

Claudia Schumann  
Frauenheilkunde mit Leib und Seele

Sachbuch Psychosozial

Claudia Schumann

# **Frauenheilkunde mit Leib und Seele**

**Aus der Praxis  
einer psychosomatischen Frauenärztin**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2017 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung  
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,  
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paula Modersohn-Becker,

*Selbstporträt vor grünem Hintergrund mit blauer Iris*, ca. 1905

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin

[www.me-ti.de](http://www.me-ti.de)

ISBN 978-3-8379-2692-7

*Für Michael*



# Inhalt

<b>Frauenärztin: ein wundervoller Beruf!</b> Einladung zum Lesen	11
<b>1. Der Beginn der Praxis</b>	
<b>»Warum gerade Psychosomatik?«</b> Mein Weg zur Frauenärztin für Leib und Seele	14
<b>»Niederlassen? Das geht gar nicht!«</b> Von der großen Frauenklinik in die Kleinstadtpraxis	21
<b>»Alles Psycho oder was?«</b> Im Dschungel von Psychotherapie, Psychologie, Psychiatrie und Psychosomatik	25
<b>2. Alltag in der Praxis</b>	
<b>»Was mach' ich eigentlich Tag für Tag?«</b> Sprechstundenalltag: Protokoll und Analyse	34
<b>»Erst untenrum?«</b> Die frauenärztliche Untersuchung: Umgang mit dem <i>Eingriff</i>	45

<b>»Sicher und gut durch die Schwangerschaft – aber wie?«</b>	50
Konzept der gemeinsamen Betreuung	
<b>»Wie sage ich es ihr?«</b>	59
Überbringen einer schlechten Nachricht	
<b>»Was würden Sie mir denn raten?«</b>	63
Der Januskopf der Pränataldiagnostik	
<b>»Und was kommt danach?«</b>	69
Die dunkle Seite der Pränataldiagnostik	
<b>»Hält der Muttermund bis zum Termin?«</b>	76
Verantwortung aushalten bei drohender Fehlgeburt	
<b>»Am besten Sie schreiben mich gleich krank!«</b>	82
Kritische Überlegungen zum Mutterschutzgesetz	
<b>»Mitgefühl und Verständnis für alles – wie geht das?«</b>	88
Umschalten zwischen Kinderwunsch und Abbruch	
<b>»Irgendwoher muss es doch kommen!?«</b>	95
Chronische Schmerzen: eine Herausforderung für Frauen und ihre ÄrztInnen	
<b>»Ich bin enttäuscht von Ihnen!«</b>	101
Ärger, Budget und Balint-Gruppe	
<b>»Muss meine Gebärmutter wirklich raus?«</b>	104
Gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making)	
<b>»Sind das die Hormone oder muss ich zum Nervenarzt?«</b>	109
Neugierde statt Angst in den Wechseljahren	



---

<b>»Sie haben Krebs – ich begleite Sie«</b> Vermittlung der Diagnose mit Empathie und Wissen	113
<b>»Und wie geht es jetzt weiter?«</b> Leben nach Brustkrebs: Paradigmenwechsel bei Therapie und Nachsorge	116
<b>»Können Sie da mal anrufen für mich?«</b> Kommunikation zwischen Praxis und Klinik – Chance und Herausforderung	125
<b>»Bin ich schuld?«</b> Umgang mit Versäumnis und Fehlern	132
<b>»Ist das etwas Schlimmes?«</b> Die Angst der Patientin ist nicht die Angst der Ärztin	137
<b>»Wann muss denn meine Tochter kommen?«</b> Mädchen-Sprechstunde: Spagat zwischen Medikalisierung, Fürsorge und Selbstbestimmung	145
<b>»Ich halte Sie doch nur auf!«</b> Die alte Frau in der Praxis: Fürsorge und Gerechtigkeit versus Wirtschaftlichkeit	151
<b>»Sie kennen sich doch auch mit Sex aus?!«</b> Sexualberatung als frauenärztliche Aufgabe	155
<b>3. Organisation und Weiterentwicklung der Praxis</b>	
<b>»Kann man damit auch Geld verdienen?«</b> Anspruchsvolle Medizin unter dem Druck der Kalkulation	160
<b>»Wir arbeiten hier alle Hand in Hand!«</b> Überwindung von Hürden auf dem Weg zum Praxis-Team	170

