

Studentische Balintseminare in der Vorklinik ¹

F. Ficker und E. Wollenhaupt, Dresden

"An einer Chefvisite wollen Sie teilnehmen?"

Wer sind Sie eigentlich!"

Mit dieser Feststellung einer Oberschwester sah sich ein Medizinstudent des 1. Studienjahres konfrontiert, als er den Intentionen des Lehrbereiches Medizinische Psychologie folgend, die Visite des Klinikprofessors zu erleben hoffte.

Die mehrfach unterstempelte schriftliche Bestätigung für die Richtigkeit solch abnorm erscheinenden Wunsches öffnete dem 19jährigen Medizinjünger die heiligen Korridore einer Hochschul-Frauenklinik.

Sein Erlebnisbericht einer Weißkittel-shake-hand-Visite (2) auf einer Station mit krebserkrankten Frauen trug

wesentlich zum Gelingen einer medizin-psychologisch-orientierten Ausbildung bei, als studentische Balint-Seminare in der Vorklinik deklariert.

Zusammenfassung:

1990 wurde an der Medizinischen Akademie Dresden die vorklinische Ausbildung des Medizinstudiums eingeführt, was die Möglichkeit schuf, neue Modelle der medizinischen Ausbildung in der Vorklinik zu etablieren. Das erste Jahr des "Dresdner Modells" liegt nun hinter uns. Das Neuartige daran waren folgende Lehrveranstaltungen:

Fünf Kliniken der Medizinischen Akademie Dresden wurden von allen Studenten durchlaufen an jeweils zwei Vormittagen pro Woche in Gruppen von 2 Studenten je Station (acht Studenten/Woche). Begleitend dazu wurden Propädeutikvorlesungen in den sogenannten großen Fächern gehalten (sechs Stunden/Woche).

¹ Nach einem Vortrag auf dem 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, 3.-6. 6. 1992 in Mainz

Im zweiten Semester wurden sechs Balintseminare a 90 Minuten mit folgenden Themenschwerpunkten angeboten: "Verhältnis: Arzt-Schwester-Patient", "Patient-Krankheit-Klinik", "Visitengestaltung", "Iatrogenie", "Umgang mit chronisch Kranken", "Krankheitsbewältigung".

Die Seminare wurden in Gruppen zu 15 Studenten durchgeführt; damit war es den Studenten möglich, das an den Vormittagen auf den Stationen im Umgang mit den Patienten Erlebte unmittelbar zu bearbeiten und Erfahrungen zu vertiefen bzw. von vornherein somatisch-naturwissenschaftliche Krankheitskonzepte mit psychosozialen Betrachtungsweisen von Krankheit zu verknüpfen. Die Durchführung der Balintseminare wurde von den Studenten begrüßt und eine Erweiterung derartiger Angebote gefordert.

Summary: Balintseminars for students during the preclinical education

In 1990 the Medical Academy of Dresden did introduce the pre-clinical education for medical students, what did create the possibility to establish new types of medical education in the preclinical studies. The

first year of "Dresdens type" has ended now. The innovation of this type were the following teaching activities: All students did pass through five hospitals of the Medicals Academy of Dresden during weekly two forenoons in groups of two students per ward (eight hours weekly). Lectures of propaedeutic did attend this one in the so called important specialities (six hours weekly). In the second semester six Balintseminars to 90 min. were offered with the following main points of subjects: "Relation doctor - nurse - patient", "Patient - disease-hospital", "Organisation of the visit", "Istrogeny", "Relation to chronic patients", "Overcoming diseases". The seminars were carried out in groups of 15 students, thus the students were able immediately to interpret the experiences with the patients of the same forenoon and to deepen their experiences, respectively from the outset to join somatic-naturalscientific concepts of disease with psychosocial views of disease. The students did welcome the execution of the Balintseminars and they did ask for an amplification of such offers.

