

Gedächtnisprotokoll vom 15.12.2021, Heilbronn

Anwesend waren:

Amtsarzt Herr Dr. E.

Dipl. Psychologin Fr. H.

Heilpraktikerin und Protokollführerin Fr. S.

Allgemein:

Stimmung war durch und durch sehr herzlich und wohlwollend. Ich war zwar sehr aufgeregt, aber alle waren freundlich und haben viel gelächelt. Das hat Mut und Ruhe gegeben. Ich stand oft echt auf dem Schlauch (bei den banalen Sachen). Sie haben aber immer alles gegeben, um mir die Worte herauszulocken, die sie gebraucht haben. Also wirklich ein unglaublich positives Erlebnis.

Ablauf:

Herr E. hat mich der Runde anhand meines Lebenslaufes vorgestellt und mich kurz gebeten, wenn ich mag, Infos zu ergänzen und etwas zu mir zu sagen. Gesagt, getan.

Dann ging es direkt los mit dem berühmten Heilpraktikergesetz: Hier habe ich Paragraf 1 und 2 wortwörtlich wiedergegeben. Herr E. bestätigte nickend und betonte, dass „berufs- und gewerbsmäßig“ ausgeführte Tätigkeit eben den Unterschied ausmache.

Dann hat mir Herr E. ein Blatt zugeschoben (ich saß hinter einer Plexiglasscheibe), auf dem MINI MENTAL STATUS TEST stand. Dazu die Frage: Kennen Sie das? Ich bejahte und fing an: MMST wird in einer Praxis genutzt, um kognitive Störungen bei älteren Menschen zu erfassen und eine mögliche Demenz als Diagnose festzustellen. Auf Nachfrage von Herrn E., ob denn das eine endgültige Diagnose sei, antwortete ich, dass es nur eine Momentaufnahme des Patientenzustands sei und unbedingt noch organische Untersuchungen durchgeführt werden müssten, um die Verdachtsdiagnose zu bestätigen. Ich habe noch ergänzt, dass auch jemand, der eine schwere depressive Episode hat, bspw. unter schweren kognitiven Störungen leiden könnte. Das Thema war ziemlich schnell vom Tisch, weitere Fragen zur Demenz wurden gar nicht mehr gestellt.

Übergabe an Frau H., die mir einen Fall zum Durchlesen gegeben hat. Dabei ging es um eine Patientin, die mehrmals schon in psychotherapeutischer Behandlung war, stationär und ambulant. Klagt darüber, dass sie wieder abgenommen, Angst vor dem Leben, keine Freude mehr habe, Magen-Darm-Beschwerden plagen sie und sie vermeidet fetthaltige Speisen, mache sehr viel Sport usw. Waren viele Details die eben alle auf sowohl depressives Syndrom hinwiesen als auch an eine Essstörung (Anorexia nervosa - auch die Verdachtsdiagnose) denken ließen. Ich durfte mir Notizen machen. Im Nachgang würde ich jedem raten, sich dafür mehr Zeit zu nehmen :), ich war irgendwie schnell fertig und Frau H. war überrascht. Die erste Frage lautete: Wie gehen Sie vor, wenn die Patientin die Praxis betritt? Antwort: Psychologischer Befund, der mit dem gegenwärtigen Zustand des Patienten beginnt (Aussehen, Mimik, Gestik, Haltung etc.), gleichzeitig im Anamnese- und Explorationsgespräch auf Suizidalität, Psychotroper Substanzgebrauch, organische Befunde und psychotische Symptome achten bzw. Direkt fragen. Hier betonte ich, dass ich die Suizidalität direkt ansprechen würde, weil so viele depressive Symptome vorhanden seien. Darauf kam die Frage, wie ich denn darauf komme? Da war mein Schlauch Nr. 1 :). Ich wiederholte die Symptome, die mich hellhörig machten. Aber sie wollte einfach nur hören: Meine Verdachtsdiagnose ist eine Anorexia nervosa und hierbei muss immer auf Suizidalität geachtet werden. Aber weil ich das alles in Nebensätzen erwähnt habe, scheint das ok gewesen zu sein. Dann habe ich begründet, warum Anorexia n. (Diagnostische Kriterien aufgezählt nach ICD-10 und Differentialdiagnose zur Bulimia nervosa). Habe noch erwähnt, dass ich es für möglich halte, dass aufgrund der Magen-Darm-Beschwerden Tabletten genommen werden, Diuretika, Benzodiazepine, Schilddrüsenhormone, und/oder dass sie sich übergebe und somit eben aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme nutze. Da wollte sie dann noch mehr hören, was noch mögliche Ursachen sein könnten. Hier stand ich dann zum 2. und 3. Mal auf dem Schlauch :). Aber ich kam noch nach gefühlten Stunden darauf: Abführmittel und GANZ WICHTIG und IMMER zu beachten (was ich auch nicht mehr vergessen werde, weil das ein sogar lustiger Moment war): ALKOHOL. Für mich war das mit den Substanzen irgendwie schon abgedeckt ganz anfangs, als ich sagte, ich müsse auf Substanzgebrauch achten. Daher kam mir das nicht wieder in den Sinn. Tipp: Beim Bearbeiten des Falls, schreibt euch alle eure Gedanken auf und lest sie „im Notfall“ ab. Weil ich wirklich immer an die banalsten Situationen nicht gedacht habe, obwohl das meine ersten Gedanken waren beim Durchlesen.

Und dann kam es noch zur Frage: Wie arbeiten Sie mit der Patientin. Hier habe ich dann sehr gut alles aufgezählt, VT für Gewichtszunahme bzw. -regulation mit Esstagebüchern, Verstärkerplänen etc., Entspannungsübungen, Kunst- und Tanztherapien für eine besser Körperwahrnehmung, ich stärkende und Ressourcen aufbauende Therapie, Grenzen aufzeigen lernen, Selbstbehauptung, Bedürfnisse wahrnehmen, psychoanalytisch (Kontrolle über das Essen), familiäres System anschauen bzw. generell das gesamte System ansehen (Arbeitswelt, Freunde, etc.). Hierfür wollte dann Herr E. noch den Begriff hören: Familientherapie - was für mich mit familiäres System ansehen abgedeckt war :D .. das war dann der 4. und letzte Schlauch. Seine Aussage war: „Das ist für Sie bestimmt so selbstverständlich.“ Aber jetzt im Nachgang hätte ich auch noch natürlich Antidepressiva erwähnen sollen, doch das wurde gar nicht mehr gefragt und erwartet.

Es war also an und für sich eine „leichte“ Prüfung (der Fall war sehr eindeutig und lies gar keine andere Diagnose zu), aber die Aufregung und die Erwartungshaltung, dass bestimmte wichtige Begriffe fallen, die haben es mir echt „schwer“ gemacht. Das ist natürlich nur meine eigene Beurteilung zu meiner Leistung. Denn ich wurde kurz rausgebeten, habe mich auf den Stuhl gesetzt, tief ein- und ausgeatmet, habe den Prüfungsausschuss kurz herzlich lachen hören und dann kam auch schon wirklich gleich danach Herr E. und bat mich herein. Nach 2 Minuten.

„Was denken Sie, haben Sie bestanden oder nicht bestanden?“ „Puh, sagen Sie es mir, ich hoffe natürlich, dass ich bestanden habe, weiß aber, dass ich sowas von auf dem Schlauch gestanden war.“ Herr E. sagte ganz freundlich sofort, ich habe bestanden und betonte, dass ihnen meine Empathie und mein sehr gutes Einfühlungsvermögen sehr aufgefallen seien und dass auf dem Schlauch stehen ihnen lieber sei, als eine fehlende Empathie.

Dann gab er mir noch zuletzt den Hinweis, dass ich ihn sehr an ihn selbst erinnere zu seiner Anfangszeit und er mir damit hoffentlich einiges ersparen kann: Den Patienten nicht in eine Schublade stecken im Sinne von —> Ist eine Frau mit Anorexia nervosa und Frauen trinken eher nicht so viel Alkohol (das wurde so betont, weil erst, als Herr E. unterstützend fragte —> welche leicht zugängliche andere Droge gibt es denn noch, die z. B. Auch ein Mann nutzen würde? Da kam ich dann erst darauf: ALKOHOL ... ). Sondern dass ich, selbst wenn ich einen Verdacht habe, diesen Verdacht immer wieder aufs Neue mit frischen Augen betrachte und überdenke. Da gäbe es immer wieder viele Überraschungen. Er machte außerdem darauf aufmerksam, dass ich mir unbedingt Supervisionen nehmen sollte, um selbst auch die Dinge, die ich hören und sehen werde, besser verarbeiten zu können.

Ich bedankte mich bei allen und wünschte ein frohes Weihnachtsfest. Wir verabschiedeten uns und das war's.

Mein Tipp: Empathisches, authentisches und menschliches Auftreten ist Gold. Genauso wie Notfallerkennung (Suizidgefahr usw). Wissen ist Silber. Der Prüfungsausschuss ist super menschlich und hilfsbereit.