich mit Herrn B. Ich fragte ihn, was er zu Hause machen werde. Er sagte, zwar wolle er sich lieber ausruhen, aber die Sache mit dem Hof müsse geregelt werden. Er und seine Frau müßten nochmal mit dem ältesten Sohn reden, ob er nicht doch übernehmen wolle. Nach der Schule schon habe er ihm angeboten, sich selbständig zu machen, mit einem Rechtsanwalt und einem Chemiker zusammen eine Beratungsstelle für Umweltschutzfragen aufzumachen. Doch der Sohn habe studieren wollen. Jetzt sei er gerade in Portugal gewesen, haben den Duft der großen weiten Welt gerochen. Daß er nun „in den Hafen einlaufen“ wolle, sei eher

unwahrscheinlich. Und dann müsse der Hof auch irgendwann zwei Familien ernähren; das sei problematisch. Er sprach auch noch einmal von seinem Konflikt zwischen Freiheitsdrang und Sicherheit in der Familie.

Ich habe das Gefühl, daß die Notwendigkeit, bestimmte Angelegenheiten zu regeln, wie z. B. die Hoffolge, und auch das momentane Unvermögen, seinem Freiheitsdrang zu fröhnen, Herrn B. seiner Familie, insbesondere seiner Frau, näherbringen könnten.

Vielleicht kann er doch etwas zur Ruhe kommen, ohne seine „Abenteuerreisen“ zu sehr zu vermissen, ohne sie ganz aufgeben zu müssen.

Herr B. wird jetzt übers Wochenende nach Hause gehen und – abhängig von seinem Blutbild – am Montag entlassen. In zwei Wochen wird er zum dritten Therapiestoß wiederkommen. Vielleicht sehe ich ihn dann nochmal.

### 28.8.

Ich fürchte, meine Beziehung zu Herrn B. war sehr von dem Bestreben geprägt, eine gute Beziehung aufzubauen. Ich habe mich blind darein verrannt und statt einer gleichgestellten Beziehung war er mir überlegen. Ich bin von der angehenden Ärztin über die Praktikantin zum kleinen Mädchen geworden; er vom todkranken Patienten über den problembeladenen Menschen zum potenten älteren (erfahrenen) Mann.

Wahrscheinlich habe ich zu wenig Distanz zu ihm gewahrt, und die angstmachende Nähe machte es notwendig, daß unser Verhältnis oberflächlicher, unsere Gespräche allgemeiner wurden, weniger auf seine Probleme zentriert – vielleicht, weil ich als Frau und junger gesunder Mensch Verkörperung seines Problems war: Meine Neutralität ging verloren.

Ich hoffe, daß ich Herrn B. wiedersehe und bin gespannt, wie unsere Beziehung dann sein wird.

Es wird mir in dieser Famulatur besonders deutlich, wie schwer es ist, psycho-somatische Medizin zu verwirklichen. Neben den eigenen Schwierigkeiten stehen auch noch die Ablehnung durch Ärzte und Patienten.

Zum ersten Mal habe ich mich dazu durchgerungen, Patienten auch rektal zu untersuchen. Ich erklärte ihnen jedesmal, daß es zwar eine unangenehme, aber sehr aussagekräftige Untersuchung sei, die zu einer Ganzkörperuntersuchung genauso dazugehöre wie das Abhören von Lunge und Herz. Die Patienten, alle männlich, tolerierten meine Erklärung, erst eine Frau lehnte die Untersuchung ab.

Dann sagte mir meine Famulaturärztin, das sei hier nicht üblich, ich „brauche“ das nicht zu machen.

Ich lasse es nun, werde also später als Ärztin meine Autorität einsetzen, um auch eine solche Untersuchung durchführen zu „dürfen“, oder ich werde resignierend aufgeben und es nicht tun, weil es nicht „üblich“ ist.

Ich kam mir unanständig und ertappt dabei vor, als man mir zu verstehen gab, ich solle nicht rektal untersuchen. Meine Hemmung und mein Schamgefühl hatten mich hinterrücks wieder eingeholt. Ich hatte das Gefühl, als unterstelle man mir heimlich einen Lustgewinn bei der Untersuchung, eine Befriedigung perverser Gelüste. Also habe ich beschämt aufgehört damit, statt meine Handlungsweise zu verteidigen, und mir vorgenommen, es später nicht zu vergessen.

Was ist an dem dran, was in den Büchern steht, was theoretisch immer gelehrt wird? Eine gründliche Untersuchung, den Patienten ganz ausziehen lassen, ganz betrachten, alles untersuchen, selbst die äußeren Geschlechtsteile. In praxi ist bei der Unterhose Schluß. Selbst wenn nicht nur das sogenannte Kassendreieck untersucht wird, ein anderes Dreieck bleibt peinlichst verdeckt. Warum untersuche ich Herz, Lunge, Leber? Mit welcher Begründung mache ich das, wenn die gleiche Begründung nicht für den restlichen Körper gelten soll?

Nun können einige sagen, eine solch heikle Untersuchung solle dem Arzt vorbehalten bleiben und nicht vom Famulanten durchgeführt werden. Richtig, aber erstens tut es der Arzt auch nicht, und zweitens ist mir die Aufgabe von Untersuchung und Anamnese übertragen, und warum soll ich sie nicht vollständig ausführen? Später wird immerhin von mir erwartet, daß ich es kann und Pathologisches von Gesundem zu unterscheiden weiß.

Ich glaube nicht, daß sich das Problem auf ein famulantenspezifisches reduzieren läßt. Bestimmte Körperteile werden nur untersucht, wenn etwas vorliegt. In einer Spezialklinik wie dieser verläßt man sich darauf, daß zuvor schon jemand anders, z. B. der Hausarzt, gründlich untersucht hat. Der wiederum glaubt daran, sein Patient werde in der Klinik richtig durchgecheckt. Letztlich wird es erst getan, wenn der Patient bereits Beschwerden hat oder an eine(n) Arzt(in) gerät, die (der) von ihren (seinen) Kollegen wegen ihrer (seiner) Gründlichkeit belächelt wird.

## 8.9.

Als ich am Montag in die Klinik kam, war Herr B. wieder da. Ich ging zum Blutabnehmen zu ihm. Es war die erste „ärztliche“ Tätigkeit, die ich an ihm durchführte. Er stank wahnsinnig nach Bauernhof, hatte Stoppeln auf dem Kopf und im Gesicht. Er sah unzufrieden, finster und unheimlich aus. Es gehe ihm nicht so gut, von zu Hause sprach er nicht.

Ich wollte Herrn B. aufnehmen. Als ich ihn kennenlernte, war er Patient meiner Ärztin; jetzt „gehörte“ er dem aus dem Urlaub zurückgekehrten Stationsarzt. Und der wollte, daß „sein“ Famulant ihn aufnehme, weil er Herrn B. kenne und so des anderen Famulanten Anamnese besser beurteilen könne. Erst nach mehrmaligem Nachhaken konnte ich ihm verständlich machen, daß ich mich für Herrn B. interessiere, gerade, weil ich ihn schon von seinem letzten Aufenthalt her kenne.

Mir fehlte jeglicher Austausch über Herrn B., weil meine Famulaturärztin nicht für ihn zuständig war und mich überhaupt sehr selbständig und mir überlassen arbeiten ließ. Meine Auseinandersetzungen mit „seinem“ Arzt gingen meist nur über die Länge meiner Anamnesen. Ich hatte niemanden, mit dem ich über Herrn B. sprechen konnte.

Am Mittwoch ging ich wieder zu Herrn B. An der Tür wollte ich umkehren, dann trat ich doch ein. Es ergab sich ein kurzes Gespräch; zum Schluß erzählte er, daß er abends abgeholt werde, um den Film von der Alaskareise zu sehen. Als ich schon im Hinausgehen war, meinte er, ich könne ja mitkommen; aber eine Frau Doktor dürfe man nicht einladen. Ich sagte, fast draußen, „warum eigentlich nicht?“ und verließ das Zimmer. Die Frage bleibt für mich bis heute stehen. Danach habe ich Herrn B. nicht mehr gesehen.

Unsere Beziehung ist unklar geblieben.

Der Versuch, eine gute Beziehung aufzubauen, ist gescheitert. Ich habe mich total verannt. Ich zögere noch, diesen „Fall“ als Arbeit einzureichen, und überlege, die Begegnung mit einem anderen Patienten, z. B. Frau K., einfacher, klarer, vorzustellen.

Sozusagen öffentlich zuzugeben, daß ich gescheitert bin in bezug auf meine Beziehung zu Herrn B., daß ich weder meinen Ärger noch meine Unsicherheit ihm gegenüber überwinden konnte, davor schrecke ich zurück. Aber es ist wie in den Anamnese- und Balint-Gruppen der erste Schritt zum Erkennen meines Unvermögens, zu seiner Bearbeitung und letztlich seiner Überwindung.

Meine Grenze, wie weit ich selbst in eine Beziehung zu einem Patienten gehen kann, habe ich überschritten. Meine Erwartungen in meine Beziehung zu Herrn B. waren zu groß, zu intensiv. Das konnte ich selber nicht leisten, deshalb habe ich mich vor dem Viehgestank zurückgezogen, hinter einer Spritze versteckt. Das hat ihn überfordert, er konnte mich nur als kleines Mädchen ertragen, als Frau Doktor glaubte er, mich nicht einladen zu können zu dem, was ihm wichtig war. Wollte er mich provozieren und verunsichern, das Mädchen wiedergewinnen?