<b>»Behandlung erster und zweiter Klasse?«</b>	173
Wirtschaftlichkeit und Umgang mit Privatpatientinnen	
<b>»Wir sind gut: wozu das Gerede?«</b>	177
Qualitätsmanagement: von der Skepsis zur Überzeugung	
<b>4. <i>Selbstbewusster Rückblick und Ausblick</i></b>	
<b>Frauenärztin in der Praxis: Medizin und mehr!</b>	188

# Frauenärztin: ein wundervoller Beruf!

## Einladung zum Lesen

»Frau Doktor, Sie sind doch eine kluge Frau.«

Es war im Sommer 1998. Eine gepflegte ältere Dame, mir besonders sympathisch, weil sie wie ich aus Hessen stammte, begann mit diesen Worten ein Gespräch. Die Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl war ihr schon immer spürbar unangenehm, sie hatte sie gerade mal wieder hinter sich gebracht.

»Und hübsch sind Sie eigentlich auch.«

»Mmh ...?«

»Warum sind Sie eigentlich nicht was anderes geworden? Immer so in meinem Gellersch (hessisch = Dreck, Müll) da unten rummachen. Sie könnten doch auch was Besseres machen, irgendwas so mit dem Kopf ...«

»Mmmh ...?«

»Frisöse zum Beispiel.«

Inzwischen war sie wieder angekleidet, kam aus der Umkleidekabine und sah mich fragend an. Verblüfft, das Grinsen mühsam unterdrückend, versuchte ich ihr zu erklären, dass mir der Beruf Spaß macht und mir wichtig ist, dass ihr »Gellersch« nichts Ekliges ist. An ihrem ungläubigen Gesicht meinte ich zu erkennen, dass sie mich nicht verstand.

Und wenn mir auch bewusst war, dass ihre Geringschätzung meines Berufs zusammenhing mit ihrer eigenen Abwertung ihres Unterleibs, hat es mich beschäftigt: Was wissen und denken meine Patientinnen von meinem Beruf? Jede einzelne nimmt mich wahr in der Sprechstunde, wenn ich mich um ihr Anliegen kümmere. Aber meinen beruflichen Alltag kennen sie nicht. Und auch meine Bekannten und Freundinnen haben keine Vorstellung davon, was ich tagtäglich mache. Weil *ich* immer neugierig bin auf den Berufsalltag von anderen und mir schwer vorstellen kann, was ein Richter macht, oder eine Architektin, oder auch

eine Friseurin, kam ich auf die Idee, darüber ein Buch zu schreiben: über die frauenärztliche Praxis, die Sprechstunde, den Umgang mit Schwangerschaft und Krebs, mit Verantwortung, mit Angst und mit Schuld; und über die Führung eines kleinen Unternehmens und die gesellschaftliche Verantwortung als Ärztin.

Es sind persönliche Erlebnisse, Einschätzungen, Informationen und Gedanken, die sich zu einem losen Mosaik fügen. Alles ist geprägt durch meine psychosomatische Ausrichtung. Damit meine ich das zunehmende Verständnis um den engen Zusammenhang von *Leib und Seele*, bei Gesundheit wie bei Krankheit. Dieses grundlegende Wissen war wertvoll für die Begleitung der Patientinnen und hat nicht zuletzt auch mich vor dem »Ausbrennen« geschützt.

Beim Schreiben habe ich an *alle* daran interessierten Frauen gedacht und setze auf *Ihre* Neugierde. (Ob es Männer interessiert, da bin ich skeptisch, trotz des Protests meines Mannes.) Speziell kann ich mir vorstellen, dass das Buch MedizinstudentInnen hilft beim Nachdenken über ihren späteren Beruf. Und dass auch andere Berufsgruppen (Hebammen, PsychotherapeutInnen, Pflegekräfte) profitieren können von den Informationen, dass es insgesamt anregt zu mehr interdisziplinärer Kooperation.

Während meiner Berufstätigkeit fand ich keine Ruhe zum Schreiben. Aber die Idee blieb latent im Hinterkopf. Aus den Erinnerungen und Notizen konnte das Buch erst entstehen, nachdem ich im Sommer 2014 die Praxis abgegeben hatte; und damit Abschied nahm von meinem *geliebten Beruf*, wie eine Freundin es treffend nannte.

