Rostocker Phænomenologische Manuskripte

27

Wolf Langewitz

Ärztliche Haltung
Was ist das und wie kann man es erreichen?

Herausgegeben
von
Michael Großheim

Rostocker Phænomenologische Manuskripte

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Clemens Albrecht (Koblenz)

Prof. Dr. Christoph Demmerling (Marburg)

Prof. Dr. Tonino Griffero (Rom)

Prof. Dr. Jürgen Hasse (Frankfurt a. M.)

Prof. Dr. Shinji Kajitani (Tokyo)

Prof. Dr. Hilge Landweer (Berlin)

Prof. Dr. Helmut Lethen (Wien)

Prof. Dr. Andrzej Przyłebski (Poznan)

Rostocker Phänomenologische Manuskripte (RPM):
Großheim, Michael (Hrsg.)

RPM 27
Ärztliche Haltung. Was ist das und wie kann man es erreichen?
/ von Wolf Langewitz
Rostock 2017

ISBN: 9978-3-86009-388-7

Satz & Layout: Steffen Kammler

Bezugsmöglichkeit:
Prof. Dr. Michael Großheim
Universität Rostock | Institut für Philosophie | 18051 Rostock

https://doi.org/10.18453/rosdok_id00004952

Ärztliche Haltung
Was ist das und wie kann man es erreichen?

Wolf Langewitz (Basel)

Ärztliche Professionalität ist ein Glaubenssystem, das definiert, wie Gesundheitsfürsorge am besten organisiert und angeboten werden sollte. Es fordert die Mitglieder dieser Berufsgruppe auf, gemeinsam zu bekennen (to profess), was die Öffentlichkeit und der individuelle Patient erwarten dürfen hinsichtlich gemeinsam definierter Kompetenzstandards und ethischer Werte. Es legt glaubwürdige Verfahren fest, mit deren Hilfe diese Versprechungen von allen Vertretern der medizinischen Berufe eingehalten werden.[1]

Zunächst einmal soll es um die Frage gehen: Was ist eigentlich eine professionelle Identität? Eine wirklich befriedigende Definition zu geben, ist ausgesprochen schwierig (Green, Zick, & Makoul, 2009), die meisten Autoren sind sich aber darin einig, dass es im Prinzip drei übergeordnete Komponenten gibt, die im Wesentlichen beschreiben, worum es bei dem Begriff der Professionalität geht:

1. *die Integrität des individuellen Arztes,*
2. *die Fähigkeit, angemessene professionelle Beziehungen mit Patienten aufzubauen,*
3. *eine Sensibilität für die sozialen Zusammenhänge, die in der Betreuung eines Patienten eine Rolle spielen.*

Auch Georg Sheldon (1998) betont in seiner Definition von professionellem Verhalten, dass dieses über einen Kontrakt zwischen Arzt und Patient hinausgeht und ebenso eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft im Allgemeinen einschliesst. Daraus leitet er fünf Schlüsselkompetenzen ab:

1. *Altruistisches Engagement in einer sozialen Dienstleistung,*
2. *Spezifische Ausbildung, Wissen und praktische Fertigkeiten,*
3. *Fähigkeit und Bereitschaft, Wissen und Fertigkeiten im Sinne eines übergeordneten gesellschaftlichen Ziels einzusetzen,*
4. *Entwicklung und Respektieren eines Korpus ethischer Grundsätze,*
5. *Autonomie und das Recht, für eigene Belange einzustehen (Self-Regulation).*

[1] Vgl. Wynia, Papadakis, Sullivan, & Hafferty, 2014.

In einem 2012 erschienenen Übersichtsartikel des New England Journal of Medicine zu den Zielen der Ausbildung im Medizinstudium (Nasca, Philibert, Brigham, & Flynn, 2012) werden fünf Niveaus von Professionalität unterschieden, die in der Aus- und Weiterbildung durchlaufen werden sollten (siehe Tabelle 1).

Herausforderungen für die Professionalität von Ärzten werden von Cohen et al. (2006) vor allem im Bereich kommerzieller Verwicklungen gesehen: der gute Ruf der Ärzteschaft sei gefährdet durch Berichte, denenzufolge Ärzte zu sehr von der Pharma- oder Geräteindustrie beeinflusst würden.

Interessant an den soziologischen oder konkret kommerziellen Aspekten in der Definition von Professionalität ist, dass diese soziale Dimension im Alltag wenig gelebt, resp. z. B. in Rentenverfahren von der Rechtsprechung als nicht-ärztlich gebrandmarkt wird. Schwierige Arbeitsbedingungen sind kein Grund für eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, es sei denn, sie führten zu eindeutigen psychiatrischen oder z. B. orthopädischen Schäden. Dies verweist auf ein gewisses Rechtfertigungsdilemma in der Durchsetzung von professionellen Prinzipien: es besteht gerade im Bereich der sozialen Verpflichtung professionellen Arztverhaltens eine auffallende Differenz zwischen dem, was gefordert und dem, was gelebt wird. Darauf verweisen auch Kinghorn et al. (2007), die dazu auffordern, die moralischen und ethischen Dimensionen in den verschiedenen Operationalisierungen von Professionalität mit Konzepten zu begründen, die über die Denkmodelle der Medizin und ihrer Subdisziplinen hinausgehen.