Ich hoffe, aus dieser Begebenheit gelernt zu haben. Daß ich nicht mehr versprechen darf, als ich geben kann. Was ich geben kann, lerne ich erst langsam. Oft ist es weniger, oft mehr, als ich mir zutraue. Und die Patienten geben viel; auch annehmen ist nicht leicht, für sie wie für mich.

Hiermit möchte ich meinen Bericht schließen. Für mich hat er nicht nur Bedeutung als Preisarbeit, sondern auch als Resümee dessen, was ich in Anamnese- und Supervisions-Gruppen gelernt habe. Gleichzeitig ist er Bestandaufnahme, Bewußtmachen und Herstellen eines Realitätsbezuges geworden.

Ich brauche sicher andere, die mich bestärken, mir Rückendeckung geben, mit denen zusammen ich an mir arbeiten kann. Ich wünsche mir und ich brauche eine Balint-Gruppe. Vielleicht werde ich schon im PJ Gelegenheit haben, an einer teilzunehmen.

Außerdem nehme ich jetzt an einer Selbsterfahrungs- und Gestalttherapiegruppe teil. Die und die Anamnesegruppen haben mich langsam und sanft dahin geführt, mehr über mich erfahren zu wollen, und mir über die themenzentrierte Selbsterfahrung den Zugang zu mir eröffnet. Sie hat mir nahegebracht, daß vieles in meiner Beziehung zu Patienten und anderen Menschen nur aus mir kommt und die Beziehungen bereichern, stören oder unmöglich machen kann. Das möchte ich kennenlernen, um meine Anteile klarer sehen und bewußter einbringen zu können.

All das erleichtert mir, offen und ehrlich mit mir in die Selbsterfahrung zu gehen, auch um das aufzuarbeiten, was in den themenzentrierten Anamnese- und Balint-Gruppen angeschnitten wird. Balint-Gruppen bedeuten also für mich auch – neben der thematischen Arbeit –, konkrete Anstöße zu erhalten, an mir zu arbeiten.

# Balint-Methode in Zagreb oder Reisschokolade

Z. Abramovic, Zagreb, Kroatien

Ich schreibe diese Arbeit in voller Verantwortlichkeit für den von mir gewählten Beruf und mit dem besonderen Bewußtsein, daß das Verständnis der psychologischen Seite des Patienten und das besondere Verhalten ihm gegenüber einen wesentlichen Teil der Ausbildung des Arztes und des Studenten bedeutet.

Ich bin meinen Kollegen sehr dankbar und besonders Herrn Prof. Muradif Kulenovic, der unsere Balint-Gruppe leitete. Auch den Menschen möchte ich danken, von denen ich hörte und deren Bücher ich las: Michael Balint, Philip Hopkins, Jack Norell, Boris Luban-Plozza.

Prof. Boris Luban-Plozzas Arbeit hat einen so großen Eindruck auf mich gemacht, daß ich in Identifikation mit seinen Anstrengungen hier meinen Beitrag gebe in der Hoffnung, daß wir alle zusammen fortfahren, Balints Ideen in ihrem vollen Reichtum zu verbreiten.

Es ist morgens 6 Uhr 45 im Medical Centre „Rebro“ in Zagreb. Es ist ein großes Krankenhaus. Könnte man sagen, daß solche Orte angefüllt sind mit Leiden, Schmerzen, Verzweiflung und Tod? Oder sollte man sagen, sie sind voll von Überlebenskampf, Beharrlichkeit und Hoffnung? Was würde Balint sagen? Was ist die Wahrheit? Was ist die Wahrheit für den Patienten – und was für mich? Ein Gesunder und ein Kranker sind nicht auf die gleiche Weise von einem Krankenhaus betroffen – während ich dies alles im Sinne habe, ist es mir wirklich möglich, meine Patienten ganz und tief genug zu verstehen. Balint war ein Optimist, und ich bin es auch. Ich weiß und fühle, daß ich ihnen helfen kann.

Ich gehe den leeren Flur entlang Kardiologie, Endokrinologie und Hämatologie. Es ist eine geschlossene Abteilung. An der Tür steht es mit scheußlichen, schwarzen Buchstaben. Ich betrete den Arzttraum. Heute bin ich die erste. Die Schwester gibt mir Maske und Kappe. Ich nehme den Blutdruckapparat und gehe dann zu „meinem“ Zimmer. Es ist Nummer sieben. In meiner Heimat sagt man, das sei eine Glückszahl. Stimmt das?

Es ist ein Dreibettzimmer und jetzt voll belegt. Eine neue Patientin kam gestern. Sie schläft noch. Ich lese ihre Patientenkarte. Mary C., ein 14jähriges Mädchen. Temperatur, Blutdruck, Puls. Ich werde diese Angaben vervollständigen. Aber „wer ist sie wirklich?“ frage ich mich. Sie wacht auf. Meinem Gruß antwortet sie mit schwacher, erschöpfter Stimme. Ihr Blick ist voller Erwartung. Was erwartet sie von mir, einer Medizinstudentin, einer zukünftigen Ärztin und letztlich einem menschlichen Wesen? Ich lächle sie an, aber sie kann es nicht sehen, weil mein Gesicht mit Maske und Kappe bedeckt ist. Sie kann nur meine Augen sehen. Augen! Man sagt, daß Augen auch lächeln können. Ich muß es versuchen. Ich habe Erfolg, ich habe Erfolg, sie lächelt auch, Gott sei Dank!



Wie ich es mit jedem Patienten in „meinem“ Zimmer mache, erkläre ich ihr, daß ich noch Medizinstudentin bin und daß ich zusammen mit einem spezialisierten Arzt die Patienten in Zimmer sieben betreue. Ich nehme die Anamnese auf und mache die körperliche Untersuchung selbst. Alles wird später durch einen Arzt kontrolliert. Meine Aufgabe ist es, das diagnostische und therapeutische Vorgehen zu beobachten und möglichst viel über die Krankheiten meiner Patienten zu erfahren, entweder aus Büchern oder durch andere Ärzte. Ich messe Blutdruck, Puls und Temperatur. Es ist halb acht. Ich muß zu meiner Vorlesung eilen, bin spät dran.

Morgens habe ich nur Zeit, Blutdruck, Puls und Temperatur zu messen, und nur ein paar Minuten, um meine Patienten aufzumuntern. Aber was ist, wenn der Patient grade erst gekommen ist, was, wenn er mit mir sprechen möchte? Was soll ich ihm dann sagen? . . . Daß ich Vorlesung um halb acht habe und daß „ihre Zeit“ herum ist? Ihm sagen, daß ich mehr über Krankheiten lernen werde? Aber was ist die Wirklichkeit, Krankheiten oder kranke Menschen? Wo können wir etwas über kranke Menschen lernen?

Ich kehre zur Station zurück. Nach dem Gespräch mit „meinem“ Arzt erfahre ich, daß Mary sehr krank ist. Wir betrachten ihren Blutbefund: Anämie, Trombozytopenie, unreife Zellen und eine ansteigende Zahl von Leukozyten in ihrem Blut. Der Arzt vermutet eine akute Leukämie. Sie muß wahrscheinlich heute punktiert werden . . .

Tür für Tür mit Zahlen darauf und menschlichen Schicksalen dahinter. Zimmer sieben! Stimmt es, daß es eine Glückszahl ist??

Als ich das Zimmer betrete, ist Mary blaß, und sie erscheint geängstigt, einsam und entmutigt.

Wie kann ich ihr ein Gefühl der Sicherheit geben, Zuversicht und Selbstvertrauen, wenn ich selbst nicht sicher bin? Als Studentin muß ich nicht alles über Krankheiten wissen, mein Zugang mag falsch sein, meine Arztkollegen werden es mir nachsehen, aber sie, wird sie es mir vergeben?

Versteht sie den Unterschied zwischen mir und dem Arzt im weißen Kittel? Wie soll ich mich ihr nähern, als Mutter – als ältere Schwester? Als eine Freundin?

In meinen Vorlesungen hat mir niemand etwas darüber erzählt.

Nach der Begrüßung und einem kurzen Gespräch, wie sie sich fühle, ist meine erste Frage, ob sie Brüder oder Schwestern hat . . . Ich würde sicher wegen dieser Art von Anamneseerhebung bei der Prüfung durchfallen . . . Aber ihre einzige Chance war eine Transplantation von Knochenmark von . . . ja, von . . . Sie sagte „Nein“!

Dieses „Nein!“ Hallte es im ganzen Zimmer oder nur in meinen Ohren? Ich sehe sie an, und irgendwie scheint sie zu fühlen, daß ich gerne „Ja!“ hören wollte, da sie mir dann über ihren Wunsch nach Bruder und Schwester erzählt.

Geburtsdatum? 16. Oktober 1975 . . .! Das ist morgen! . . . Ich sage zu ihr: „Also, morgen ist Dein . . . „Ja,“ meint sie, „meine Mutter hat mir sonst immer Reisschokolade zum Geburtstag gekauft, das ist mein Liebstes . . . aber hier . . .“

Ich lasse sie erzählen. Ich weiß, daß das nicht in den Büchern vorgeschrieben ist, sondern die Vorschrift für die Anamnese ist: a) b) c).