So ist es ein Blick zurück geworden auf 27 Jahre Entwicklung und Tätigkeit in meiner Praxis für psychosomatische Frauenheilkunde, auf mein *Lebenswerk*. Und ein Plädoyer für die Psychosomatik gerade in der Frauen-Heilkunde und für den Beruf der Frauenärztin in der Praxis.

# **1. *Der Beginn der Praxis***

# »Warum gerade Psychosomatik?«

## Mein Weg zur Frauenärztin für Leib und Seele

### Einsatz auf der Krebsstation

»Macht das alles eigentlich noch einen Sinn? Habe ich eine Chance, wieder gesund zu werden – oder wenigstens noch auf ein paar Jahre?«

Frau Mark liegt im Bett, blass, die Augen eingefallen, der Blick ernst und fragend. Gerade habe ich ihr eine dicke Nadel in die Vene gelegt, die Chemotherapie-Infusion angehängt und den Schlauch überprüft: Die rote Flüssigkeit tropft gleichmäßig in ihren Körper. Wir sind ein Jahrgang, beide 26 Jahre alt, beide blond und schlank. Sie ist vor zwei Jahren an Brustkrebs operiert worden und wird jetzt behandelt wegen Metastasen in der Leber. Ich bin Ärztin, habe vor zwei Jahren mein medizinisches Staatsexamen abgelegt und den Dokortitel erworben, danach eine große Reise unternommen und dann die damals vorgeschriebene einjährige Medizinalassistentenzeit abgeleistet. Jetzt, im Sommer 1977, habe ich meine erste Stelle als Assistenzärztin in einer großen norddeutschen Frauenklinik angetreten. Und wundere mich noch fast täglich, wenn mich die Krankenschwestern mit »Frau Doktor« ansprechen: Meinen die wirklich mich?

Mein neuer Chef hatte mich gleich auf seine Privatstation eingeteilt. Und da sein Schwerpunkt die Krebsbehandlung (Onkologie) ist, liegen dort überwiegend Frauen mit Brustkrebs, der häufigsten weiblichen Krebserkrankung. Manche sind frisch operiert und bleiben nur ein paar Tage zur Wundheilung, andere sind da zur Behandlung ihrer Metastasen (Krebsabsiedlung in anderen Organen). Entsprechend ist die Stimmung unterschiedlich. Die Operierten sind entweder guter Dinge, weil der Knoten doch gutartig war, oder sie müssen mit dem Schock der Diagnose »Krebs« und der Brust-Abnahme fertig werden, die damals noch Standard war. Vor der Operation haben sie unterschrieben, dass die Brust gleich

entfernt werden darf, falls der getastete Knoten bösartig sein sollte. Damit will man ihnen einen zweiten Eingriff ersparen. Während die Frau in Narkose liegt, wird das aus der Brust entfernte Gewebstück, der »Schnellschnitt«, von Spezialisten unter dem Mikroskop untersucht. Bis die telefonische Meldung kommt, ob die Gewebszellen gutartig oder bösartig sind, wartet das OP-Team. Dann wird entweder die kleine Wunde verschlossen oder sofort die ganze Brust abgenommen. Der erste Griff der Frau beim Aufwachen aus der Narkose führt deshalb an die Brust: Nur ein kleiner Pflasterverband? Das heißt »Entwarnung«. Oder großer Verband, darunter alles flach? Das bedeutet »Krebs«. Die meisten können beim Verbandswechsel kaum hinschauen auf ihre große Narbe. Aber sie haben die Hoffnung, dass mit der Operation alles behoben ist, dass der Krebs für immer entfernt wurde. So trösten wir sie auch, wenn wir die Fäden entfernen und sie weinen über ihr Aussehen.

Die anderen Patientinnen sind auf der Station, weil der Krebs doch wieder aufgetaucht ist; sie haben Metastasen, meist in der Lunge oder der Leber. Sie wirken ernst und angespannt. Die Krankheit hat sich im Körper ausgebreitet und parallel dazu die Angst. Die meisten bleiben nur ein bis zwei Tage auf der Krebsstation. Nach einigen Untersuchungen bekommen sie ihre Infusionen mit Chemotherapie, die ich ihnen anhänge, und dann einen neuen Termin. Gespräche sind nicht vorgesehen. Nur die Schwerkranken bleiben länger.

