

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 bängen

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!