Aber was wissen die Bücher über Mary C.? Wissen sie, daß morgen ihr Geburtstag ist? Wissen sie, daß Besuche wegen der Infektionsgefahr verboten sind? Wissen sie, daß sie jetzt keine Reisschokolade zu ihrem Geburtstag bekommen wird?

Ich verspreche ihr, Reisschokolade für sie zu besorgen . . . Aber dann öffnete sich die Tür. Eine Gruppe von zehn Leuten, Ärzte, Studenten und eine Schwester, tritt ein. Es ist Visitenzeit!

Der Doktor ist offiziell und autoritativ. Für einen Augenblick wendet sich Mary zu mir. Unsere Augen begegnen sich.

Sie weiß nicht, daß ihr Schicksal in den Händen dieser Menschen liegt; Ärzte, die Spezialisten sind und sich um sie sorgen, die Stunden über Stunden mit Forschungen verbringen, um ihren Patienten zu helfen. Die ärztlichen Verhaltensanweisungen – z. B. die Maskenpflicht und die Entscheidung, wann sie punktiert werden müsse, sind wahrscheinlich für ihre Gesundheit wichtiger . . . Aber mir scheint, meine paar warmen Worte bedeuten ihr mehr als das Interesse jener Leute, die sie absolut nicht verstehen kann, wie ich es als Studentin im vierten Medizinjahr konnte.

Ich grüße meine Patienten und schließe mich der Visite an.

Von Zimmer zu Zimmer Diagnosen und Therapien. Und was steht hinter diesen blassen und manchmal verzweifelten Gesichtern? Ich weiß es nicht und werde es wahrscheinlich nie herausfinden, weil keine Zeit dafür ist. Es gibt zu viele Verpflichtungen.

Nach der Visite kehre ich in mein Zimmer zurück, wo Mary C. auf mich wartet.

Am nächsten Morgen erzählte mir „mein“ Doktor, daß Mary in das „Isolierzimmer“ zurückverlegt worden ist und daß wir eine neue Patientin in dem Zimmer hätten, bei der ich die Anamnese und die körperliche Untersuchung vornehmen sollte.

War da noch die Reisschokolade in meiner Tasche? Ich nahm sie heraus und bot sie meinen Kollegen an. Das war nichts Besonderes, weil sehr oft jemand Schokolade mitbringt. Aber keiner wußte, was für eine „Art von Schokolade“ das war. Ich konnte nicht essen. Ich dachte an Mary C.

Sie ist nun im Isolierzimmer Nummer fünf. Sie ißt nur sterilisiertes Essen. Ich kann nicht hingehen, um sie zu sehen. Den Studenten ist es einer Regel zufolge nicht erlaubt, das Isolierzimmer zu betreten. Ich bin nicht für sie verantwortlich, weil sie nicht mehr in „meinem“ Zimmer liegt. So sind die Regeln! Jeder Student kümmert sich um die Patienten in „seinem“ Zimmer. Mit wem wird Mary wohl jetzt über ihre Reisschokolade sprechen?

Aber können wir genug Zeit für unsere Patienten haben, wenn wir nicht mal Zeit für andere Lebewesen um uns herum haben? Mary sagte „Nein!“

Da liegt noch ein Stück Schokolade auf dem Tisch. Ich werde es nehmen! . . . Ich kann fühlen, was diese Reisschokolade „bedeutet“! Ob meine Kollegen es auch fühlen?

Gefühle sind ein wichtiger Teil in der Beziehung zu unseren Patienten. Die offizielle Medizin lehrt uns zu wenig. Zuzuhören, Sympathie zu empfinden, zu verstehen und dann den Reichtum der Einsicht anzuwenden, das ist es, was Balint uns lehrt.

Mein Verständnis und meine Sorge um sie machten es Mary möglich, mir ihre Sorgen zu erzählen, und ihre Sorgen wurden meine, aber nicht nur meine, sondern wir beide teilten ihren Kummer.

Während unseres Balint-Gruppen-Treffens habe ich nicht nur gelernt, den Patienten zu verstehen. Nein, noch viel mehr. Ich lernte, all das durchzuhalten, das unvermeidliche Schicksal zu spüren und mehr Wärme und Menschlichkeit zu geben in einer hoffnungslosen Situation wie dieser, in der alles, was ich tun konnte, war, nur ein menschliches Wesen zu sein, das da war und verstand.

# Erfahrungen im Praktikum der Inneren Medizin

K. Borgards, Witten-Herdecke, Deutschland

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

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

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

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

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

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

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

## Konzept einer Patientenorientierten Ausbildung

Das Modell der Universität Witten-Herdecke unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von dem Modell einer herkömmlichen Medizinischen Hochschule. – So ist der 2. Klinische Abschnitt<sup>1</sup> in ein Blocksystem unterteilt, das in den klinischen Fächern auf Vorlesungen fast vollständig verzichtet.

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

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

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

## Stationsalltag

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

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

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

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

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

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

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

## Der erste Patientenkontakt

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

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

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

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

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

## Ein erstes Anamnesegespräch . . .

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich frage mich, warum ich mich so ausgesaugt fühle.

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

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

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

## **Zur Vorgeschichte von Frau D.**

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

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

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

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

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

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

Damit scheint die Vorgehensweise schon festgelegt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## „Geschwisterrivalität“

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gegen Spätnachmittag des 3. Tages verlasse ich die Klinik.

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

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

## **Am folgenden Tag um 17.30 Uhr**

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

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

## **Balint-Gruppe**

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

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

Vieles scheint ein Problem der Abgrenzung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Aussprache mit der Pflegegruppe

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

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

## Die Woche nach Pfingsten

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

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

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

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

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

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

## **Seminarbeit**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Zur weiteren Betreuung von Frau D.

Besonders zu der älteren Patientin entwickelte sich eine gute Vertrauensbeziehung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Analyse und Auswertung der Erfahrungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das folgende Kommunikationsmodell soll dies verdeutlichen:

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

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

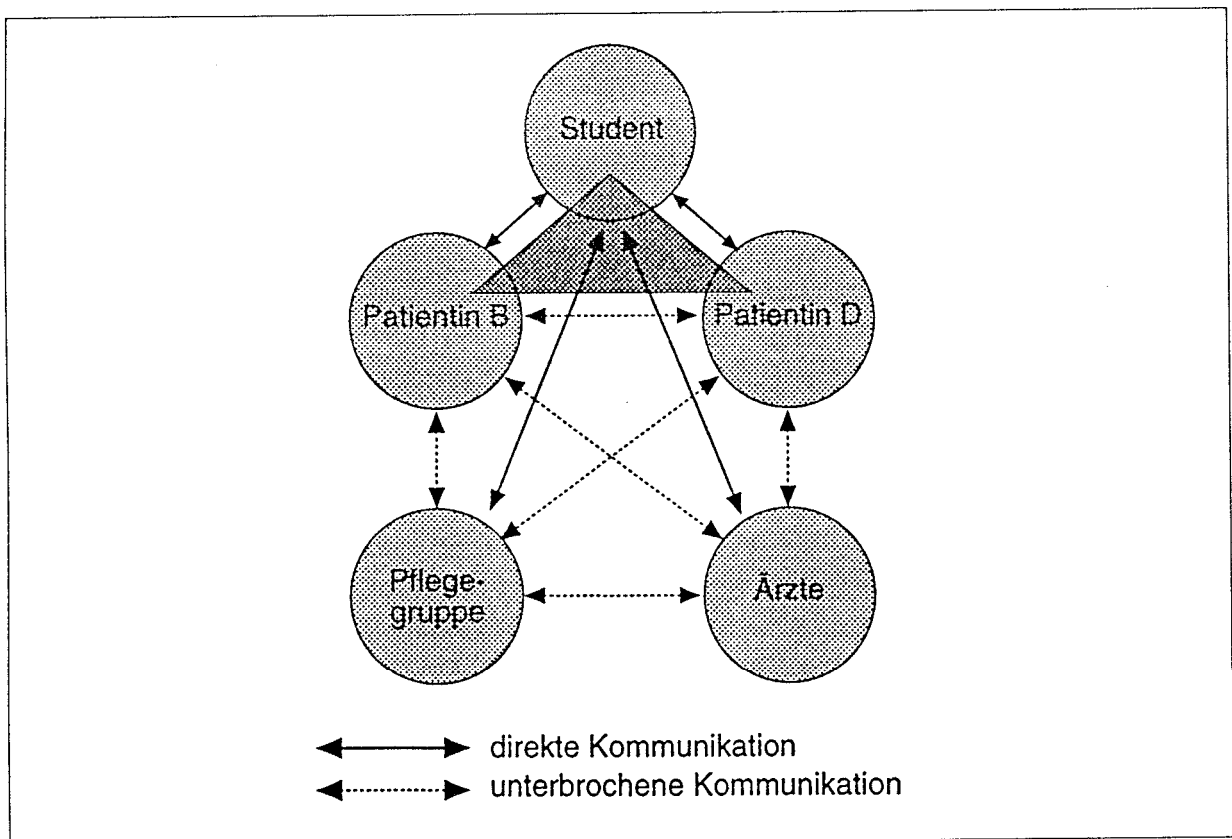


Abb. 1 Kommunikationsmodell.