Der Professor erscheint einmal täglich zur Chef-Visite. Dann gehen wir zusammen von Zimmer zu Zimmer. Ich muss ihm die Frauen zügig namentlich und mit Krankheitssituation vorstellen:

»Das ist Frau Mark aus Verden, 26 Jahre alt, OP vor zwei Jahren, T1 N+, Mamma-Ablatio und Axilla-Dissektion; vor vier Monaten auswärts Diagnose von Leberfiliae und Aszites. Sie bekommt heute ihre dritte CMF – Infusion. Die filiae in der Leber sind etwas kleiner geworden, der Aszites ist rückläufig, bislang keine anderen filiae bekannt. Blutwerte in Ordnung bis auf eine leichte Anämie. Die beiden ersten Zyklen hat sie recht gut vertragen, nur die übliche Übelkeit.«

Übersetzt heißt das: Bei Frau Mark wurde vor zwei Jahren die Brust abgenommen, der Tumor war kleiner als zwei Zentimeter (= T1), die Lymphknoten in der Achsel waren aber dennoch schon mit Krebszellen befallen (= N+). Jetzt, also knapp zwei Jahre nach der Krebsdiagnose, wurden Metastasen (filiae = Tochtergeschwülste) festgestellt; sie bekommt deshalb eine Chemotherapie nach dem CMF-Schema, eine Kombination aus drei unterschiedlichen Wirkstoffen. Die Therapie hat bewirkt, dass die Metastasen etwas kleiner geworden sind und dass die krankhafte Ansammlung von Wasser im Bauchraum (Aszites) zurückgegangen ist. Andere Metastasen sind bislang nicht nachgewiesen. Sie hat typische

Nebenwirkungen der Chemotherapie: Blutarmut (Anämie) und Übelkeit. Frau Mark versteht kaum etwas von unserer Medizinersprache, das soll sie auch nicht. Sie schaut fragend aus ihrem Bett zu uns hoch. Der Professor nickt freundlich. »Sehr schön – das wirkt also – weiter so!«, tätschelt ihr noch kurz die Schulter und geht lächelnd raus. Draußen wird er ernst.

»So jung, so schnell eine Metastasierung, sie hat leider kaum Chancen. Aber machen Sie ihr Mut! Vielleicht können wir das Ganze wenigstens etwas aufhalten, dass sie noch ein paar gute Monate hat. Also weiter so, und möglichst schnelle Entlassung; aber lassen Sie noch einmal die Lunge vorher röntgen, nur zur Sicherheit – sie bekam etwas schlecht Luft.«

Ich weiß: Frau Mark wird bald an ihrem Krebs sterben. Auch wenn die Chemotherapie die Metastasen kleiner gemacht hat, werden sie nicht verschwinden. Es ist nur ein begrenzter Aufschub. Der Krebs wird sich trotz der Behandlung im Körper immer weiter ausbreiten: in der Lunge, den Knochen, vielleicht auch im Gehirn. Es gibt keine Heilung! Wie lange das gehen wird, wie es ihr dabei ergehen wird, weiß niemand. Was soll ich ihr also jetzt sagen? Ich stehe an ihrem Bett und winde mich heraus:

»Der Chefarzt hat doch vorhin gesagt, dass die Behandlung wirkt, die Knoten in der Leber sind schon kleiner geworden! Morgen wird noch einmal die Lunge geröntgt, reine Routine, dann können Sie nach Hause. Und in drei Wochen sehen wir uns dann wieder zur nächsten Behandlung.«

Die Infusion läuft gut, ich gehe schnell raus; und fühle mich sehr schlecht, hilflos.