1. Zur Problematik ärztlicher Ausbildung

Die Forderung, angehenden Ärzten ausreichend Wissen, aber damit auch Fertigkeiten im Umgang mit Kranken und ärztliche Einstellungen praxisgerecht zu vermitteln, wird immer lauter. "Die Gesundheitsministerinnen kommen und gehen, der Notstand der ärztlichen Ausbildung bleibt" (FAZ 06.05.92, Nr.105).

Der "Murrhardter Kreis zur Medizinerausbildung" hat präzise formuliert, das Medizinstudium so zu gestalten, daß dem künftigen Arzt die Fähigkeiten vermittelt werden, normale Patienten in der Grundversorgung optimal betreuen zu können (7).

Das erfordert, die Kopf-lastigkeit heutiger Ausbildung zu ändern, praktische Ausbildung zu verstärken, die Trennung von Vorklinik und Klinik zu überwinden, theoretisches Wissen an praktischen Bedürfnissen zu orientieren, fachübergreifend Stoffgebiete darzustellen, Ausbildung in kleinen Gruppen von Studenten am Patienten zu realisieren.

Seit 1970 wurde die Approbationsordnung für Ärzte siebenmal novelliert, eine Sachverständigengruppe zur Frage der Neuordnung des Medizinstudiums etabliert.

In der DDR stand nach mehreren Hochschulreformen eine erneute Reform für 1992 bevor, an der seit 1988 intensiv gearbeitet worden war. Die Wende wendete auch diese Aktivitäten.

Unter Leitung von Prof. Rößler (Rostock) gab es Bemühungen das Fachgebiet Medizinische Psychologie neu zu ordnen, waren Überlegungen gediehen, allgemeine Grundlagen der Psychologie in der Vorklinik oder im 3. Studienjahr anzubieten und spezielle Aspekte medizinpsychologischer Ausbildung (Krankheitsbewältigung, Compliance, Umgang mit Sterbenden) im 4. Studienjahr in Zusammenarbeit mit Kliniken zu vermitteln, sollte ein studienbegleitendes Angebot von Oberseminaren bis zum Studienende medizinpsychologische Kenntnisse vertiefen und praxisnah umsetzen (9).

Die Verlagerung des Lehrgebietes Medizinische Psychologie in dem Ausbildungsabschnitt der Vorklinik ist unseres Erachtens ein Rückschritt zu schon einmal

erreichten Positionen, da das Vorherrschen organmedizinischer Lehre in der klinischen Studienphase weder durch die Fachgebiete psychosomatische Medizin, noch Psychotherapie kompensiert werden kann. Eine medizinpsychologische Fundierung in den klinischen Fachgebieten scheint uns bis zur Approbation studienbegleitend dringend erforderlich, zu Themen wie beispielsweise:

- Arzt-Patient-Verhältnis in der Onkologie,
- Compliance bei Epilepsie
- Krankheitsbewältigung bei endogenem Ekzem,
- Arzt-Patient-Gespräch bei Leukämie-kranken Kindern und ihren Eltern
- Visitengestaltung in der Transplantationsmedizin,
- Iatrogenie im human-genetischen Beratungsgespräch.

Sollen diese Themen spezieller oder angewandter Medizinischer Psychologie nicht zum Trocken-Schwimmkurs degenerieren, bedarf es notwendigerweise der interkollegialen Zusammenarbeit der betroffenen Mediziner der Haut-, Orthopädie- oder Kinderklinik, ergibt sich damit deren erforderliche bis gewünschte medizin-

psychologische Horizonterweiterung (3), kommt es logischerweise zu mehr einfühlerischem Verständnis für die Patienten und deren Problemlage (4) und zu einem verbesserten therapeutischen Milieu, in dem wiederum die angestrebten neuen Ausbildungsformen für Medizinstudenten besser akzeptiert und nicht zur psychischen Belastung der Patienten verunstaltet werden (5).

2. Dresdner Modell

Die Notwendigkeit, an der Medizinischen Akademie Dresden vom nur-klinischen Studium zur Volluniversität sich ergänzen zu müssen, 70% der Studenten werden in der Vorklinik noch an der Humboldt-Universität Berlin ausgebildet, wurde genutzt, um neue Formen im Medizin-Studium wenigstens in der Vorklinik etablieren zu können.