## Wende durch Umstrukturierung der Beziehungen

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

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



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

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

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

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

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

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

## **Nachwort**

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

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

# Teilnehmende Observation einer Sterbebegleitung

M. Wagner, Utrecht, Niederlande

## Einleitung

Ich bin eine Studentin der Medizin im dritten Jahr in Utrecht. An unserer Fakultät ist es Brauch, daß man im dritten Jahr eine wissenschaftliche Probezeit macht, und weil ich an Sterbebegleitung interessiert bin, wählte ich dieses Thema zu meinem Probezeitgegenstand. Weil dies das erste Mal war, daß dieses Thema gewählt wurde, habe ich selbst Form und Inhalt bestimmen dürfen.

Der Zweck dieser Probezeit war der Versuch, eine Antwort zu finden zu den folgenden Fragen:

1. Wie sind die Wünsche und Erwartungen der Patienten an die Sterbebegleitung und wie handelt man danach im Krankenhaus?
2. Hat dies positiv oder negativ Einfluß auf die Sterbebegleitung und die Verarbeitung des nahenden Sterbens?

Ich hatte die Hoffnung, durch teilnehmende Beobachtung Antwort auf diese Fragen zu bekommen.

Die Probezeit dauerte sechs Wochen und fand auf einer Inneren Abteilung eines Regionskrankenhauses statt, in dem eine Arbeitsgruppe für Sterbebegleitung ist. In der Inneren Abteilung führen Ärzte, Pflegende, Sozialfürsorger und Seelsorger einmal pro Woche Rücksprache über die Patienten. Ich war anwesend bei Anamnese, Untersuchungen, Behandlung, Besuch der Ärzte in den Sälen und Patientenbesprechungen; daneben führte ich Gespräche mit Patienten. Diese Probezeit führte mich auch zum ersten Mal in meinem Studium in ein Krankenhaus, und dort hatte ich also auch meine ersten Kontakte mit Patienten.

Folgender Bericht ist nicht mein offizieller Probezeitbericht, sondern die Beschreibung einer speziellen Erfahrung, die mich sehr beeindruckt hat.

In der dritten Woche meiner Probezeit lernte ich Frau A. kennen.

Ich hatte sie schon beim Ärztebesuch im Zimmer gesehen, aber noch nicht mit ihr gesprochen: sie lag in einem Saal, wo ich nichts zu suchen hatte. Später wurde sie in ein Einzelzimmer verlegt, in dem sie immer am Fenster saß. Nachdem ich lange gezögert hatte und manchmal den Korridor auf und ab gegangen war, bin ich doch endlich in ihr Zimmer gegangen, sagen wir „nur so wegen der Gemütlichkeit“. Ich sage „sagen wir“, weil ich tatsächlich mit großer Scheu hereinkam.

Ich wußte durch Gespräche mit Pflegenden, daß sie ziemlich einsam war und etwas Plaudern oder ein kleines Zeichen der Teilnahme schätzen würde. Aber ich wußte auch, daß sie sterbenskrank war und daß sie, auf ihre Bitte, keine Behandlung mehr bekam. Man entnahm ihr nur noch Blutproben.

Ich zögerte so lange, weil ich noch nie in meinem Leben mit einem Sterbenden Kontakt gehabt hatte und weil ich keine Ahnung hatte, was ich sagen sollte. Und möglicherweise noch weniger wußte ich, was ich nicht sagen sollte. Aber . . . es fiel alles hundertprozentig aus; Frau A. hatte selber viel zu erzählen. Sie plauderte frisch von der Leber über früher, über ihren Mann, der vor 1½ Jahren gestorben war, und über ihre einzige Schwester, die einige Jahre jünger war als sie. Sie erzählte mir auch schon während unserer ersten Begegnung, daß ihre Behandlung angehalten war. Sie freute sich darüber, daß Dr. B., der Saal-Arzt, ihr versichert hatte, daß nichts mehr unternommen werden würde. Kurz und gut: ich konnte ruhig bei ihr sitzen und ihr zuhören. Es machte ihr tatsächlich Spaß, jemanden zu Besuch zu haben, und ich verabredete mit ihr, daß ich nach dem Wochenende (es war Freitag) wieder zu ihr kommen würde.

Erleichtert trat ich wieder hinaus: ich hatte keine dummen Dinge gesagt, und Frau A. hatte mich akzeptiert, was für mich sehr wichtig war, denn in meinem Hinterkopf hatte doch die Idee gespielt, sie fände es vielleicht nicht angenehm, daß eine Fremde nur so wegen der Gemütlichkeit bei ihr vorbeikäme.

Seit dieser ersten Begegnung ging ich tatsächlich regelmäßig bei ihr vorbei, erst einmal pro Tag, später zweimal und mit der Zeit immer öfter. Im Anfang redete sie sehr viel über früher, über die Sorge, die sie sich um ihre Schwester machte, und über alltägliche Angelegenheiten. Auch sprach sie über ihr Sterben. Sie hatte inzwischen von den Ärzten vernommen, daß sie (ein) Karzinom hatte und nicht mehr gesund werden würde. Mit der Zeit sprach sie immer mehr über ihr Sterben und über Euthanasie. Ich war nicht in der Lage, mein passives Verhalten lange durchzuhalten, denn sie fragte mich direkt nach meiner Meinung darüber. In den Tagen danach sprach sie eigentlich nur noch über Sterben und Euthanasie. Auf meine Frage, ob sie außer mit mir noch mit anderen darüber sprach, sagte sie „nein“. In diesen Tagen hingte sie sich sehr schnell an mich; sie schaute tatsächlich nach meinen Besuchen aus (ich kam immer morgens zu etwa derselben Zeit). Auch behauptete sie, es sei eine Fügung der Vorsehung, daß wir einander auf diesem für sie letzten Stückchen Weges hatten treffen müssen.

Sie hielt viel von körperlichem Kontakt, und so konnte es also geschehen, daß wir Hand in Hand am Tisch saßen, dann und wann sogar hielten wir beide Hände. Wenn ich ganz offen sein soll, muß ich gestehen, daß ich mich in dieser Situation gar nicht heimisch fühlte. Es war immer Frau A., die die Initiative ergriff, und obschon ich es ihr nicht verweigerte, habe ich doch in dieser Zeit niemals in eigener Bewegung ihre Hände gefaßt. Ich konnte die Gefühle, die sie für mich hatte und die mit der Zeit immer stärken wurden, nicht erwidern. Wohl konnte ich es aufbringen (wenn wir denn doch einmal Hände hielten), mal ihre Hand zu drücken, worauf sie dann reagierte. Ich hoffte jedoch, ich würde in dieser Situation von nicht vielen Leute gesehen werden (und ich fühlte mich sitzen, denn die Tür stand immer auf).

Erst später im Laufe ihrer Krankheit, als sie nicht mehr meine Hände halten wollte, fing ich an, dies zu schätzen, weil ich dann die Idee hatte, daß unser einziges Mittel zum Kontakt abgeschnitten sei, denn sprechen konnte sie in dem Stadium nicht mehr gut. Damals habe ich auch erst recht verstanden, was alles man sich mittels Händehalten noch an Zuneigung geben kann und einander zu „sagen“ vermag. Als sie dann auch später angab, daß sie wieder gerne meine Hände halten würde, war es auch von meiner Seite von Herzen gemeint, wenn ich ihre Hand faßte, und ich tat das nicht mehr nur, weil ich wußte, daß sie es gerne hatte.

Während ihrer Krankenhausaufnahme wurde Frau A. von zwei Ärzten behandelt: im Anfang von Dr. C., und als dieser in Ferien ging, von Dr. D. Daneben war selbstverständlich immer Dr. B., der Saalarzt, da. Daß ihre Behandlung im Laufe der Zeit von Dr. D. übernommen wurde, kam Frau A. sehr gut gelegen. Sie sehnte sich noch immer nach Euthanasie und hatte die Idee, Dr. C. lehnte dies vollends ab; also setzte sie ihre ganze Hoffnung auf Dr. D. Mir erzählte sie, warum sie Euthanasie wünschte (seit dem Tod ihres Mannes hatte sie keine Lebenslust mehr, sie war einsam, sie wollte nicht anderen zur Last sein) und über mich versuchte sie zu erfahren, wie die verschiedenen Ärzte der Euthanasie gegenüber standen. Insbesondere die Meinung des Dr. B. hierüber war für sie sehr wichtig. Sie fragte mich, ob er es tun würde und inwiefern er in diesem den anderen Ärzten Verantwortung schuldig sei. Bis zu ihrem Todestag hat sie immer ihre ganze Hoffnung auf Dr. B. gesetzt und sie glaubte, er würde ihr helfen.

Leise, aber sicher wurde ich ihre Vertrauensperson. Sie erzählte mir ihre Beschwerden und Bemerkungen, sie teilte mit mir ihre Sorgen (zum Beispiel die über das Blutabnehmen: sie hatte Angst, daß man ihr Blut zuführen würde; sie meinte, dies sei lebensverlängernd).