Auf solche Situationen war ich während meines sechsjährigen Medizinstudiums nicht vorbereitet worden. Nach den Erfahrungen im berufspraktischen Jahr, jeweils vier Monate in der Inneren Medizin, der Chirurgie und Kinderheilkunde, hatte ich mich bewusst für die Gynäkologie als mein zukünftiges Spezialgebiet entschieden. Aus meiner Sicht versprach das eine Mischung aus unterschiedlichen spannenden Bereichen: Schwangerschaft, Geburtshilfe, operative Eingriffe und internistische Diagnostik bei Hormonstörungen. Gerade das letztgenannte Themengebiet, die Endokrinologie (Lehre von den Hormonen), hatte mich schon im Studium fasziniert. Das war wie ein Detektivspiel, die Regelkreise zu begreifen und die Ursache für Störungen herauszufinden. Wissenschaft und Forschung interessierten mich. Außerdem wollte ich bewusst eine *Ärztin für Frauen* werden, wollte in diese Männerdomäne eindringen – so steht es in meinen Aufzeichnungen aus dieser Zeit. Nicht wirklich bewusst war mir allerdings, dass es nicht nur um die »richtige« Diagnose und Therapie gehen würde, sondern um den Umgang mit »richtig« kranken Menschen; und dass ich auch mit Schwerstkranken kon-



frontiert sein würde und mit deren Kampf ums Überleben. Bei der Einführung in die Stationsarbeit wurde mir erklärt, wie ich die Dosis der Chemotherapie berechnen sollte, aber nicht, wie ich mit den Fragen der Patientinnen umgehen könnte. Das schien selbstverständlich, dafür gab es keine Anleitung. Gelegentlich kam die Sozialarbeiterin auf die Station, die Seelsorgerin machte regelmäßig ihre Besuche. Sonst schien niemand in der Klinik zuständig für die nicht-körperlichen Belange.

Am Abend erzählte ich meinem Mann von meiner Erschütterung durch das Gespräch mit der gleichalten, aber todkranken Patientin, nur um die Belastung los zu werden. Und ließ gleich am nächsten Tag *meine* Brust röntgen (Mammografie), um sicher zu sein: *Ich* habe keinen Brustkrebs.

## **Entdeckung von Psychotherapie und Psychosomatik**

Am folgenden Wochenende traf ich einen Verwandten, einen Internisten mit viel Berufserfahrung, und erzählte ihm von meinen ersten Wochen auf der Krebsstation und von meinen Gefühlen der Unsicherheit und Überforderung, die mich schon an meiner Berufswahl zweifeln ließen. Das Gespräch war ein glücklicher Zufall; es stellte entscheidende Weichen für mein weiteres Berufsleben. Peter war nicht nur Arzt, sondern auch Psychotherapeut. Er verstand meine Erschütterung und erklärte mir, dass man den Umgang gerade mit schwerkranken Patienten lernen könne und auch lernen müsse! Die Wahl der Worte, die richtige Mischung aus menschlicher Nähe und beruflicher Distanz – das könne man nicht automatisch. Angeregt durch die Informationen über entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten meldete ich mich bei der nächsten Tagung für Psychotherapie und Psychosomatik an, in Lübeck. Die dortigen Vorträge und Diskussionen haben mich sofort angesprochen, ebenso wie die gesamte Atmosphäre. Genau das hatte mir gefehlt: das Nachdenken über die Wechselwirkung von Körper und Seele und über die Beziehung von ÄrztInnen und PatientInnen. Das war mein Einstieg in die Psychosomatik. Schon der Name ist Programm: eine Zusammensetzung aus »Psyche« (griechisch = Seele) und »Soma« (lateinisch = Körper). Ich erfuhr und lernte: Körper und Seele wirken immer aufeinander ein, es gibt nie ein Entweder-oder, bei Krankheit ebenso wie bei Gesundheit. Außerdem wirkt die eigene Lebenssituation darauf, ob bzw. wie jemand erkrankt und wie er/sie mit der Erkrankung umgeht, welche Widerstandskraft und welche Bewältigungsmöglichkeiten bestehen. Man spricht auch von der »bio-psycho-sozialen Krankheitslehre«: Damit ist eine Herangehensweise gemeint, die grundsätzlich die körperlich-biologischen ebenso wie die psycho-sozialen Einflüsse im Blick hat im Umgang mit Ratsuchenden und

Kranken. Es leuchtete mir schnell ein, dass dieses Medizinverständnis gerade in der Frauenheilkunde von besonderer Bedeutung ist. Denn FrauenärztInnen begleiten ihre Patientinnen in allen Lebensphasen, von der Pubertät über die Wechseljahre bis ins hohe Alter. Sie beraten und behandeln sie bei Verhütung ebenso wie bei Kinderwunsch, bei Sexualproblemen, während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in den Wechseljahren. Immer ist ein ganzheitliches Verständnis erforderlich; so abgedroschen der Begriff auch ist, hier hat er seine Berechtigung. Und gerade die weiblichen Erkrankungen verlangen einen breiten Blick, seien es Scheidentzündungen, Krebserkrankungen oder Unterleibsschmerzen, wie in den folgenden Kapiteln noch näher dargestellt wird.