Dabei wurden Erkenntnisse des Murrhardter Kreises ebenso genutzt wie langjährig-gewachsene eigene Vorstellungen (1,3). Mit anfänglicher Duldung und späterer Förderung durch das Sächsische Staatsministerium

für Wissenschaft und Forschung wurde in der Landeshauptstadt Sachsens erstmalig der Versuch unternommen, eine praxisbezogene medizinische Ausbildung hinsichtlich des klinischen Tätigwerdens der Studenten bereits in der Vorklinik zu etablieren. Gleichzeitig wurde vom Studienbeginn an Wert darauf gelegt, somatisch-naturwissenschaftliche Krankheitskonzepte mit psychosozialen Betrachtungsweisen von Krankheit und Kranksein zu verbinden. Damit soll sich der Medizinstudent von Anfang an mit seiner Beziehung zum Objekt seiner späteren Tätigkeit, dem Individuum Mensch, das krank geworden ist, sowie mit sich selbst in seiner späteren Verantwortung des Arzt-Seins auseinandersetzen (5).

Dabei tragen 3 Säulen dieses "Dresdner Modell" der ersten 4 Semester.

Alle Theorie-Fächer der Vorklinik werden von Praxisvertretern gelesen, auf praktische Bezüge orientiert. Konkret gestalten also Laborchemiker bzw. Fachchemiker in der Medizin das Gebiet Chemie und nicht Vertreter theoretischer Institute;

Physik wird ebenso von Biophysikern gelehrt, Biologie bieten Fachbiologen in der Medizin aus Instituten wie Pharmakologie oder Pathologie an. Die Fachvertreter der Biochemie, Anatomie und Physiologie halten ihrerseits Verbindung zu diesen Praxisvertretern der Theorie und schaffen durch gemeinsamveranstaltete Seminare Brücken zu ihren Fächern und Verbindungen zur klinischen Anwendung. Durchgehend ist diese traditionelle Theorie-Säule der Vorklinik streng praxisbezogen ausgerichtet und wird immer wieder an ihrem Nutzwert für die Praxis des Arztes gemessen (5).

Eine zweite Säule dient dem unmittelbaren Patientenkontakt. Die Studenten absolvieren an 2 Vormittagen in der Woche insgesamt 8 Praxisstunden auf Station, im Anschluß daran werden 4 Stunden Propädeutik angeboten. Die Praxis läuft in kleinen Studenten-Gruppen (2 StudentInnen auf einer Station, 8 gemeinsam in einer Klinik) in 5 verschiedenen Kliniken ab. Diese Kliniken (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie,

Neurologie und Psychiatrie) werden in bestimmter Reihenfolge, 2 Kliniken pro Semester, durchlaufen. Auf Station werden unter Anleitung von Assistenzärzten bzw. Fachschwestern verschiedene Aufgaben übernommen:

praktische Krankenpflege, Begleitung von Patienten zu Untersuchungen, Assistenz bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Hospitation bei Visiten und Arzt-Patient-Gesprächen. Gleichzeitig werden klinik-typische Lehrvisiten zu bestimmten Themen (Infusionstherapie, Notfallmedizin, Labordiagnostik) und Gruppenvisiten angeboten (1). Parallel zum Praxis-Einsatz wird die Propädeutik-Vorlesung mit 6 Wochenstunden angeboten zu Themen der allgemeinen und speziellen Krankheitslehre und Krankenpflege, gleichzeitig stellen sich die Fachgebiete mit ihrer Spezifik und Patientencharakteristik vor. So erfolgen Vorlesungen zu Themen wie:

- Die Lagerung des Patienten,
- Verbandswechsel und Sterilität,
- Fieber und Elektrolyt-haushalt,

- Aufklärung des Patienten vor Operationen,
- Behandlung gegen den Willen eines Patienten.

14tägig erfolgen zu diesen Themen Seminare in den einzelnen Kliniken unter Leitung eines erfahrenen Klinikers, der verantwortlich für diese Ausbildung im 1. Studienjahr in seiner Fachklinik ist.