Scheinbar hoffte sie, daß ich dies alles Dr. B. überbringen würde und fragte mich dies dann und wann auch direkt. Dr. B. war wirklich eine Stütze für sie.

Sie hielt meine Meinung für wichtig, und ich begann zu lernen, wie ich jemandem, der tatsächlich mir ganz fremd ist, etwas von mir selber geben kann. Jedoch hatte ich mir dazu viel Mühe zu geben, denn gewöhnlich behalte ich gerne meine Meinung für mich; aber ich begann einzusehen, daß, wollte ich zum wesentlichen Kontakt mit jemandem geraten, ich es wagen sollte, etwas von mir preiszugeben.

Mit ihrer Schwester sprach Frau A. nie über ihr Sterben oder über Euthanasie: ihre Schwester vermutete nicht solche Gedanken bei ihr. Sie wollte auch nicht, daß ihre Schwester bei ihrem Sterben anwesend sei, sie wollte ihr möglichst viel Leid ersparen. Jedoch würde sie es schätzen, wenn jemand dabei wäre. Als ich fragte, wer das denn sein sollte, sagte sie: „Du, zum Beispiel.“ Dieser Ausspruch von ihr hat bei mir eine Menge Angst und Unsicherheit verursacht. Meinem Gefühl nach wurde ich hier sehr eng einbezogen. In den Gesprächen, die ich nachher mit ihr hatte, spielte dieser Ausspruch immer im Hintergrund mit und hat mir auch bei allem, was ich sagte oder tat, das Gefühl gegeben, daß ich mitmache, etwas zustande zu bringen (oder vielleicht gerade das Entgegengesetzte), dem ich nicht gewachsen war. Bis zu diesem Moment war ich in der Lage gewesen, alles ohne Vorurteil überdenken und beurteilen zu können, aber seitdem merkte ich bewußt oder unbewußt, daß ich mit im Spiel war, und rechnete von da an auch meine eigenen Gefühle mit. Ich nehme an, daß mein Urteil deswegen doch eine Art eigene Farbe bekommen hat und nicht mehr nur auf Frau A. bezogen war; man ist ja in der Lage, unbewußt Situationen, die man nicht bewältigen kann, aus dem Weg zu gehen.

Ich dachte, ich würde es kaum aufbringen, dabei zu sein, wenn sie „ordentlich“ starb; wie ich mich benehmen würde, wenn man mittels Euthanasie ihr Leben beenden würde, konnte ich nur ahnen.

Ab diesem Moment habe ich beinahe ununterbrochen darüber nachgedacht, was man tun soll, wenn jemand stirbt. Was soll man sagen ...? Was soll man tun ...? Wenn Euthanasie gegeben wird, wie verarbeite ich das? Wie verantworte ich das mir selber gegenüber? Daß ich, soweit es in meinem Vermögen lag, ihre „Bitte“ erhören würde,

stand für mich fest. Meinem Gefühl nach war ich dazu verpflichtet, weil ich nie ihre Bitte als unverbindlich empfunden hatte. Wenn sich einer in einer solchen Situation an dich wendet, kannst du meiner Überzeugung nach nichts anderes tun, als diesem entgegenkommen und in diese Bitte einwilligen.

Es ist mir jedoch ganz klar, daß ich, als Frau A. tatsächlich um Euthanasie bat, ganz anders reagierte und nicht auf ihre Bitte einging. Auch weiß ich, daß dies wieder genau so passierte, als sie mich bat, Tabletten für sie zu besorgen: auch damals verweigerte ich.

Erst sehr spät habe ich den anderen (Dr. D., Dr. B., Pfarrer E.) erzählt, daß Frau A. mich bei ihrem Sterben bei sich haben wollte.

Während eines unserer Gespräche fragte Frau A. mich, ob ich Dr. B. fragen wollte, ob er mal mit ihr allein sprechen wollte. Sie wollte ihn das nicht selber fragen, weil Dr. B. nie allein zu ihr kam: tatsächlich meinte sie die Oberschwester. Dr. B. war hierzu bereit, und danach war sie davon überzeugt, daß Dr. B. ihr ohne Bedenken helfen würde. Später würde sie noch hierauf zurückkommen.

Zehn Tage nach unserer ersten Begegnung fragte Frau A. Dr. D. während seines Saalbesuches (also in jedermanns Beisein), ob er ihr helfen wollte (sie meinte: Euthanasie geben). Dr. D. hat ihr in diesem Moment nicht geantwortet, aber kam zu dem Beschluß mit Dr. B., Pfarrer E., der Oberschwester (und mir), über die Bitte der Frau A. sprechen zu wollen. Dieses Gespräch fand am nächsten Nachmittag statt und dauerte mehr als 1½ Stunden. Vor diesem Gespräch habe ich bei mir selbst gebetet, daß die richtige Entscheidung getroffen werden würde. Ob auch meine Meinung ins Gewicht gefallen ist, weiß ich nicht; vielleicht ist sie.

Es war übrigens eine sonderbare Erfahrung, mit fünf Menschen über das Leben eines anderen Menschen zu entscheiden. In einer ersten Runde gab jeder Anwesende (außer mir) seine Meinung, Frau A. betreffend. Hieraus zeigte sich, daß Frau A. einerseits erkennbar angab, sterben zu wollen, andererseits in vielem unbewußt merken ließ, daß sie noch am Leben interessiert war. Als Argumente zu ihrem Wunsch, sterben zu wollen, hatte Frau A. ihre Einsamkeit und Aussichtslosigkeit vorgebracht. Unerträgliche Schmerzen hatte sie nicht; sie möchte nur gerne auf eine menschenwürdige Weise ihre Leben beenden.

Die Meinung des Dr. D. war, er trage als behandelnder Arzt die Verantwortung. Er sagte, daß er diese auf sich nehmen wollte, und erklärte sich bereit, Frau A. zu helfen. Wenn man ihr ihre Bitte verweigerte, sagte er, sollte man sehr gut wissen, was man ihr statt dessen bieten könnte. Ohne Zweifel würde sie eine Verweigerung wie „im Stich gelassen werden“ empfinden.

An diesem Moment habe ich zum ersten Mal während dieses Gespräches etwas hervorgebracht. Ich hatte lange gezögert, bevor ich etwas sagte, und auch in der ersten Runde hatte ich nicht die Chance ergriffen, etwas beizutragen. Ich war in der Annahme, daß ich nur als Zuhörerin diesem Gespräch beiwohnte, und in dergleichen Fällen werde ich nicht leicht etwas hervorbringen, es sei denn, daß man mich dazu einlädt. Andererseits wußte ich so vieles von Frau A. und hatte so viel Kontakt mit ihr, daß ich es wie eine Verpflichtung fühlte, etwas zu sagen. So hatte ich die Überzeugung, daß statt Euthanasie man ihr nichts bieten konnte. Sie wünschte ihren Tod, und was wir statt dessen auch vorschlagen würden, es würde für sie alles unwichtig sein, wie positiv wir es auch darstellten.

Es folgte dann eine zweite Runde, in der sich jeder über Euthanasie aussprach. Dr. D. und Pfarrer E. waren dafür, Dr. B. war selber noch nicht so weit, die Oberschwester war aus prinzipiellen Gründen dagegen, und ich sagte, ich würde es nicht selber tun können in ihrem heutigen Zustand. Die endgültige Entscheidung war also: nein, keine Euthanasie. Ich muß zugeben, daß ich mich über diese Entscheidung freute; aber nur, weil ich den Gedanken, sie in ihrem heutigen Zustand töten zu lassen, nicht ertragen konnte. Aber ich fühlte und wußte auch, daß wir angefangen hatten, sie im Stich zu lassen, und das war genau was wir nachfolgend taten. Sofort nach dem Gespräch gingen wir alle, außer Pfarrer E., zu Frau A. Dr. D. stand rechts vom Bett, Dr. B. und die Oberschwester links und ich am Fußende. Dr. D. erzählte Frau A. ganz liebevoll und sehr vorsichtig, daß sie ihr nicht helfen konnten, nicht jetzt schon. Demgegen versicherte er ihr, daß sie alles Mögliche tun würden, um ihr Leiden einzuschränken, aber daß sie in ihre Bitte nicht einwilligen konnten. Es war danach tief erschütternd, ansehen und anhören zu müssen, wie Frau A. immer wieder darum flehte, doch sterben zu dürfen; wiederholt bat sie Dr. D, ihr doch um Gottes willen zu helfen; sie machte den Vorschlag, es selber zu tun, damit Dr. D. sein Gewissen nicht beschweren müsse. Dr. D. aber konnte nichts anderes tun als wiederholen, was er gesagt hatte; er sagte, er hätte ihren Wunsch verstanden, aber könnte ihr nicht helfen.

An der anderen Seite des Bettes hatte es inzwischen Dr. B. sehr schwer. Er wurde abwechselnd rot und blaß und putzte sich wiederholt die Nase. Glücklicherweise konnte Frau A. dies nicht sehen; sie lag mit dem Rücken ihm zugekehrt und blickte nur auf Dr. D. Glücklicherweise? Vielleicht hätte sie es gerade doch sehen sollen, wie das alles jemanden traf.