## **Untersuchung und Scham**

Und noch etwas macht die Frauenheilkunde besonders: Es geht um die Untersuchung der weiblichen *Sexualorgane*! Das Abtasten der Brust und noch mehr die Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl sind sehr intime Situationen; sie sind für die Frau »eingreifender« als zum Beispiel das Abhören von Herz und Lunge oder der Blick in den Rachen. Auf alten Abbildungen ist erkennbar, wie das früher durchaus berücksichtigt wurde: Die Frau steht voll bekleidet aufrecht im langen Gewand, der Arzt kniet neben ihr und tastet vorsichtig von unten, unter dem langen Rock ihren Unterleib ab. Von diesem »Respekt« war in meiner Klinikzeit nichts zu spüren. Zu Beginn meiner Ausbildung erlebte ich eher das Gegenteil: die öffentliche Zur-Schau-Stellung der Frau, ohne Rücksicht auf ihr Schamgefühl. Das war mir unangenehm, aber ich konnte damals nicht konkret benennen, was mich störte. Besonders hat sich mir die tägliche »Chef-Vorstellung« eingepägt. Dabei wurden alle neu auf der Abteilung aufgenommenen Frauen, die der Aufnahmekarzt morgens schon befragt und untersucht hatte, nachmittags vom Klinikleiter noch ein weiteres Mal angesehen. Diese Untersuchung fand in einem großen hallenartigen Raum statt unter Anwesenheit der Oberärzte und der Stationsärzte, zusammen mindestens 20 Männer in weißen Kitteln. Der Aufnahmekarzt stellte dem Chefarzt die Frau kurz vor, während sie sich, den Unterleib schon entblößt, auf den Untersuchungsstuhl setzte: »Das ist Frau XY, 42 Jahre, eingewiesen wegen Blutungsstörungen, Gebärmutter leicht vergrößert.«

»Na, dann legen Sie sich mal zurück, und die Beine bitte schön weit auseinander, hier, in die Schalen legen«, ordnete der Chefarzt väterlich an. Während der Untersuchung diktierte er seinen Tastbefund in die Feder des Assistenten und entschied mit Blick auf die Frau:

»Starke Blutung? Dann nehmen wir am besten gleich die Gebärmutter raus. In Ihrem Alter brauchen Sie die ja nicht mehr, oder? Kinder haben Sie doch schon. Das geht von unten. Sie haben ja auch eine leichte Senkung. Macht zwar vielleicht noch keine Beschwerden; aber wenn Sie schon mal in Narkose sind, operieren wir das dann gleich mit, einverstanden?«

Wir, die große Ärzteschar, standen im Halbkreis um den in der Mitte des Raums stehenden gynäkologischen Untersuchungsstuhl herum und sahen dem Chef über die Schulter, während die Frau mit breiten Beinen auf dem Stuhl lag und eingeschüchtert zu allem nickte und Ja sagte. Dass das für die Frau spürbar peinlich war, kam uns nicht in den Sinn, das sprach zumindest niemand an. In der Abteilung waren von den insgesamt 30 ärztlichen Stellen nur zwei mit Frauen besetzt; wir beiden jungen Assistenzärztinnen schwiegen ebenfalls. Unser Schutz für die Frauen beschränkte sich darauf, ihnen vor der Chef-Vorstellung zu raten, ein längeres Hemd anzuziehen, damit sie wenigstens auf dem langen Weg von der Umkleidekabine bis zum Untersuchungsstuhl nicht den Blicken auf den nackten Unterkörper ausgesetzt sein würden.