Ein Teil der Studenten hatte bisher durch ein einjähriges Vorpraktikum ("nulltes Studienjahr") mit Tätigkeit im rein pflegerischen Bereich Klinik-erfahrung und konnte sich vertiefend anderen Themen (spezielle Diagnostik-Verfahren, Dialyse-Station) widmen.

3. Studenten - Balintseminare

Als weitere 3. tragende Säule dieses Dresdner Modells haben wir Studenten-Balintseminare in dieses 1. Studienjahr eingeführt (5).

Ziel ist, die Beobachtungen der Studenten bei ihrem Praxis-einsatz auf Station zu schärfen, bestimmte Schwerpunkte im Semesterverlauf kontinuierlich zu verfolgen, vorher festgelegte Themen in späteren Balint-Seminaren durch Praxisbeispiele zu bereichern. Das soll den Blick des Studenten für Probleme des Umganges mit Patienten, für eigene Erlebens- und Verhaltensweisen, für psychosoziale Belange der Erkrankten schulen. Diese Beobachtungen, Betroffenheiten, Gefühle, Erlebnisse, Reaktionen werden themenzentriert im Balint-Seminar besprochen. Wir versprechen uns davon eine Sensibilisierung für die Probleme der Patienten, Verständnis für eigenes Reagieren und die Reaktion des Pflorgeteams, verbessertes Einfühlungsvermögen und Umgangsbefähigung für und mit den Patienten.

Zu Semesterbeginn erfahren jeweils 2 Studenten die Themen,

die sie dann im Balintseminar gestalten sollen.

Als Themen wurden festgelegt:

- Patient und Krankheit,
- Patient und Klinik,
- Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis auf Station,
- Visitengestaltung (dabei noch unterteilt in
Pflege-, Stationsarzt-,
Oberarzt- und Chefvisite),
- Iatrogenie auf Station,
- Zum konkreten Umgang mit chronisch Kranken,
- Formen der Krankheitsbewältigung.

14tägig finden 2-stündlich unter Leitung eines Psychotherapie-erfahrenen Facharztes mit 12-15 Studenten diese Balint-Seminar statt, die zusätzlich durch alle Teilnehmer ausgewertet werden bzgl. Inhalt, Gestaltung, offener Themen und notwendiger Ergänzungen.

So wurden etwa folgende Aussagen in Seminareinschätzungen getroffen:

- Kritik am Informationsfluß zwischen Arzt und Schwestern,
- zu gering-geplanter Zeitfond des Arztes bei der Visite,
- mangelnde Gestaltung des Klinikmilieus,

- fehlende Unterstützung zur Krankheitsbewältigung durch Arzt und Schwester,
- Probleme der eigenen Befähigung zum Arztberuf und zum Umgang mit unheilbar Kranken (6).

Die Balint-Seminare warfen meist mehr Fragen auf, führten bei den Studenten zur vertiefenden Bearbeitung durch angebotene Fachliteratur, zu hohem Interesse an psychosozialen Belangen von Krankheitsgenese und Krankheitsbewältigung.

Ein Chef-Visitenbericht aus der Chirurgischen Klinik möge zur Illustration dienen:

"Ein weiteres Problem ist die wöchentliche Chefvisite. Schon früh beim Betten spürt der Patient die Emsigkeit des Pflegepersonals, es wird geflimmert, geputzt, aufgeräumt: der Klinikprofessor ist angesagt. Diese Unruhe überträgt sich automatisch auch auf die Kranken, die dann den nahenden Begebenheiten furchtvoll entgegenblicken und wie versteinert bis zum Ende der Visite im Bett liegen. Keiner

der Patienten kommt bei diesem Anlaß dazu, seine Probleme anzubringen. Das Patientenzimmer ist gefüllt mit Professoren, Oberärzten, Ärzten, uns, der Stationsschwester. Letztere ist eifrig damit beschäftigt, sich einen Platz in den vordersten Reihen zu erkämpfen, um wenigstens die Hälfte von dem Gesagten mitzubekommen. Es wird mit Akten, Kurven, Röntgenbildern hantiert, Fremdworte durchfliegen den Raum und außer einem Blick auf den Bauch statt einmal in das angstvolle Gesicht des Patienten, fehlt der psychische Einfluß fast vollständig. Der Kranke als Mensch ist vergessen (2)."