Auch Dr. D. hatte es schwer. Frau A. hat dann angefangen, uns einen nach dem anderen persönlich anzureden, wobei sie jeden bei seinem Namen nannte und recht ins Gesicht blickte. Wie hilflos man sich dann fühlt . . .

Als Dr. D. das Gespräch beendete, gingen alle fort, und Frau A. blieb alleine da. Ich wollte doch bei ihr bleiben, aber hatte nicht den Mut. Es erschien ja auch so schrecklich gemein: sie alleine gegen uns vier. Dr. B. lief mehr oder weniger fluchend weg und weinte. Es war ja auch tief ergreifend, einen Menschen auf diese Weise flehen und beten zu sehen, doch sterben zu dürfen. Dr. B. wurde aber sofort wieder von den Pflegenden mit Problemen konfrontiert; sogar in diesen Augenblicken brachten sie es nicht auf, sich fünf Minuten zu gedulden. Ich für mich habe es nicht weiter gebracht, als hart mit meinem Fuß auf dem Boden zu stampfen (wie ich meistens tue, wenn ich etwas nicht verdauen kann). Nach etwa einer viertel Stunde bin ich dann doch wieder zu Frau A. gegangen. Sie war sehr still und sagte, alle ihre Hoffnung sei dahin. Sie dachte, Dr. B. hätte ihr sicher geholfen, wenn er allein die Entscheidung hätte treffen müssen. Sie dachte dies aufgrund des Gesprächs mit ihm in der vorigen Woche. Sie wollte auch von mir wissen, wer am meisten gegen Euthanasie gewesen war und ob ich ihr geholfen hätte, wäre ich Ärztin gewesen. Eigentlich war es gar keine Frage: sie nahm ohne weiteres an, daß ich es dann tun würde. Ich habe ihr darum ganz offen gesagt, daß ich es nicht hätte tun können. Fast gleich danach fragte sie mich, ob ich Tabletten für sie besorgen wollte. Ich habe dann nur „nein“ geschüttelt. Als sie jemanden zu Besuch bekam, bin ich nach Hause gegangen.

Am nächsten Tag war ich einige Male bei Frau A. Über Sterben oder Euthanasie sprach sie nicht mehr; sie wollte nur noch meine Hände halten. Sie erzählte mir, wie gern sie

mich hatte, fing an, mich „Schätzchen“ und „Liebling“ zu nennen und benahm sich mir gegenüber wie ein Mütterchen. Als ich ging, gab sie mir einen Kuß. Auf dieses Benehmen der Frau A. reagierte ich mit Panik. Es war mir unmöglich, die Gefühle, die Frau A. für mich hatte, zu erwidern. Das zeigte sich am nächsten Tag auch in meinem Benehmen. Ich kam ebenso oft wie an anderen Tagen zu ihr, aber als sie zu mir sagte: „Schätzchen, achtest du wohl auf deine Zeit“, so machte ich einen dankbaren Gebrauch davon und ging. In dem Korridor lief ich ab dann auch sehr leise, denn Frau A. kannte mich an meinem Tritt und weil ihr Zimmer neben dem Büro lag, kam ich hier mehrere Male am Tag vorbei.

Weil ich nicht mit ihren Gefühlen für mich zurecht kam, sie nicht erwidern konnte und sie auch nicht „spielen“ wollte, versuchte ich, extra Kontakte zu vermeiden: ich wollte ihr ja auch nicht weh tun. Später habe ich zwar dieses Benehmen bedauert, aber damals konnte ich wirklich nicht anders.

Zum Glück war ich am nächsten Tag nicht mehr derartig schlimm aus meinem Gleichgewicht; es fiel mir leichter, Frau A. entgegenzutreten, und ich kam besser mit ihren Gefühlen zurecht. Diese erwidern konnte ich jedoch auch dann noch nicht.

Im Laufe der Woche sagte Frau A. immer weniger. Ihr Interesse an ihrer Umgebung verwischte sich immer mehr; sie war sehr müde, und es gelang mir immer weniger, Kontakt mit ihr zu haben. Auch körperlich nahm sie ab. Diese abwärtsführende Linie hielt auch über die nächste Woche an, und am Mittwoch erreichte sie einen Tiefpunkt. Sie interessierte sich für nichts mehr, zum Miteinanderreden hatte sie keine Lust mehr, und auch Hand in Hand zu sitzen lehnte sie ab. Sie wendete sich sogar wie ein kleines Kind von mir ab, und das hat mir schon weh getan. In diesen Tagen habe ich mir viele Vorwürfe gemacht; ich dachte, meine Reaktion auf ihre Gefühle sei die Ursache, daß es ihr nicht gut ging. Und weil ich sie nicht erreichen konnte, blieb ich in diesen Schuldgefühlen stecken. Zum Glück habe ich nicht aufgehört sie zu besuchen; Frau A. sagte zwar nichts und reagierte auf nichts ... aber ich war doch da. Wahrscheinlich kam ich später an diesem Mittwoch in einem günstigen Moment herein, denn plötzlich sagte Frau A. mir, daß sie sich niedergeschlagen fühlte. Sie war nicht böse, aber so traurig, daß man ihr keine Euthanasie geben konnte. Sie wollte ab dann wieder ein bißchen reden, auch Hand-in-Hand-Sitzen fand sie wieder schön, und gottlob ging es ihr am nächsten Tag viel besser. Seit diesem Tag faßte sie, wie krank sie auch war, ihre Sache mit einer neuen Taktik an. Sie fragte Dr. B. aufs Neue, ob er ihr helfen wollte und dies hat sie ihn (wie sie mir erzählte) ab dann jeden Tag gefragt.

Der Freitag dieser Woche war eigentlich der letzte Tag meiner Probezeit. Aber ich versprach Frau A., daß ich nach dem Wochenende wieder bei ihr vorbeikommen würde. Mit Dr. B. hatte ich verabredet, daß ich an festen Stunden Frau A. besuchen und ihr dies auch erzählen würde. Aus dieser Verabredung zur Regelmäßigkeit aber kam nicht viel heraus, da es Frau A. doch schon ziemlich schlecht ging. Montags ging ich zum ersten Mal nach meiner Probezeit wieder zu Besuch zu Frau A.

Sie war nicht leicht anzusprechen, war sehr müde und freute sich nicht erkennbar, daß ich da war. Wir hatten nicht viel Kontakt miteinander, und ich muß gestehen, daß ich ein wenig enttäuscht über ihre Reaktion war. Meine Enttäuschung wurde aber mitverursacht dadurch, daß ich, obschon ich in der Abteilung eine schöne Probezeit verbracht hatte, nicht gerade von Herzen nach dort zurückkam.

Dienstags ging es Frau A. wieder viel besser; sie saß aufrecht im Bett und war sehr mitteilksam. Sie redete wieder über früher, über sich selber. Sie war dankbar, daß ich da war und erzählte mir, wie sie sich freute, als ich hereinkam; daß es so hätte sein müssen, daß wir einander auf diesem Stückchen Weg begegnet seien und wie lieb sie mich fand. Glücklicherweise reagierte ich nun viel besser als beim ersten Mal, als sie mir solche Dinge sagte, und machte nicht dieselben Fehler wie damals. Sie war in den zwischenliegenden Tagen für mich auch viel mehr jemand geworden, für den ich Gefühle hatte, und auch das machte es leichter für mich. Ich war nun auch so weit, daß ich in Ruhe und bequem mit ihr Hand in Hand sitzen konnte. Sie erzählte noch, wie gern sie Dr. B. hatte und daß sie empfand, er wollte ihr schon helfen, aber war nicht dazu in der Lage. Deswegen hielt sie es noch immer durch, ihn um Euthanasie zu bitten.

Ich bin in dieser Woche noch öfter bei ihr gewesen, aber an ihrem Zustand änderte sich nicht viel.

Am Samstag wurde ich von einer Pflegerin des Krankenhauses angerufen, weil es Frau A. sehr schlecht ging und sie wiederholt nach Dr. B. fragte.

Ich hatte, als ich meine Probezeit beendete, meine Telefonnummer hinterlassen, so daß man mich anrufen konnte, wenn es Frau A. schlechter ging (wie ich ihr auch versprochen hatte). Auch Frau A. wußte, daß sie mich immer anrufen lassen konnte, wann sie mich bei sich wünschte. Ich habe dann auch in der Woche, in der Frau A. starb, dieses Telefon gewünscht. Obschon ich nur einmal angerufen wurde, hatte ich ununterbrochene Angst, daß der Apparat läuten würde. Denn das bedeutete für mich, daß ich wahrscheinlich aufgerufen wurde, um zum ersten Mal in meinem Leben jemanden sterben zu sehen. Auch wußte ich noch immer nicht, auf welche Weise das geschehen würde: Frau A. hielt dermaßen darin durch, um Euthanasie zu bitten, daß ich dachte: vielleicht entschließt man sich doch endgültig dafür. Zuletzt hatte ich beinahe nicht mehr den Mut, am Telefon zu antworten, und überließ dies anderen.

Ich wagte es auch nicht mehr auszugehen, weil ich die Angst hatte, ich würde gerade dann angerufen, und lief Gefahr, zu spät bei Frau A. einzutreffen. Aber am Samstag läutete es dann doch, und ich ging zum Krankenhaus.