Im Gegensatz zu Konsens-Papieren wird es erstaunlich trivial, wenn empirisch beschrieben wird, wie Professionalität zu definieren ist, respektive wie sich diese Eigenschaft(en) vermitteln lassen. Dafür werden nachfolgend einige Beispiele gegeben. Die empirischen Arbeiten verwenden i.d.R. Fragebögen, in denen Listen von professionellem Fehlverhalten bewertet werden sollen (z. B. Hultman et al., 2012; Nagler et al., 2014). Wenn z. B. in der Arbeit von Nagler et al. untersucht wurde, welches unprofessionelle Verhalten Studenten selber praktiziert haben, findet man wenig dramatische Angaben: So haben ein Fünftel bis ein Drittel der Studierenden verknitterte Hosen, Tennisschuhe, Baumwollhosen im Spital getragen oder einen weissen Kittel, auf dem man Flecken sehen konnte, bei dem die Taschen eingerissen waren, etc. Ein gutes Drittel der Studierenden musste zugeben, auf dem Flur vor Patientenzimmern nicht medizinische Themen besprochen zu haben (z. B. Pläne für den Abend)…

Tabelle 1: Kompetenz-Niveaus im Bereich der Professionalisierung gemäss Expertengruppe der ACGME. Level 1, Student bei Studiumsabschluss; Level 2 & 3: Arzt/Ärztin in der Facharztausbildung; Level 4: Facharzt/Fachärztin; Level 5: fortgeschrittener Facharzt oder Arzt in eigener Praxis (nach Nasca et al., 2012)

Level 1:	Anerkennt die Bedeutung und die Priorität der Versorgung von Patienten, mit spezieller Betonung auf derjenigen Versorgung, die ein Patient wünscht und derer er bedarf; zeigt, dass diese Werte ihm etwas bedeuten; Ist sich grundlegender bio-ethischer Prinzipien bewusst und kann ethische Fragestellungen in klinischen Situationen erkennen
Level 2:	Ist zuverlässig in der Lage, eigene Überzeugungen und Wertvorstellungen sowie ihren Einfluss auf das praktische Handeln zu erkennen; erkennt interne und externe Barrieren, die der Patientenversorgung entgegenstehen. Erkennt zuverlässig die ethische Dimension in ihren praktischen Belangungen und ist in der Lage, solche Aspekte in häufigen und typischen klinischen Situationen zu diskutieren, analysieren und im Handeln zu berücksichtigen.
Level 3:	Ist sich eigener Wertvorstellungen und Überzeugungen bewusst und bemerkt, wenn sie die eigene Perspektive auf ethische Fragestellungen beeinflussen; ist in der Lage, mit persönlichen Überzeugungen so umzugehen, dass negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung ausbleiben. Ist in der Lage ethische Probleme in komplizierten und herausfordernden klinischen Situationen zu analysieren und mit ihnen umzugehen.
Level 4:	Entwickelt und benutzt einen in sich stimmigen und angemessenen Umgang bei der Beurteilung von Versorgung, bei der Identifikation möglicher Hindernisse und Strategien, wie diese zu umgehen wären. Im Rahmen dieses Vorgehens wird das wohl verstandene Interesse des Patienten in jeglicher Hinsicht und in allen Situationen zuverlässig als Priorität in den Vordergrund gestellt. Erwägt und berücksichtigt ethische Belange in seiner Praxis zuverlässig, entwickelt und befolgt einen systematischen und angemessenen Zugang in der Analyse und im Umgang mit ethischen Fragestellungen bei der medizinischen Versorgung.
Level 5:	Besitzt weitreichende Kenntnisse ethischer Prinzipien, wendet sie zuverlässig an und kann dies nicht nur in grundlegenden medizinischen Fragen, sondern auch in der fachärztlichen Versorgung. Zeigt, dass er/sie in Verständnis und in der Anwendung bioethischer Prinzipien in der klinischen Medizin eine Führungsrolle und eine Ausbildungsfunktion übernehmen kann, unter besonderer Berücksichtigung von Patientenanliegen im Bereich der Selbst-Kompetenz. Entwickelt institutionelle und organisatorische Strategien, um diese Prinzipien zu schützen und umzusetzen.

In der Arbeit von Hultman werden die in Tabelle 1 dargestellten Verhaltensweisen als besonders verwerfliches professionelles Fehlverhalten gewertet:

Tabelle 2: Liste der 11 häufigsten unprofessionellen Verhaltensweisen in einer chirurgischen Klinik aus Studentensicht. Aus: (Hultman et al., 2012).

