

Ausbildung Allgemeinmedizin Lehre im Wandel

Eberhard Hesse

Zusammenfassung

Mit einer sich abzeichnenden Abkehr vom erkenntnis- und handlungsleitenden bio-mechanischen Modell der Medizin ist neben veränderten Lehrinhalten auch die Umsetzung häufig ungeübter, kaum praktizierter Lehr- und Lernformen gefordert. In dieser Umbruchsituation und analog zu ihrer Orientierung auf das Allgemeine - nicht alles Gemeine, eine Sammlung niederer ärztlicher Verrichtungen, sondern das allem Gemeine, Zu- und Übergeordnete - erkennt moderne Allgemeinmedizin Auftrag und Chance in der Lehre und praxisbezogenen Vermittlung integrativen Denkens und Handelns statt isolierter Betrachtung.

Summary

Medicine is gradually turning away from referring to the bio-mechanical school of thought which has guided cognition, attitude and action. This development also requires alterations and innovations in teaching and learning behaviors. In this situation of change modern general medicine recognizes its task and chance to teach and to convey integrative medical thinking and acting versus isolated observation. General medicine is oriented towards the universality in medicine which does not refer to the selection of a doctor's daily routine work but to what is including and linking all aspects of medical behavior.

Es ist sicher nicht übertrieben, eine Krise der westlichen Medizin zu konstatieren. 'Westlich' meint hier die Gruppe der mehr oder weniger entwickelten Industrienationen, die selbstredend mit mannigfachen ökonomischen, sozialen und kulturellen Strukturen auch ihr medizinisches Verständnis wie ihre medizinische Praxis 'exportieren'. Mithin sprechen wir von einer Krise durchaus globalen Charakters. In einem

Zentralbereich von Kultur und Zivilisation angesiedelt, beruht sie auf komplexen gesellschaftlichen Veränderungen. Dabei ist ein Aspekt von entscheidender Bedeutung: Die Krise der Medizin als Krise ärztlichen Denkens in Folge der Vorherrschaft eines erkenntnis- und handlungsleitenden bio-mechanischen medizinischen Modells. Ein Modell, dessen Vertreter seit mehr als einem Jahrhundert fortschreitende Behandlungserfolge in einer Reduktion des Patientenbildes von der erkrankten Persönlichkeit zum krankheitsbehafteten Objekt erblicken. Der Aufklärung angelehnt, produzierte der Glaube an objektive Wissenschaftlichkeit den Kranken als Gegenstand ärztlich-wissenschaftlichen Denkens. Unzweideutigen Beleg lieferte R. Volz schon 1886: "Der Arzt der alten Zeit übte seinen Beruf wie begreiflich nach dem Wissen seiner Zeit: [...] Die Medizin war subjektiv, und so wirkte der Arzt mehr durch sich selbst als durch seine Wissenschaft [...] Der alte Arzt kam seinen Kranken näher; um die Ursache zu erforschen, mußte er Psychologe sein, und Menschen und Verhältnisse beurtheilen, um mit Rücksicht darauf den Heilplan zu entwerfen. [...] Seine Aufgabe war vielleicht schwieriger als jetzt, - er hatte es nicht mit dem Objekt einer Krankheit, sondern mehr mit der Person des Kranken zu thun [...] Jetzt ist es anders. Die Medizin ist thatsächlich, ist objektiv geworden. Es ist gleichgültig, wer am Bett steht, aber er muß verstehen, zu untersuchen, zu erkennen. Er tritt vor ein Objekt, welches er ausforscht, ausklopft, aushorcht, ausspäht, und die rechts und links

liegenden Familienverhältnisse ändern daran gar nichts: der Kranke wird Gegenstand." (R. Volz: Der ärztliche Beruf. 1886)

Zweifellos hat dieses Modell ganz großartige Erfolge zu verzeichnen, Folgen im Bereich der somatischen Diagnostik und Therapie. Doch es schuf einen Dualismus, der sowohl im somatischen wie psychischen Bereich zu immer weitreichenderer Spezialisierung führte. Vom Forschungssektor der Universitäten ausgehend, die stete Expansion medizinischen Wissens sowohl initiiierend als auch reflektierend, erreichte der bis in die Gegenwart anhaltende Trend sehr schnell die medizinische Praxis, eine weitere Verengung des Blickwinkels auf erkrankte Organe mit sich bringend: "Eine Nasenmuschel, die Ovarien, oder der Uterus sind bald entfernt. Der Spezialist denkt nicht daran, daß an der Nase auch noch ein Mensch hängt." (J. Wolff: Der praktische Arzt und sein Beruf. 1896, S. 101). Diesem Ansatz wird mit zunehmender Vehemenz ein integrierendes, bio-psycho-soziales Modell als wissenschaftlich begründetes Postulat entgegengestellt. Seine engagierten Vertreter von Uexküll und Pauli betrachten es dabei keineswegs als vom ärztlichen Alltag abgehobene philosophische Konstruktion, sondern vielmehr als Lösungsansatz im Sinne einer bio-psycho-sozialen Integration zirkulärer Prozesse zwischen medizinischer Theorie und ärztlichem Handeln. Dabei wird der Allgemeinmedizin nicht nur als Berufsfeld, sondern auch als Forschungs- und Lehrbereich Verantwortung für einen Wandel ärztlichen Denkens und Handelns zudedacht. Mit dem genannten integrierenden Ansatz ist von ihnen keine, desungeachtet durchaus begrüßte, Zusammenfassung der verschiedenen Spezialdisziplinen in

einem gemeinsamen Curriculum für Allgemeinmediziner gemeint, das die für den Allgemeinarzt unerläßlichen spezialistischen Kenntnisse und Fertigkeiten beschrieb. Er bewegt sich vielmehr etwa in dem Problemfeld der Frage, ob bei einem Kranken somatische, psychische oder soziale Probleme im Vordergrund stehen, und wie diese Probleme zusammenwirken. Das bio-psycho-soziale Modell gemahnt, neben somatischen auch psychische und soziale Faktoren der Krankheitsentstehung zu bedenken. Solange aber das erforderliche Wissen von biologischen, psychologischen und soziologischen Experten lediglich additiv aneinandergereiht wird, erlangen wir kaum einen Zuwachs an Erfahrung und Handlungskompetenz bezüglich der Komplexität aller Vorgänge des menschlichen Organismus. Doch es muß gerade dem Allgemeinmediziner gelingen, bei seinem Patienten zu einer 'Gesamtdiagnose' im balintschen Sinn zu finden. Ein neuer, integrierender Denkansatz muß in die Lage versetzen, Theorien für somatische, psychische und soziale Diagnosen zu eben einer solchen Gesamtdiagnose zu ergänzen.

Aufgabe der hausärztlichen Praxis ist es, Krankheitsentstehung zu verhindern und durch somatische Fixierung bedingte Patientenkarrieren zu vermeiden. Menschen, die mit Symptomen oder symptomlos erkrankt sind, muß sie erkennen, um ihnen den Weg in die medizinische Versorgung zu ermöglichen. Menschen, die chronisch erkrankt sind, muß sie eine Langzeitbetreuung zukommen lassen. Primär-Prävention, Früherkennung und Langzeitbetreuung sind nur auf dem Boden einer tragfähigen Patienten-Arzt-Beziehung vorstellbar. Zu bedenken ist dabei, daß der Hausarzt immer zu einem Teil des Be-

ziehungsnetzes seiner Patienten wird. Er nimmt in der bewußten und vor allem der unbewußten Phantasie des Patienten die Rolle des für seine 'Salutogenese' (Antonovsky), seine Gesundheitsbildung, Verantwortlichen ein. So wird er potentiell in die Lage versetzt, den einzelnen Menschen in "der Hülle seiner individuellen Wirklichkeit" (von Uexküll) angemessen einzuschätzen; zu erkennen, was dem Patienten wichtig oder bedeutungslos ist, was ihn ängstigt oder unterstützt. Das gibt die Möglichkeit, mit dem Patienten dessen Störung seiner Gesundheitsbildung zu erarbeiten, statt - wie häufig gewohnt - zu behandeln. (So hat die bloße Aufforderung zur Gewichtsreduktion, an einen übergewichtigen Hypertoniker gerichtet, kaum Aussicht auf Erfolg. Viel sinnvoller ist es, mit ihm den Grund des Fehlverhaltens in seiner Lebensführung zu suchen, also etwa zu bearbeiten, warum er so schlecht 'Nein' sagen kann, sich ständig überfordert, und so den Wechsel zwischen Anspannung und Leistung sowie Entspannung und Muße nicht herbeiführt.)

Um die hier nur grob skizzierte Vorstellung eines bio-psycho-sozial integrierenden Selbstverständnisses von Allgemeinmedizin im Interesse zukünftiger ärztlicher Basisversorgung zu lehren und weiter zu entwickeln, bedarf es weit mehr, als der schon schwierig genug umzusetzenden Braunschener Vorstellung einer an der Fällehäufigkeit der allgemeinen Praxis orientierten Ausbildung. Es bedarf der Umsetzung kaum gewohnter Lernformen, des Lernens in praxisorientierten Übungs- und Erfahrungsfeldern etwa, supervisionsbegleitet, patienten- statt symptomorientiert, den Blick auf Zusammenhänge statt mehr oder minder repräsentative

Krankheitsbilder und Einzel'fälle' übend und schärfend. Es bedarf eines Lernens, das der tendenziellen Sprach- und Interaktionsunfähigkeit junger Mediziner entgegenwirkt. Wo, wenn nicht in der medizinischen Ausbildung, soll Über- und Einblick in den gesamten Bereich des Gesundheitswesens gewonnen werden können? Warum soll die Lehre entkoppelt vom 'Gesundheitsalltag' des Patienten stattfinden? Gerade der allgemeinärztliche Berufsalltag ist bestimmt von ständigem, direktem Agieren und Interagieren. Warum soll gerade diese wesentliche Erfahrung den Studierenden nicht immer wieder erlebbar und vermittelt werden? Zum gegenwärtigen Staatsexamen soll der Student in der Lage sein, ärztliche Erfahrungen zu sammeln, muß aber lediglich ein Bewußtsein für die Entwicklung ärztlicher Verhaltensweisen besitzen - praxisirrelevantes Wissen. Auch die wieder eingeführten mündlichen Prüfungen im zweiten Teil des medizinischen Staatsexamens werden nichts daran ändern, daß während einer verhältnismäßig langen Studienzeit in Vorlesungen und vorlesungsähnlichen Seminaren sogenanntes 'hartes' Daten- und Faktenwissen vermittelt wird, der Erwerb von Fertigkeiten oder gar einer Gesamthaltung dem Patienten und der Medizin gegenüber dagegen ganz wesentlich der Eigeninitiative in den rudimentären Freiräumen des Studiums überlassen bleibt. Auch das in Form und Inhalt eine direkte Folge des dominanten Glaubens an die kaum begrenzte Leistungsfähigkeit 'objektiver' Wissenschaft. Ein studienbegleitender Anteil allgemeinmedizinischer Lehre im oben ausgeführten Sinn böte hier Qualitätssicherung, genauer: Qualitätsverbesserung im System der Gesundheitsversorgung, Bereicherung für die

Ausbildung aller Lernenden und Entlastung des einzelnen zugleich.

Selbstredend erfaßt die sich andeutende Abkehr vom bio-mechanischen Denkmodell nicht ausschließlich die gegenwärtige Allgemeinmedizin. Wenn diese sich dennoch als verantwortlich für eine Weiterentwicklung medizinischer Ausbildung begreift, dann aufgrund ihres Spezifikums, des 'Allgemeinen': Ihres besonderen Eingebundenseins in die individuellen und gesell-

schaftlichen Lebenszusammenhänge, Gesundheits- und Gesunderfahrungen wie mannigfaltigen Krankheitsstrukturen des einzelnen, ihrer Bedeutung im Rahmen der interdisziplinären Integration ärztlichen Handelns; ihrer Orientierung auf das allem medizinischem Wirken Gemeine.

Dr. med. Eberhard Hesse
Bahnhofstraße 27
2805 Stuhr 1