## **Ausbildung für Leib und Seele**

Insgesamt löste dieser Start in die ärztliche Tätigkeit bei mir das überwältigende Gefühl aus: Mir fehlt etwas, um eine gute Ärztin zu werden, ich bin nicht gut vorbereitet. Im Medizinstudium Anfang der 1970er Jahre hatten weder Psychologie noch Kommunikationstraining zum Standard der Ausbildung gehört. Auch während meiner klinischen Ausbildung ab 1976 ging es wesentlich um die Untersuchungstechnik, die apparative Diagnostik, das Operieren – aber kaum um das Hinhören oder um die Vermittlung der Befunde an die PatientInnen. Wie man ein »guter Arzt« wird, war nicht Thema. Man lernte von den ausbildenden Vorgesetzten, die noch überwiegend als »Halbgötter in Weiß« auftraten.

Mein Gefühl der Überforderung und mein Unbehagen im Klinik-Alltag führten zum Suchen: Wo kann ich weiter lernen, was mir fehlt? Zu meinem Glück wurde gerade in dieser Zeit die »Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde« gegründet, mit jährlichen Tagungen, von denen ich in den folgenden Jahren keine versäumte. Da gab es neben den Vorträgen zu speziellen frauenärztlichen Themen vor allem die Möglichkeit zu intensiver Diskussion und zur Selbsterfahrung in kleinen Gruppen. Ich fand ärztliche Vorbilder, die mir imponierten, weil sie anders dachten und redeten, als ich es bislang konnte. Die Atmosphäre auf diesen Tagungen war viel persönlicher als auf den üblichen Medi-

zinkongressen, es wurde mehr miteinander gesprochen, statt nur von oben doziert. Angeregt von meinen ersten Erlebnissen suchte und fand ich eine Balint-Gruppe in der Nähe meines Wohnorts. In diesen Gruppen, benannt nach dem ungarischen Psychoanalytiker Michel Balint, geht es um die gemeinsame Reflektion der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. In einer Gruppe von älteren Allgemeinärzten, geleitet von einem erfahrenen Kollegen, der noch bei Balint selbst hospitiert hatte, lernte ich, meine Probleme als junge Ärztin besser zu verstehen und nach und nach etwas an meinem eigenen Verhalten zu ändern.

Nachdem ich immer mehr feststellte, wie viel mir fehlte und wie spannend und gleichzeitig bereichernd das neue Gebiet war, ging ich das Ganze systematischer an. Ich begann eine mehrjährige psychotherapeutische Ausbildung parallel zur frauenärztlichen Weiterbildung mit dem Ziel »Frauenärztin mit Zusatztitel Psychotherapie«. Ich bin mir sicher, dass ich ohne diese »Nebentätigkeit« die Belastungen in der Klinik wie später in der Praxis sehr viel schlechter bewältigt hätte.

## **Psychosomatik hilft**

Das zeigte sich schon bei Frau Mark, der gleichaltrigen Krebspatientin. Sie kam immer wieder auf die Station, im Abstand von wenigen Wochen. Mit ihrem Befinden ging es auf und ab, allmählich wurde sie deutlich immer schwächer. Die Metastasen wuchsen trotz der Therapie. Nachdem ich in den ersten Wochen ihr Zimmer eher gemieden hatte, ging ich später, nachdem ich in der Balint-Gruppe über meine Unsicherheit hatte reden können, zwar immer noch angespannt, aber doch gerne zu ihr. Mir war klar geworden, dass es vor allem um mein »*Da-Sein*« ging, um zuhören und begleiten, und nicht darum, etwas zu machen. Wir waren uns sympathisch. Sie war wie ich jung verheiratet, hatte so viele Pläne! Ich schaffte es allmählich, ihre Angst auszuhalten und auf sie einzugehen, ihr nicht auszuweichen, mit ihr über die leider schnell fortschreitende Erkrankung zu reden, ihr aber auch begrenzt Hoffnung zu machen auf gute Tage. Sie erzählte von ihrem Mann, ihrem Beruf, ihren Geschwistern, ihrem Traum von eigenen Kindern. Und wollte wissen, wie es um sie steht. Ich bestärkte sie darin, zu reisen und ihren Garten zu genießen, jetzt! Sie verstand, war traurig, aber auch irgendwie besonders; sie sah manche Dinge anders, direkter. »Sie können ja auch nicht wissen, wie lange ich noch habe. Mir ist lieber, wenn Sie so offen mit mir reden, als wenn Sie mir etwas vormachen. Danke.« Ich habe viel von ihr gelernt, ihr Bild ist mir vor Augen geblieben.