Den ganzen weiteren Nachmittag und Abend habe ich bei Frau A. verbracht. Es ging ihr sehr schlecht, aber sie freute sich sehr, daß ich gekommen war und bei ihr bleiben würde. Wahrscheinlich wurde ihre Freude noch vergrößert dadurch, daß sie wußte, ich würde eigentlich erst am Montag kommen; wenn ich also jetzt schon da war, konnte es, dachte sie, für sie nicht mehr so lange dauern. Das Sprechen fiel ihr schwer, und manchmal konnte ich sie auch nicht verstehen. Aber wir konnten einander Hände halten, denn dies war die einzige Möglichkeit zum Kontakt. Ich habe mich während der ganzen Zeit schrecklich ohnmächtig und gespannt gefühlt und war bange. Ich konnte so gut wie nichts für sie tun, außer ihr helfen, wenn sie trank, sie ein wenig verlegen, ihr Kissen aufschütteln. Ich hatte Angst, daß sie sterben würde, während ich alleine mit ihr war. Am liebsten wollte ich, daß Dr. B. den ganzen Tag hinter meinem Rücken stand oder mindestens auf der Abteilung war, so daß ich die Idee behalten konnte, daß für mich auch einer da war. Aber außer den Pflegenden war niemand anwesend; also war ich tatsächlich mit ihr allein. Bei jedem stockenden Atemzug erschrak ich und dachte: nun wird's geschehen. Auch wenn sie wegdoßte, erschrak ich. Diesen ganzen Tag hindurch fürchtete ich mich schrecklich, daß sie sterben würde. Aber sie starb nicht, und abends um zehn schickte sie mich weg.



„Gehe schon“, sagte sie. „Es dauert noch“. Im Laufe dieses Tages hatte ich ein paar Mal erfahren, daß sie Medizin verweigerte. Sie sollte Nozinan i. m. bekommen, aber jedes Mal, wenn einer der Pflegenden ihr das geben wollte, verweigerte sie und sagte, es sei nicht kräftig genug, Dr. B. hätte ihr etwas Stärkeres versprochen, und sie wünsche ihn zu sprechen. Aber Dr. B. war nicht da und war auch nicht anzurufen.

Ich sah sie danach erst am Montag wieder. Sie sprach schwer, aber war nicht dösig. Sie begrüßte mich sehr hoffnungsvoll mit: „Geht's zu Ende?“ Als ich sagte, ich glaube es nicht, war sie sehr enttäuscht. Wie schrecklich hoffnungsvoll ihre Frage auch klang! Dies hat mir später die Einsicht gebracht, warum es so wichtig ist, daß man jemand in dieser Situation immer zur selben Zeit besucht.

Auch nun konnte ich nicht viel für sie tun, und auch dann verweigerte sie weiter Nozinan. Hierin war sie ganz fest entschlossen: sie wollte Dr. B. sprechen. Als die Pflegerin herausging, um diesen zu suchen, sagte Frau A., daß sie Dr. B. jeden Tag bäte, ihr zu helfen, und daß seine Gedanken (dies betreffend) sich schon geändert hatten. Als die Pflegerin wieder da war, haben wir noch versucht, sie zu überreden, das Nozinan doch zu akzeptieren, aber sie hielt durch: sie fand die Injektion nicht stark genug. Die Pflegerin mußte unverrichteter Dinge hinausgehen.

Ich will zugeben, daß ich viel Bewunderung habe für jemand wie sie, die in solch einer abhängigen Situation durchhält zu kämpfen für das, was sie als ihr Recht betrachtete: Euthanasie. Ich finde, es zeugt von Mut und Ausdauer, daß sie immer aufs Neue ihre Medizin verweigerte und weiter nach Dr. B. fragte. Sie war davon überzeugt, daß er ihr endgültig helfen würde. Dr. B. fühlte sich in dieser Situation dermaßen unwohl, daß er zuletzt mit hochgehobenem Haupt an ihrem Zimmer vorbeiging und absichtlich starr vor sich hinblickte.

In diesen letzten Tagen wußte ich nicht mehr, was ich zu Frau A. sagen sollte. Jedes Mal, wenn ich mich von ihr verabschiedete, dachte ich: „Vielleicht habe ich sie zum letzten Mal gesehen.“ Ich war jedoch auch nicht in der Lage, mich ordentlich von ihr zu verabschieden: „Bis Morgen“ paßte nicht, weil sie hoffte, es gäbe für sie kein „Morgen“ mehr, und auch „Auf Wiedersehen“ war nicht am Platze. Meistens ging ich also mit einem gemunkelten „Guten Tag“ weg.

Am nächsten Tag rief Dr. B. mich am frühen Abend an und erzählte mir, daß Frau A. verschieden war. Ich erschrak doch noch sehr, als ich dies vernahm, und meine erste Reaktion war „Wie unangenehm“. Dies bezog sich selbstverständlich auf nichts, weil ich wußte, wie gerne Frau A. sterben wollte und daß dies auch an jedem Augenblick geschehen konnte.

Ich war also doch nicht dagewesen, als sie starb. Ich hatte zwar keine Schuld daran, aber trotzdem habe ich lange das Gefühl gehabt, daß ich mein Versprechen ihr gegenüber nicht eingelöst hatte. Ich hatte unzählige Male versucht, mir vorzustellen, wie es sein würde: das Sterben, meine Reaktion darauf und was ich machen würde, wenn sie gestorben war. Jedenfalls war ich innerlich sehr damit beschäftigt gewesen, und nun war sie doch gestorben, als ich nicht dabei war. Es war eine Art Antiklimax zu mir.

Im Krankenhaus war seit zwei Wochen ein dritter Internist. Dieser hatte anderswo Erfahrung mit terminalen Patienten und war an meiner Probezeit interessiert. Er wollte darüber ein Gespräch mit mir führen. Ein paar Tage, bevor meine Probezeit im Krankenhaus endete, hatten Dr. B. und ich ein Gespräch mit Dr. F. Wir hatten dabei Frau

A. im Hintergrund unserer Gedanken. Dr. F. sprach im allgemeinen. Wir haben u. a. über die Art gesprochen, wie Euthanasie gegeben werden soll. Dr. F. sagte, er gäbe zuweilen eine steigende Dosis Morphin. Man könnte es aber auch mit einer einmaligen Spritze ausführen. Meine Meinung war: wenn man sich einmal zur Euthanasie entschieden, hätte man es am besten auf einmal tun können. Und das sagte ich auch. Als davon die Rede war, wer es tun soll, fanden wir endgültig alle, es soll jemand sein, der das Vertrauen des Patienten hat. Dr. B. hatte Dr. F. mittlerweile von Frau A. und dem Gespräch, das wir über sie hatten, erzählt. Als ich an der Reihe war, erklärte ich, weswegen ich in ihrem Fall zuerst gegen Euthanasie gewesen war und später dafür.

Meine Meinung hatte sich nämlich ziemlich schnell nach diesem Gespräch über ihre Bitte um Euthanasie geändert. Ich hatte erfahren, wie Frau A. ihr Interesse verlor und immer hilfsbedürftiger wurde. Was sie als ein menschenwürdiges Leben ansah, hatte sie schon sehr schnell nicht mehr. Der einzige Moment, in dem wir ihr hätten helfen können, war der, als sie das fragte. Ein paar Tage später waren wir eigentlich schon zu spät, und sie mußte weiterleben, wie sie es nicht mehr menschenwürdig fand. Ich hatte dann auch die Hoffnung, daß Dr. B. auf seine Entscheidung zurückkommen würde, und das war ja möglich, weil er gesagt hatte: nicht jetzt, nicht in diesem Moment. Auch Dr. B. selber dachte so, aber schade für sie, er kam nicht auf seine Entscheidung zurück. Danach sagte Dr. F. zu mir: „Na also, weil du nun dafür bist, so gibst du dieser Frau die Euthanasie, wenn es beschlossen wird.“ Am Anfang des Gesprächs hatte ich noch behauptet, daß ich selber für Euthanasie wäre, aber es nicht selber tun könnte, und na, nun wußte ich nichts zu sagen. In diesem Augenblick flog durch meinen Kopf der Gedanke: „Hätte ich doch nur die Morphine gewählt!“

Dem Gang des Gesprächs folgend, konnte ich aber nicht davonlaufen: ich konnte nichts anderes tun als „ja“ sagen, und ich sagte auch „ja“. Zu Dr. B. hatte ich früher mal gesagt: man soll niemals sich selber oder seine Gefühle gefährden in einer solchen Situation. Doch das war es genau, was ich mir nun selber zumutete.

Nachts träumte ich übers Krankenhaus und redete noch, als ich erwachte: „Und trotzdem werde ich niemals wissentlich jemanden töten, ach nein, ist ja nicht mehr die Frage, ich habe „ja“ gesagt“.

Mit der Wiedergabe dieses Gesprächs habe ich eigentlich die Absicht, klar zu machen, daß man sich sehr leicht entscheiden kann über Angelegenheiten, die man nicht selber zu erledigen hat. Wie sorgfältig man sich auch besinnt und redet, man hat die Sicherheit, daß man es nie selber auszuführen braucht und für die Folgen verantwortlich ist. Ich durfte mitdenken über Euthanasie, aber brauchte es nicht selber zu tun – dies kam sogar nicht einmal in Frage. Bei näherer Überlegung hat das alles für mich leicht gemacht. Bei diesem Gespräch mit Dr. F. wurde es mir klar. Es ist sehr wichtig, Rücksprache zu halten über die Frage „ja“ oder „nein“ zur Euthanasie. Aber die Meinung des behandelnden Arztes soll entscheidend sein.