4. Erste Ergebnisse der Studenten-Balintseminare

Wir sind uns im klaren, daß diese Form des Ausbildungsganges im 1. Studienjahr derzeit vor allem deshalb gelingt, weil wir eine extrem kleine Studentenzahl aktuell in der Vorklinik, 30-40 Studenten,

betreuen, auch das Studienjahr ab 5. Semester hat nur 120 Studenten.

Wir meinen aber trotzdem, interessante Erfahrungen erhalten zu haben, die eine Weitergabe lohnen.

Parallel versuchen wir, Einstellung- und Haltungsfragen der Studenten testpsychologisch (Gießen-Test, Orlik-Gitter, Selbst-Sicherheitstest) zu erfassen, mit traditionell ausgebildeten Medizinstudenten, die von Berlin zu uns ins klinische Studium kommen, zu vergleichen und bis zum Studiumende zu verfolgen, wenn nicht als Einzel-, so wohl doch als Gruppenwerte.

Anfangsbefunde liegen vor, lohnen aber noch keine Darstellung.

Die erste Auswertung der Balint-Seminare aber brachte folgende Erkenntnisse der so betreuten Studenten:

- Balintseminare sind sehr gut geeignet, psychologische und emotionale Aspekte in der Medizin zu diskutieren, durch die Balint-Seminare ist die Haltung zum Patienten "präziser" geworden, Einstellung auf Probleme und Sorgen der Patienten und damit verbundene

Schwierigkeiten fällt jetzt leichter, insbesondere zum Thema Krankheitsbewältigung;

- Balint-Seminare erweiterten das auf den Stationen praktisch erworbene Wissen, machten mit psychischen und psychosomatischen Leiden vertraut, Umgang mit derartig Erkrankten wurde vermittelt, der Patient als kranker Mensch als Ganzes in die Betrachtungsweise einbezogen;

- Balint-Seminare verdeutlichen, welche Erwartungen Ärzte und Schwestern neben ihrer Fachkompetenz zu erfüllen haben, wie z.B. Bedürfnisse nach Geborgenheit und Sicherheit, Anerkennung und Fürsorge, nach Kommunikation und Kooperation, nach Informationen; diese Bedürfnisbefriedigung wird als ebenso wichtig wie die Behandlung der eigentlichen Krankheit angesehen;

- Balint-Seminare halfen zu erkennen, daß ein Kranker auch seelischen Beistand bei der Krankheitsbewältigung braucht und dabei das Lebenskonzept des Patienten Berücksichtigung finden muß, weiterhin wurde die Fähigkeit des Sprechens mit dem Patienten vermittelt, wobei

erkannt wurde, daß dies eine Fähigkeit ist, die erlernt werden muß und nicht mit der Zeit von selbst angeeignet wird, Seminare bauten auch die Hilflosigkeit im Umgang mit dem Patienten ab;

- Balint-Seminare zeigen Fehler in der späteren ärztlichen Tätigkeit auf und machen ihre Wirkung auf den Patienten erkennbar; die Seminare warfen Fragen nach dem eigenen Verhalten auf, die Abläufe auf den Stationen wurden durch die Balint-Seminare im Nachhinein kritisch durchdacht;

- Balint-Seminare wurden als sehr hilfreich erlebt, führten oft zu kontroversen Diskussionen unter den Studenten und trugen wesentlich dazu bei, Erfahrungen im Umgang mit dem Patienten zu vertiefen.

Naturgemäß blieb vieles noch verbesserungswürdig und überdenkenswert.