Items	Schweregrad-Score als professionelles Fehlverhalten (1–5)
1. Ein AIP-Student kommt zu spät zur Arbeit und hat eine eindeutige Alkohol-Fahne.	4.69
2. Eine Chirurgin verschreibt sich selber Valium.	4.60
3. Ein Chirurg rechnet Leistungen ab, während er gar nicht im Spital ist.	4.47
4. Ein Arzt verabredet sich privat mit einem Patienten, obwohl er diesen Patienten noch behandelt.	4.30
5. Ein AIP-Student macht einem jüngeren Medizinstudenten schöne Augen im Operationssaal.	4.27
6. Ein Medizinstudent macht wissentlich falsche Angaben zu einem Patienten während einer Lehrvisite.	4.16
7. Ein Dozent macht einen rassistischen Witz.	4.15
8. Ein AIP-Student schaut sich die Krankenakte eines prominenten Patienten an, obwohl er ihn selber gar nicht betreut.	4.03
9. Ein Mitglied der Fakultät nutzt Twitter, um sich in sexuell eindeutiger Weise mit einer OP-Schwester auszutauschen.	3.88
10. Ein plastischer Chirurg zeigt vorher/nachher Fotos von Patienten in privatem Rahmen, informiert seine Patienten aber nicht darüber.	3.87
11. Ein erfahrener Chirurg wirft ein chirurgisches Instrument quer durch den OP.	3.76

Qualitative Studien (z. B. Cuesta-Briand, Auret, Johnson, & Playford, 2014) zeigen, dass Studierende unter dem Begriff der Professionalität (professionalism) etwas anderes verstehen als unter dem Begriff des guten Arztes. Letzterer kann eine Balance herstellen zwischen ganz unterschiedlichen Aspekten: Er/sie ist fachlich kompetent, weiss aber, wo sein/ihr Wissen Lücken hat. Ein guter Arzt ist auch ein guter Kommunikator, er ist in der Lage, eine tragfähige Beziehung mit seinem Patienten *und mit seinen Kolle-*

gen herzustellen. Zum professionellen Arzt fallen den Studierenden ganz unterschiedliche, teils positiv, teils negativ gefärbte Charakteristika ein: Ein professioneller Arzt hält sich an bestimmte Konventionen, z. B. im Bereich der Kleidung, er befolgt professionelle Leitlinien und Verhaltenskodizes, behandelt Patienten und Kollegen mit Respekt und respektiert Grenzen zwischen Patienten und sich selbst als Arzt. Negative Aspekte bezogen sich vor allem auf die Befürchtung der Studierenden, durch eine Überbetonung professionellen Verhaltens die eigene Individualität im Umgang mit anderen Menschen aufgeben zu müssen; es geht also um den Konflikt zwischen Stereotyp und Individualität.

Wie lässt sich professionelle Haltung erwerben?

Man könnte noch einmal hinter die bisher zitierten Arbeiten zurückgehen und sich erneut die Frage stellen, ob eine professionelle Identität überhaupt anders feststellbar ist als über das konkrete Verhalten einer Person. Wenn man diese Voraussetzung akzeptiert, ist zu untersuchen, unter welchen Bedingungen *professionelles Verhalten* überhaupt feststellbar ist. Eine einfache Antwort wird lauten, dass wir uns dann zur Professionalität einer Fachperson äussern können, wenn er oder sie eben nicht wie ein Privatmensch reagiert, sondern vom alltäglichen Verhalten abweicht. Dies heisst auch, dass man erst dann jemandem eine professionelle Haltung zubilligen kann, wenn man ihn einer Anforderung aussetzt, in der mehr als freundliches und höfliches Verhalten gefordert ist. Daraus ergibt sich für die Lehre eine wesentliche Konsequenz: Professionalität lässt sich nur dann schulen, wenn eben Studierende in der Lernsituation mit einer relevanten Herausforderung konfrontiert sind; daher sind Frontalveranstaltungen nicht dazu geeignet, Professionalität zu vermitteln (Ludmerer, 1999).

Professionelle Haltung und der Begriff der Fassung

Um hilfreiche Lernsituationen zu schaffen, scheint der Begriff der Fassung hilfreich zu sein. Dabei beschreibt Fassung einer Person das, was sie nicht verlieren möchte:

> In der Fassung identifiziert sich der Mensch mit etwas, das eindeutiger ist als er selbst. Dabei handelt es sich teils um die Berufs- und Familienrolle, mehr aber noch um das, was der Psychiater Jürg Zutt «Innere Haltung» genannt hat. (Schmitz, 2011, S. 45f)

Eine Person hat also verschiedene Fassungen, was leicht einzusehen ist, wenn man sich überlegt, was einen selbst als Vater/Mutter, als Supervisor, als Lehrer, als Ehepartner oder eben als klinisch tätigen Arzt «aus der Fassung bringen könnte». Der Begriff der Fassung ist meines Erachtens für die Ausbildung einer professionellen Identität deswegen hilfreich, weil er begründen hilft, worauf es ankommt, wenn sich Studierende mit konkreten Herausforderungen auseinandersetzen: es geht vor allem um die «Fassung als Ärztin oder Arzt», die sich unterscheidet von der Fassung der jungen Frau oder des jungen Mannes im Alltag.

Typische Anforderungssituationen lassen sich z. B. im Rahmen von Balint-Gruppen mit Studierenden eruieren, wenn Studierende berichten, dass sie «fast die Fassung verloren hätten», z. B. den Tränen nahe waren oder nur mühsam ihren Ärger verbergen konnten angesichts fordernder Angehöriger, widerspenstiger Patienten oder sich aus ihrer Sicht nicht professionell verhaltender Dozenten. Ein Beispiel, dass viele dieser Charakteristika enthält, stammt von zwei Studierenden, die in einem Kurs in Neonatologie teilgenommen haben und darüber berichten, wie «fassungslos» sie vor diesem winzigen Wurm standen, das an diverse Schläuche angeschlossen war, künstlich beatmet wurde, etc. Die Mutter sei daneben gestanden und habe einen völlig verstörten Eindruck gemacht. Sie waren nicht sicher, ob sie jetzt der Mutter ihr Beileid aussprechen sollten, dass sie so einen Winzling auf die Welt gebracht hatte oder ob sie ihr Trost zusprechen sollten und ihr versichern, dass sicher alles noch gut gehen würde. Der Dozent, der die Verstörung der Studierenden wohl wahrgenommen hatte, intervenierte in dieser Situation damit, dass er sie bat, eine Liste der in das Kind hinein- und aus ihm herausführenden Schläuche anzufertigen, sich zu überlegen, was wohl der Zweck dieser Verbindungen sei und dies dann im Nachgespräch mit ihm zu diskutieren.

Eine andere Möglichkeit, Studierenden mit den Grenzen ihrer professionellen Identität, also in der Diktion von Schmitz mit ihrer Fassung als zukünftige Ärztin oder Arzt in Kontakt zu bringen, sind Kurse, in denen das Vermitteln schwerwiegender Neuigkeiten geübt wird. Eine bei uns eingesetzte Rollenspielvariante gibt folgende Situation vor: «Sie sind der diensthabende Hämatologe, der einer 28-jährigen Patientin, die über die Notfallstation eingetreten ist, erklären müssen, dass die Therapie der akuten myeloischen Leukämie aller Voraussicht nach bedeuten wird, dass sie keine Kinder bekommt. Die Patientin weiss, dass sie eine AML hat und dass man bereits am nächsten Tag mit der Therapie beginnen wird, war aber über diese Konsequenz noch nicht informiert worden.» In der Rol-

lenspielanweisung für die «Patientin» heisst es: «Sie leben in einer festen Partnerschaft, die ganz darauf ausgerichtet ist, dass Sie in den nächsten zwei Jahren ein Kind bekommen; Sie sind in eine grössere Wohnung mit Gartenanschluss umgezogen, weil Sie ihrem Kind gute Startbedingungen bieten wollen. Auch Ihr Mann hat seine Zukunftspläne auf das Leben mit kleinen Kindern ausgerichtet.»

Nachvollziehbar führen diese Rollenspielanweisungen dazu, dass die Studentin in der Rolle der jungen Patientin feststellt, dass es ihr die Sprache verschlägt, sie geht aus dem Blickkontakt, sie ringt um ihre Fassung. Auch Studenten in der Rolle des Arztes stellen fest, wie schwer es ihnen fällt zu erleben, wie ihre Worte zumindest in diesem Moment die Lebensperspektive eines anderen Menschen zerstören. Der Raum lädt sich mit einer intensiven, von Abschiedlichkeit und Trauer geprägten Atmosphäre auf, die spätestens in der Nachbesprechung die Frage aufkommen lässt, wie man denn als Arzt/Ärztin damit umgehen soll, wenn man die Fassung verliert. Fast immer lässt sich am Beispiel der Rollenspiel-Patientin zeigen, dass in einer Situation, die einen an den Rand der eigenen Fassung bringt, Mechanismen einsetzen, über die man versucht, seine Fassung wiederzugewinnen. Dabei rekurrieren die meisten Studierenden auf Ressourcen in der eigenen Person, sie ziehen sich sozusagen auf sich selbst zurück, sie nehmen häufig gestisch und in ihrer Körperhaltung weniger Raum ein. Es wird praktisch auch immer deutlich, dass zumindest in der Rollenspielsituation diese Restitutions-Manöver erfolgreich sind, denn es gelingt den Rollenspiel-Patientinnen nach einer unterschiedlich langen Pause wieder, den Faden aufzunehmen und sich durch Nachfragen aktiv um die eigenen Belange zu kümmern.

Beide Beispiele machen deutlich, dass professionelle Identität sich dann bewähren muss, wenn man selber ergriffen wird von Regungen, die am eigenen Leib angreifen. Die Grenze, die in diesem Moment touchiert wird, ist im Konzept von Schmitz eben die eigene Fassung:

> Wenn man den Anderen am eigenen Leibe spürt, wenn man sich von ihm eigentümlich berührt fühlt, dann ist es im Wesentlichen die eigene Fassung, an die er gerührt hat. Wer sich nicht so rühren lässt, wer seine Fassung starr festhält, sieht am andern vorbei. Wer sie schwingungsfähig hält und bereit ist, sie auch einmal aufs Spiel zu setzen, kann ihr über den, mit dem er zu tun hat, [...] mehr entnehmen als durch bloße Beobachtung. (Schmitz loc. cit., S. 46)

Seine leibliche persönliche Fassung in der Auseinandersetzung mit Begegnendem nicht gleich zu verlieren, aber auch nicht starr festzuhalten, sondern

im Eingehen auf das Entgegenkommende ein wenig zu lockern und anzupassen, ist das wichtigste Hilfsmittel zum Auffangen und Aneignen von Neuem. (Schmitz, 2005, S. 95)

Wichtig an diesen Zitaten ist die Gegenüberstellung von starrer und flexibler Fassung. Es geht nicht um die Frage, wie man Studierenden eine möglichst flexible Fassung beibringen kann, sondern es geht um die Frage, wie man sie dafür sensibilisiert, in welcher Ver-Fassung sie einem Patienten oder einer anderen Person im Rahmen ihrer Berufsausübung entgegentreten und mit welchen Mechanismen sie selber die Flexibilität ihrer Fassung steigern oder vermindern können.

Vielleicht ist es an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass solche Momente der intensiven Auseinandersetzung mit Situationen, die den Einzelnen betroffen machen, also im eigentlichen Sinne seine Affekte aufrühren, nicht in strengem Sinne planbar sind. Wie Hermann Schmitz feststellt: «Der Mensch muß auf etwas stoßen, dessen er nicht Herr ist, um ganz er selbst zu sein und der Verstiegenheit in einseitiger personaler Emanzipation zu entgehen». Damit tritt er der Annahme entgegen, dass man die Entwicklung der Persönlichkeit, die seinen Überlegungen zufolge sich abspielt zwischen Phasen der Regression auf ein affektiv geprägtes Erleben und solchen der Emanzipation, in denen die Person sich durch Neutralisierung von Affekten distanzieren kann, durch selbstgewähltes und kontrolliertes Auslösen einzelner Entwicklungsphasen steuern könne (Schmitz, 2005, S. 94).

Arbeiten an der Fassung – Wie passt das zur Vermittlung von Kommunikations*techniken*?

Übergeordnetes Ziel des longitudinalen Curriculums in Arzt-Patient-Kommunikation ist das kompetente Handhaben von Techniken, die den Gesprächsraum öffnen und von Techniken, die den Gesprächsraum schliessen. Das erste gibt Patienten die Chance, ihre persönlichen Belange einzubringen, also solche Elemente in das Gespräch einzuführen, die die ganz individuelle Position kennzeichnen und damit für den professionellen Gesprächsführenden nicht vorhersehbar sind. Techniken, die den Gesprächsraum einengen, schützen das Setting vor Verletzungen, indem sie z. B. thematische und zeitliche Grenzen explizit benennen (Langewitz, 2011; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013).

Diese Techniken bringen also – innerhalb bestimmter Grenzen – den Patienten ins Spiel, sie sind notwendig aber nicht hinreichend, da sie den Diskurs nur dann bereichern, wenn der Studierende sich von dem Material, was der Patient einführt, berühren lässt. Dazu gehört zum einen das,

was der Patient explizit benennt und zum anderen das, was er nicht in eindeutigen Worten ausdrückt und was dennoch das Klima prägt, in dem ein Gespräch stattfindet. Um dies aufzunehmen, bedarf es nach dem oben Gesagten einer flexiblen Fassung, die soweit schwingungsfähig ist, dass (leibliche) Betroffenheit möglich wird.

Studierende sind selbstverständlich empfänglich für die nicht-explizit mitgeteilten atmosphärischen Unterströmungen, die entstehen können, wenn ein Patient den Raum erhält, seine Krankengeschichte auszubreiten und nicht aufgefordert wird, es bei der Krankheitsgeschichte zu belassen.

Ein typisches Beispiel ergab sich im Gesprächsführungskurs, in dem Studierende im 3. Jahreskurs einen 44-jährigen Patienten kennen lernen, der eine Ruptur seines Augapfels bei einem Unfall erlebt hatte und bei dem sehr unsicher war, ob es möglich sein würde, dieses Auge zu erhalten. Er schilderte dann bei der Frage nach vorbestehenden Erkrankungen, dass er auf dem anderen Auge vor einem Jahr eine Thrombose erlitten hätte, so dass er jetzt im zentralen Sehfeld gar nichts mehr wahrnehmen könne. Das sei «leider» für ihn ganz schlecht, weil er als Informatiker am Bildschirm arbeiten müsse. Jetzt habe es ja «leider» das gesunde Auge erwischt und er frage sich, wie es weitergehen solle. «Leider» hätte man ihm noch gar nicht so richtig sagen können, wie das mit diesem verunfallten Auge weitergehen wird. Da müsse er wohl einfach mal geduldig sein und könne «leider» nichts anderes machen als abzuwarten und die Hoffnung nicht aufzugeben. Der Patient sagte all dies eigentlich mit frischer Stimme, so als habe er den erst drei Tage zurückliegenden Unfall bereits verarbeitet und sich unter Wahrung seiner Fassung in sein Schicksal ergeben. Dennoch war in der Sprachlosigkeit der gesprächsführenden Studentin, die dieses Statement nur mit einem: «Okay, wie lange müssen Sie denn noch hier bleiben?» beantworten mochte, und in der Befangenheit der ganzen Gruppe deutlich, dass sie von etwas getroffen waren. In der Nachbesprechung liess sich dieses Berührt-Sein auf die Frage beziehen, wie wir uns eigentlich in Situationen verhalten könnten – und wie wir es als Ärzte/Ärztinnen überhaupt aushalten mögen –, Menschen mitteilen zu müssen, dass ihnen Schlimmes bevorsteht und dass wir nicht wissen, was wir dagegen tun sollen.

Die rezeptive Struktur, die den Eindruck der Bedrängnis oder der Beklommenheit aufnimmt in der Kommunikation zwischen Patient und Studierenden ist im Verständnis der Neuen Phänomenologie der Leib der Studierenden ganz in dem Sinne, in dem wir sagen: «Ich habe am eigenen Leib gespürt, dass es jetzt um eine entscheidende Phase ging…»

In diesem Sinne ist das leibliche Betroffen-Sein auch Grundlage für «die Sensibilität, das Fingerspitzengefühl [...] durch die wir den Anderen am eigenen Leib spüren. Das wichtigste Medium, ihn so aufzufangen, ist [eben] die Fassung. [...] Die Fassung ist immer auch leiblich und wird im leiblichen Umgang eingesetzt. Die Art dieses Einsatzes entscheidet über das Maß an Sensibilität, mit dem sich der Mensch den Nuancen vielsagender Eindrücke öffnet. Wer seine Fassung starr festhält, wie der nur an ordentlicher Einordnung der Kunstregeln des Berufes bei dessen Ausübung interessierte [...] Arzt [...], wird verschlossen bleiben wie ein blinder Spiegel und an Mitmenschen wie an allem, was ihm etwas zu sagen hat, mehr oder weniger vorbeisehen, sofern es sich um nicht explizit mitgeteilte, ‹mitschwingende› Nuancen handelt. Wer dagegen seine Fassung etwas locker schwingen läßt, ohne sie gleich zu verlieren, kann damit jene Schwingungen der Nuancen vielsagender Eindrücke auffangen und damit auf die Anderen und die Umstände sensibel eingehen. Die leicht gelockerte Fassung wird zum Vehikel vorgreifenden Verständnisses in leiblicher Kommunikation.» (Schmitz, 2005, S. 148f).

Arbeiten an der eigenen Fassung im Rahmen von Selbst-Reflexion

Im 4. Jahreskurs sind Studierende an 20 Nachmittagen einem Hausarzt in dessen Praxis zugeteilt (Einzeltutoriat). Am Ende dieser Unterrichtseinheit sind sie aufgefordert, besondere Begegnungen mit Patienten oder Patientinnen zu protokollieren und sich Gedanken darüber zu machen, warum dieser Patient z. B. besonders «schwierig» war, warum er ihnen «fremd erschienen» ist, oder warum sie wohl glauben, dass sie Mühe hatten, sich in diesen Patienten hineinzuversetzen. Diese Beispiele machen sehr eindrucksvoll deutlich, was Studierenden begegnet, wenn sie sich auf den Weg zu einer ärztlichen Identität begeben.

Eine Patientin hatte berichtet, dass sie seit dem Morgen zunehmende ziehende Schmerzen im rechten Unterbauch hätte, die sich letztlich als eine gravierende Komplikation erwiesen, die wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer nicht korrekt durchgeführten Hysterektomie standen. Die Patientin wirkt in der Wahrnehmung der Studierenden verstört, sie schreibt: «Im Laufe des Gesprächs stellte ich fest, dass es der Patientin immer schwerer fiel zu reden. Es wurde sehr schnell klar, dass sie die ganze Geschichte mit der verpfuschten Hysterektomie und den ganzen Folgen nicht nur physisch, sondern auch psychisch belasten. Sie war eine sehr sympathische und freundliche Patientin.»

In der Reflexion schreibt die Studentin: Das Gespräch mit Frau B. war mir in dem Sinne fremd, da ich mich sehr ahnungslos fühlte, wie ich mich in solch einer Situation verhalten sollte. Es war das erste Mal, dass ich mit einem Patienten Kontakt hatte, dem es sichtlich so schlecht ging. Ich fühlte mich sehr unsicher während des Gesprächs und wusste nie so recht, wie ich ihr am besten helfen könnte. Ich hatte Angst, irgendetwas Falsches zu sagen. In der Begründung führt sie aus, dass es hier tatsächlich um den Unterschied zwischen alltäglichem und professionellem Verhalten geht: «Wenn es ein Freund oder Bekannter wäre, stellt man es sich nicht so schwer vor. Doch wie tröstet man eine fremde Person?»

Eine andere junge Studentin berichtet von einem noch jüngeren Patienten, der bereits beim gemeinsamen Gespräch zu dritt mit dem Hausarzt verunsichert und peinlich berührt wirkt. Er stellt sein Problem «so lässig wie möglich» dar: «Ich hab da so einen Bollen am Arsch!»

Während der Hausarzt die Beschwerden weiter abklärt, registriert die Studentin: «Ich höre gar nicht recht hin, bin damit beschäftigt, wieder meine verloren gegangene Professionalität zurückzuerobern!»

In der Reflexion stellt sie fest, dass es ihr dann doch schrecklich peinlich war, «als ich bemerkte, wie peinlich es ihm war. Sicherlich bemerkte dies der Patient, was die Sache eher noch unangenehmer machte.» Die Studentin hat «am eigenen Leib» erfahren, wie sich die Situation mit Peinlichkeit auflud, sie musste darum kämpfen, ihre Fassung zu bewahren und hofft, dass eine professionelle Fassung ihr dabei hätte helfen können.

Zusammenfassung

Es ist unstrittig, dass im Medizinstudium nicht nur Wissen und Fertigkeiten vermitteln werden sollten, sondern dass es auch darum geht, Studierenden zu einer professionellen Identität zu verhelfen. Hier wird das Konzept der Fassung vorgestellt, das insofern hilfreich ist, als es Studierenden erlaubt, in verschiedenen Fassungen aufzutreten; sie geben nicht schlicht ihre Identität als junge Frau/junger Mann, als Tochter und Sohn auf, wenn sie sich professionalisieren, sondern sie erarbeiten sich damit eine neue Fassung. Das Konzept der Fassung verweist auch auf Bedingungen, unter denen das Arbeiten an einer professionellen Identität erleichtert wird, und es weist dem eigenleiblichen Spüren eine zentrale Bedeutung zu bei der Klärung der Frage: Woher weiß ich, ob ich gerade dabei bin, meine Fassung zu verlieren oder ob ich noch in der Lage bin, meine ärztliche Funktion «gefasst» wahrzunehmen.

Literaturverzeichnis

Cohen, J. J. (2006). Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Med Educ, 40* (7), 607–617.

Cuesta-Briand, B., Auret, K., Johnson, P., & Playford, D. (2014).«A world of difference»: a qualitative study of medical students' views on professionalism and the «good doctor». *BMC Med Educ, 14*, 77.

Green, M., Zick, A., & Makoul, G. (2009). Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med, 84* (5), 566–573.

Hultman, C. S., Connolly, A., Halvorson, E. G., Rowland, P., Meyers, M. O., Mayer, D. C., . . . Meyer, A. A. (2012). Get on your boots: preparing fourth-year medical students for a career in surgery, using a focused curriculum to teach the competency of professionalism. *J Surg Res, 177* (2), 217–223.

Kinghorn, W. A., McEvoy, M. D., Michel, A., & Balboni, M. (2007). Professionalism in modern medicine: does the emperor have any clothes? *Acad Med, 82* (1), 40–45.

Langewitz, W. (2011). Patientenzentrierte Kommunikation. In R. H. Adler, W. Herzog, P. Joraschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner & W. Wesiack (Hg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* (7. Auflage. Aufl., S. 338–347). München: Elsevier, Urban & Fischer.

Ludmerer, K. M. (1999). Instilling professionalism in medical education. *Jama, 282* (9), 881–882.

Nagler, A., Andolsek, K., Rudd, M., Sloane, R., Musick, D., & Basnight, L. (2014). The professionalism disconnect: do entering residents identify yet participate in unprofessional behaviors? *BMC Med Educ, 14*, 60.

Nasca, T. J., Philibert, I., Brigham, T., & Flynn, T. C. (2012). The next GME accreditation system–rationale and benefits. *N Engl J Med, 366* (11), 1051–1056.

Schmitz, H. (2005). *Situationen und Konstellationen: Wider die Ideologie totaler Vernetzung.* München: Alber.

Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin: de Gruyter.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.). (2013). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: SAMW.

Sheldon, G. F. (1998). Professionalism, managed care, and the human rights movement. *Bull Am Coll Surg, 83* (12), 13–33.

Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Hafferty, F. W. (2014). More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. *Acad Med, 89* (5), 712–714.

Rostocker Phänomenologische Manuskripte

Die «Rostocker Phänomenologischen Manuskripte» sind eine Schriftenreihe, in der in loser Folge Arbeiten aus dem Umkreis des Lehrstuhls für Phänomenologische Philosophie publiziert werden. Diese Texte sollen so etwas wie Werkstattberichte aus der lebendigen phänomenologischen Forschung sein.

Zur Tradition der Phänomenologie um Edmund Husserl, Max Scheler, Martin Heidegger und Jean-Paul Sartre steht die Schriftenreihe in einem Verhältnis kritischer Dankbarkeit. Das Anliegen der älteren Phänomenologie war es, hinter die spekulativen Konstruktionen der traditionellen Philosophie auf die Gegebenheiten der Lebenserfahrung zurückzugehen. Die von Hermann Schmitz begründete Neue Phänomenologie ist eine philosophische Bewegung, die dieses Bemühen auf neuer Ebene fortführt. Ihr Ziel ist es, in empirisch und begrifflich weiter als bisher ausgreifenden Untersuchungen möglichst exakte Beschreibungsmittel zur Verfügung zu stellen, um die unwillkürliche Lebenserfahrung besonnenem Begreifen zugänglich zu machen.

Die Phänomenologie interessiert sich daher für das Phänomen selbst. Sie fragt: Was ist etwas? Wie läßt es sich beschreiben? Sie ist unzuständig für manche Fragen der bloßen Verursachung oder der technischen Verwendbarkeit, die dem heutigen Denken naheliegen und von der Sache selbst ablenken: Woher kommt etwas, wie läßt es sich hervorrufen, was steckt dahinter, worauf läßt es sich zurückführen? Ebenso wendet sich die Phänomenologie gegen alle Versuche, den Gegenstand zu reduzieren, ausgedrückt in Wendungen wie «das ist doch nur…» oder «das ist doch nichts als…».

Die in den «Rostocker Phänomenologischen Manuskripten» vorgestellte Phänomenologie nimmt alle Phänomene im Sich-Finden der Menschen ernst, auch diejenigen, die in herkömmlicher Perspektive als «bloß subjektiv» abgewertet und abgedrängt werden. Darin liegt ein problematischer Zug unserer Orientierung in der Welt. Die Phänomenologie bemüht sich demgegenüber um eine Rehabilitierung des Subjektiven, um eine Erforschung der Eigenart auch jener Erfahrungen, zu denen der Mensch sich nicht bloß neutral und vertretbar verhalten kann.

Sobald Menschen über ihr affektives Betroffensein zu sprechen versuchen, bleibt nur das schablonenhafte Stammeln, das vage Gerede oder der Ausweg zu den Dichtern, die alles mit schönen, aber unverbindlichen Worten sagen können. Wer sich Rechenschaft darüber geben möchte, wie ihm zumute ist, erhält von der Naturwissenschaft und der Philosophie wenig Hilfe.

Das hat Konsequenzen im Alltag: Wenn der Patient dem Arzt sagen soll, wie es ihm geht, wird es ihm nur mühsam und unzureichend gelingen, dem Gesprächspartner das mitzuteilen, was ihm wichtig ist. Dieser eigentümliche Mangel in der Sprachfähigkeit der Menschen hat seinen Grund in der Mißachtung der Phänomene menschlichen Erlebens durch die Wissenschaften. Was in der eigenen Lebensführung das Nächste, Vertrauteste ist, wird von der Theorie sträflich ignoriert. Diesen Graben zwischen Betroffensein und Besinnung zu überbrücken, hat sich die Neue Phänomenologie zur Aufgabe gemacht. Es geht ihr darum, den Menschen im Hinblick auf ihr Befinden zu einer konsistenten Sprechweise zu verhelfen, die es ermöglicht, den Zustand des bloß Fühlen-, aber nicht Sagenkönnens zu überwinden.

BISHER ERSCHIENEN

2008

RPM 1
Hermann Schmitz:
Epochen des menschlichen Selbstverständnisses in Europa

RPM 2
Michael Großheim:
Phänomenologie der Sensibilität

RPM 3
Steffen Kluck:
Der Zeitgeist als Situation

2009

RPM 4
Ulrich Pothast:
Lebendige Vernünftigkeit –
Exposition eines philosophischen Konzepts

RPM 5
Gernot Böhme:
Zeit als Medium von Darstellungen und
Zeit als Form lebendiger Existenz

RPM 6
Steffen Kammler:
Rauchzeichen aus dem Labyrinth –
Der ontologische Anspruch der Photographie

2010

RPM 7
Günther Jakobs:
Strafrechtstheoretische Bemerkungen zur Normenlehre
von Hermann Schmitz

RPM 8
Jan Slaby:
Gefühl und Weltbezug –
Eine Strukturskizze der menschlichen Affektivität

RPM 9
Barbara Wolf:
Die persönliche Situation als Bildungsaufgabe

RPM 10
Hermann Schmitz:
Geltung

2011

RPM 11
Joachim Fischer:
Universeller Ausdrucksüberschuss –
Randbeobachtungen zur philosophischen Anthropologie der Intersubjektivität

RPM 12
Andrzej Przylebski:
Hermeneutische Philosophie der Wissenschaft –
Bemerkungen im Ausgang von Gadamer und Fleck

RPM 13
Yuho Hisayama:
Ästhetik des kehai –
Zur transkulturellen Phänomenologie der Atmosphäre

2012

RPM 14
Hermann Schmitz:
Die Weltspaltung und ihre Überwindung

RPM 15
Walter Burger:
Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit –
Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus

RPM 16
Michael Großheim:
Der Mensch in der Phänomenologie

2013

RPM 17
Christian Bendrath:
Von Weltwerdung und Menschenbildung –
Säkularisierung bei Hans Werhahn

RPM 18
Eva Kreikenbaum:
Was tun mit Schmerz? Eine phänomenologische Analyse

RPM 19
Matthias Wunsch:
«Welt» in Heideggers metaphysischer Periode

2014

RPM 20
Michael Großheim, Steffen Kluck, Henning Nörenberg:
Kollektive Lebensgefühle –
Zur Phänomenologie von Gemeinschaften

RPM 21
Jürgen Hasse:
Räume der Stadt –
Zum Nutzen der Phänomenologie für die sozialwissenschaftliche Stadtforschung

2015

RPM 22
Barbara Wolf:
Atmosphären des Aufwachsens

RPM 23
Michael Graf Münster:
Rhythmus für den Dirigenten –
Werkstattreflexionen

2016

RPM 24
Lenz Prütting:
Die Fremdelphase –
Zur Genealogie personaler Lachmündigkeit

RPM 25
Nina Trčka:
Kollektive Stimmungen –
Leiblich-intersubjektive und interpersonale Formen emotionalen Teilens

RPM 26
Henning Nörenberg:
Der Absolutismus des Anderen –
Eine Skizze

2017

RPM 27
Wolf Langewitz:
Ärztliche Haltung –
Was ist das und wie kann man es erreichen?

RPM 28
Jakob Wolf:
Phänomenologische Sprachphilosophie und religiöse Deutung –
Hans Lipps und K.E. Løgstrup