Dieser Arzt soll hinter seiner Entscheidung stehen. Die Meinung der anderen ist schon wichtig (zum Beispiel die der Pflegenden), aber darf nicht ausschlaggebend sein. Sie brauchen die Entscheidung nicht durchzuführen, und das macht einen wesentlichen Unterschied.

Diese Probezeit hat mich verändert. Ich habe sehr zurückhaltend diese Probezeit angefangen, und ohne mein Zutun wurde ich immer enger auf Frau A. bezogen. Als ich ihre

Bekanntheit machte, hatte ich gewiss nicht die Absicht, sie auf irgendeine Weise zu begleiten, ich hatte sogar nie daran gedacht. Im Anfang der Probezeit, als die Idee vorgebracht wurde, es wäre vielleicht sinnvoll, jemanden zu begleiten, habe ich dies abgelehnt. Ich fand es nicht zu verantworten, mich auf jemanden los zu lassen; wer weiß, welchen Schaden ich zufügen würde. Heute weiß ich, daß niemand mich zu jemandem schicken kann und daß ich nicht selber jemanden auswählen kann, um von mir begleitet zu werden. Es kann geschehen, daß jemand mich wählt, und wenn das geschehen ist, kann ich dies ablehnen oder übernehmen.

Besonders für mein persönliches Leben hat mir diese Probezeit sehr genützt. Ich habe viele Barrieren überwinden müssen, die für andere nicht so erkennbar waren, aber für mich.

## **Körperlicher Kontakt**

Ich habe mir schon Mühe geben müssen, körperlichen Kontakt schätzen zu lernen. Ich bin nicht jemand, der schnell trostvoll einen Arm um die Schultern eines anderen legt. Ich weiß schon, daß solch eine (menschliche) Gebärde manchmal viel Stütze gibt, aber meistens tue ich es nicht. Ich kann stundenlang jemandem zuhören, ich werde alles liegen lassen, mit dem ich beschäftigt bin, aber ich berühre jemanden nicht. Für mich ist Berühren so etwas Persönliches, daß ich dies auch nicht leicht tun werde, wenn ich keine persönliche Bindung mit jemandem habe. Deswegen kann ich auch nicht einem Fremden auf diese Weise begegnen. Wenn ich es wie im Anfang bei Frau A. doch machte, weil ich wußte, daß sie es gerne hatte, geht für mich etwas von dem Wert einer solchen Gebärde verloren, und außerdem hat diese Gebärde dann nicht den Wert, den der andere ihr entnimmt. Ich werde aber nicht verweigern, wenn jemand meine Hand faßt, denn jeder hat das Recht auf seine eigene Weise um Unterstützung zu fragen. Dies ist die Bedeutung, die körperlicher Kontakt für mich hatte, als ich meine Probezeit anfang und die er noch immer hat. Aber es ist eine Dimension dazu gekommen. Ich weiß heute nicht nur, welche Bedeutung die Gebärde hat, aber habe diese auch selber empfunden. Ich habe empfunden, was körperlicher Kontakt sein kann. Jetzt werde ich vielleicht wohl in der Lage sein, später in meinem Beruf tröstend einen Arm um jemand's Schultern zu legen oder Hand in Hand zu sitzen, ohne daß es ein spezielles Band gibt zwischen dem anderen und mir, aber dennoch bleibt der Wert, den die Gebärde für mich hat.

## **Umgehen mit Gefühlen**

Das Band zwischen jemandem und mir wird nicht nur von mir bestimmt, sondern auch von dem anderen. Dann kann es geschehen, daß das Band für den anderen eine tiefere Bedeutung hat als für mich. Das zeigte sich auch während dieser Probezeit. Frau A. bekam immer mehr spezielle Gefühle für mich, die ich nicht beantworten konnte und wollte. Ich ließ sie schon über mich kommen, aber fing nichts damit an. Meinerseits war

da keine positive Reaktion, wohl eine negative. Ich versuchte nämlich extra, Kontakte zu vermeiden. Je mehr sie mich lieb fand, desto mehr versuchte ich, sie von mir fern zu halten. Es war sehr lästig, den Abstand zwischen uns zu vergrößern, während sie ihn immer zu verkleinern suchte. In dieser Probezeit habe ich gelernt, mit ihren und meinen eigenen Gefühlen zurechtzukommen, und später konnte ich ihre Gefühle wohl bejahren.

## **Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis**

Daß es einen großen Unterschied gibt zwischen Theorie und Praxis, zeigte sich in dieser Probezeit sehr klar. Ich habe dies sehr deutlich empfunden in dem Gespräch mit Dr. F. Erst dann erkannte ich völlig, was es für mich bedeutete, die Verantwortung einer Entscheidung für Euthanasie tragen und die Entscheidung auch durchführen zu müssen.

Wenn wir während des Gesprächs über die Bitte der Frau A. in diese Bitte nicht einwilligten, fühlte ich mich ebenso verantwortlich wie die anderen. Als Dr. F. suggerierte, ich werde die Euthanasie durchführen müssen, fühlte ich diese Verantwortung wie eine Last, und ich fand keine Unterstützung in den Gedanken, daß wir die Entscheidung alle zusammen getroffen hatten, denn ich würde es ausführen müssen.

## **Bezogenheit**

In demselben Gespräch fiel es mir auch auf, daß Dr. F. sehr unbezogen über Euthanasie sprach, während Dr. B. und ich tags vorher noch über die Bitte der Frau A. gesprochen hatten und emotionell hiermit noch stets beschäftigt waren. Wir redeten dann auch aus dieser Situation heraus. Übrigens wußte Dr. F. beim Anfang des Gesprächs nicht, daß sich dies auf unserer Abteilung abspielte. Ich konnte dann auch merken, daß das Gespräch sich auf verschiedenen Niveaus bewegte. Dr. F. sprach im Allgemeinen, wahrscheinlich ohne, daß er eine spezielle Person vor Augen hatte, während wir über Frau A. sprachen.

## **Verantwortung**

Es gibt verschiedene Ausgangspunkte im Gespräch über Euthanasie, je nachdem welchen Bezug die Menschen dazu haben. Ärzte, die die Euthanasie durchführen müssen, denken anders darüber als Pflegende, die weder Verantwortung haben noch die Durchführung tragen müssen. Wer soll die endgültige Entscheidung für oder gegen Euthanasie treffen? Der verantwortliche Spezialist oder der Saalarzt? Letzterer kennt den Patienten am besten und sollte dann auch die Entscheidung fällen.

## **Persönliches Funktionieren**

Während dieser Probezeit habe ich vieles gesehen und gelernt. Am meisten hat mir die Erfahrung mit Frau A. genützt und was ich hier geschrieben habe, war nicht alles: es gibt viel mehr.

Ich habe gesehen, wie man nicht funktionieren soll und wie man es gut kann. Ich würde nie funktionieren wollen wie die Oberschwester, sie erschien mir kühl. Schon wirksam und selbstsicher, aber sie strahlte keine Wärme aus. Ich konnte nicht merken, daß Frau A. ihr leid tat. So hatte sie zum Beispiel nicht aus dem Mund der Frau A. selber gehört, daß diese Euthanasie wollte. Sie ist dann zu Frau A. gegangen und ist so lange dort geblieben, bis diese es ihr gesagt hatte. Bevor sie ging, hatte sie noch gesagt: „Ich gehe nicht von ihr weg, bevor sie es mir gesagt hat“. Wenn Dr. D. nach dem Gespräch über Frau A. fragte, wer ihr das Ergebnis sagen würde, sagte diese Oberschwester: „Ach, das mache ich schon.“ Auch während des Gesprächs lebte sie anscheinend wenig mit. Ich behauptete nicht, daß sie wirklich nichts fühlte, aber es kam mir so vor, und ich will auf der Hut sein, daß andere Menschen mich nicht so erleben.

Ich bin sehr verschlossen und werde meine Gedanken und Gefühle nicht schnell zeigen. Wenn Menschen mich verwunden, werden sie es mir nicht ansehen können, höchstens schließe ich mich noch weiter ab.

Wenn Menschen mir etwas bedeuten, zeige ich ihnen das auch nicht leicht, vielleicht doch in kleinen Dingen, denn in denen versuche ich es wohl zu zeigen, aber sagen tue ich es nicht. Wenn ich meine Schwachpunkte nicht zeigte, bin ich auch nicht leicht zu verwunden.

In dieser Probezeit habe ich gelernt, ich habe es gesehen und empfunden, daß ich mich doch besser zu erkennen geben soll. Denn dann komme ich den Menschen glaubwürdiger vor und kann auch ich selbst sein, ohne eine Mauer der Unempfindlichkeit um mich, die ich innerlich eigentlich nicht habe.

Dies ist das Allerwichtigste, was ich in dieser Probezeit gelernt habe. Es hat mein persönliches Leben beeinflußt und hiermit sicher auch mein zukünftiges Handeln.