So bieten wir jetzt eine Woche vor jedem Balint-Seminar eine Vorlesung zum theoretischen Hintergrund des Themas, z.B. "biopsychosoziale Krankheitsgenese, Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis, Coping-

Strategien" als Einstieg und Übersicht an.

Noch ist die Rolle dieser Studenten: Nicht-mehr-Pfleger aber Noch-nicht-Famulant unklar; ihre Betreuung auf Station aufwendig und wenig beliebt, der Nutzen noch nicht erkennbar; das Engagement der Studenten aber für diese Ausbildungsform ist für alle Lehrenden extrem positiv motivierend und ansteckend.

Abschließend sei ein Bericht zitiert, vorgetragen von einer unserer Studentinnen im November 1991 auf einer Tagung der Euro-pean medical students association (8):

"Gerade durch die studentischen Balint-Seminare wurde uns bewußt, wieviel an Arzt-Patient-Schwester-Verhältnis wir in einem halben Jahr schon persönlich erlebt hatten. In unserer ganz besonderen Situation waren wir teils Betrachter, teils Akteure und teils 'Opfer'. Weitere Themen waren z.B. der Umgang mit Kranken im Allgemeinen und im Besonderen, Visitengestaltung, die hierarchische Struktur auf Station und unsere Stellung als

Auszubildende darin und immer wieder unsere Erfahrungen auf Station, die die Grundlage der Diskussionen bildeten. So wurden wir durch den Komplex der Propädeutik schon im ersten Jahr unseres Studiums für viele Probleme sensibilisiert, die sich zwar abseits von Physik, Chemie und Anatomie, dafür aber mitten im ärztlichen Alltag abspielen. Genau das war und ist auch der Sinn des 'Dresdener Modells', wie uns von dessen Urvätern versichert wurde. Für mich eine interessante Überlegung, die mir das erste theoretische Jahr (und hoffentlich das Zweite auch noch) doch etwas weniger trocken gestaltet hat. Denn Theorie bleibt am Ende trotzdem genug übrig, da wir ja auch bei den 'klassischen' Vorklinik-Disziplinen nicht unter Bundesniveau sein dürfen. Das hieß dann für uns, einen massiven Stundenplan mit 36 Stunden Lehrveranstaltungen pro Woche und ein ziemliches Pensum an Selbststudium zu bewältigen, was uns allerdings durch das 'familiäre' Klima in unserem 'Kleinstjahrgang' sowie ein gutes Verhältnis zu den meisten Lehrbeauftragten etwas erleichtert wurde."

Literatur:

FICKER, F. (1986). Die Gruppenvisite im Tages-Nacht-Therapeutikum (TNT) für psychisch Kranke. Psychiat.Neurol. Med.Psychol. Leipzig 38 (530-537).

FICKER, F. (1989). Die Visite im Krankenhaus - Vortrag 5. Dresdner Kolloquium "Umwelt und Gesundheit".

FICKER, F. (1990). Kommunikationsstile im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie. Sozialpsychiatrische Informationen 20 (27-29).

FICKER, F. (1991). Einige Aspekte konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit. Spektrum 20 (150-157).

HÜSE-KLEINSTULL, G., FICKER, F. (1990). Der medizinspsychologische Unterrichtsvortrag "1. Hamburg-Dresden-Symposium Studienreform in der Medizin, Hamburg".

PILLAU, H. (1990). Arztberuf - Idealisiertes-Bild. Dt. Ärzteblatt 87 (Heft 43).

POHLMAYER, H., SCHLÖSSER, A-M., WELZ, R. (1989). Psychologie in der ärztlichen Ausbildung, Forschung und Praxis. duphar med. script. 5.

RICHTER, A. (1991). Ein Jahr "Dresdener Modell". "News Letter" EMSA.

RÖSLER, H.-D., SZEWCZYK, H. (1992). Medizinische Psychologie in der ehemaligen DDR - Schon vergessen? Zeitschrift für Medizinische Psychologie (191-194).

Dr. med. Friedemann Ficker
Oberarzt

Dr. med. Elke Wollenhaupt
Abteilung Medizinische Psychologie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden