

1 Einleitung

„Es ist eine erstaunliche, aber nicht zu leugnende Tatsache, dass die gegenwärtige Medizin eine eigene Lehre vom kranken Menschen nicht besitzt. Sie lehrt Erscheinungen des Krankseins, Unterscheidung von Ursachen, Folgen, Heilmitteln der Krankheiten, aber sie lehrt nicht den kranken Menschen. Ihr wissenschaftliches Gewissen erlaubt ihr nicht, über ein so ungeheures Geheimnis zu sprechen, und so wäre es unter der Würde oder über der Demut dieses Gewissens, vom kranken Menschen etwas Wissenschaftliches sagen und lehren zu wollen. – Der Arzt am Krankenbett freilich spricht zum, redet vom kranken Menschen. Aber dann ist er ja aus der Sphäre der Wissenschaft in die der 'Praxis' (herauf- oder hinab- ?) gestiegen, und dort ist alles wieder ganz anders. Gerade dieser Übergang ist interessant. Er ist mehr als dies: er ist für den Jünger der Kunst, für den Arzt der Ort der Spannungen, der Notzustände, der Bildungsprobleme, der Ursprung einer spezifischen Kette von Lebens- und Denkbewegungen“ Viktor von Weizsäcker (1926).

Diese Bewegungen innerhalb und zwischen „Orten der Spannungen“, wie Weizsäcker sie beschreibt, verlangen eine außergewöhnliche Kunstfertigkeit der einzelnen Ärztin, des jeweiligen Arztes. Dabei weisen unvermeidbare „Notzustände“ ein beträchtliches Beharrungsvermögen auf, das anhand vielfältiger Ausdrucksformen der daraus erwachsenden Diskrepanzen zwischen einem *Wollen*, einem *Sollen* und dem *Können* auch gegenwärtig abzulesen ist. So zeigen sich in aktuellen Modulierungen, Reformierungen und Neuerungen der medizinischen Ausbildungspraxis¹ Kompensationsversuche des Systems, diesen Diskrepanzen zu begegnen.

Ungeachtet dieser Veränderungsbemühungen erfährt der Beruf des Mediziners und dessen Praxis kontinuierlich Kritik: „Marionetten im Dienst der Bürokratie“ (Storm 2001, 2508), „hierarchisch-militärische“ Strukturen in Kranken-

¹ Zum einen sichtbar an der seit 2003 inkraftgetretenen Ärztlichen Approbationsordnung, zum anderen aber auch anhand aktueller intensiver Bemühungen, die Ausbildungspraxis zu reformieren (z. B. eine steigende Zahl von Reform- und Modellstudiengängen Medizin, neue Lern- und Lehrformen, die eine stärkere Verschränkung von Praxis und Theorie hervorheben). Medizindidaktische Zentren, eine spezifische Ausbildungsforschung aber auch das rege Interesse an einem Austausch von Erfahrungen und dem „Erfolg“ der medizinischen Ausbildung, wie z. B. auch an den steigenden Teilnehmerzahlen der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) ablesbar ist, deuten auf „Notzustände“ hin, die nach Handlung verlangen.

häusern (Ruebsam-Simon 2002, 2840), „fragmentierte Ärzte“ (Geisler 2004, 8), „délormations professionnelles“ (Bollinger, Brockhaus et al. 1981, 9), das „Phänomen des unglücklichen Arztes“ (Geisler 2004, 4) und der „medikalisierte Tunnelblick“ mit „angstgesteuertem Verhalten statt Selbstbewusstsein und Zivilcourage“ (ebd.), um nur einige pointierte zu nennen.

Die dahinter stehende Frage, was einen *guten Arzt* ausmacht, begleitet grundlegend und wesentlich die Entwicklung der medizinischen Profession zu allen Zeiten; man denke dabei z. B. an das historische Dokument der heute als Hippokratischer Eid bezeichneten berufsethischen Verpflichtung. Auch in jüngster Zeit finden sich zahlreiche Arbeiten, dieses *gut* näher zu definieren, etwa bei Dörner (2001), von Troschke (2001) und Geisler (2003; 2004). Zusätzlich dazu gibt es diverse Interessenlagerungen, die hinter einer solchen Zielsetzung stehen können: Patienten, Krankenkassen, Pharmaindustrie, Berufsverbände, Ethiker, Ökonomen, aber auch die Mediziner und Ärzte selbst fokussieren je unterschiedliche Kompetenzen und Eigenschaften, die sie einem guten Arzt zuschreiben. Aufgrund dieser Divergenzen hinsichtlich einer Begriffs- und Zielbestimmung der Profession werden immer wieder normative Konkretisierungen des ärztlichen Selbstverständnisses versucht, die trotz oder gerade wegen der besonderen Bedingungen heutiger medizinischer Praxis eine spezifische ärztliche Grundhaltung einfordern, die es ermöglichen soll, diese Spannungen auch auf persönlicher Ebene zu handhaben.

Neben den Versuchen einer äußeren und inneren Regulierung ärztlicher (Ausbildungs-) Praxis und ärztlicher Haltungen, zeigen auch innersystemische Darstellungen alarmierende „Notzustände“ der Ärzte und unmittelbar damit auch fatale Folgen für die Patienten auf. So kann man mit einigem Erstaunen ärztliche Kommentare auf einer Internetseite lesen, die sich der Transparenz ärztlicher Fehler widmet². Das Erstaunen bezieht sich dabei weder auf die Art der berichteten Fehler, noch auf die Möglichkeit, medizinische Fehler überhaupt öffentlich zu machen, sondern vielmehr auf die Art des Sprechens *darüber*. Beispielsweise kommentiert eine Allgemeinmedizinerin den „Fehler des Monats September 2008“: „Der Arzt bestimmt die Therapie und nicht der Patient! Da muss man hart bleiben und wem es nicht passt, der kann ja woanders hingehen“. Dieser paternalistischen Ausdrucksweise ähnlich äußert sich ein Arzt zur Verwendung von

2 Die Seite www.jeder-fehler-zaeht.de wird seit 2006 vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt allen interessierten Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt, um anonym Fehler der Praxis berichten zu können. Diese Fehler können von anderen Interessierten kommentiert werden unter dem Motto: „Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen – daher unser Motto: Jeder Fehler zählt!“. Monatlich werden mehrere Fehler öffentlich zur Diskussion gestellt, und es findet ein Contest des „Fehlers des Monats“ statt.

Spritzen zur Behandlung bestimmter Schmerzbeschwerden mit folgenden Worten: „Bei den spritzengeilen Patienten bin ich manchmal ein bißchen gemein“. Obwohl diese Arten des Sprechens *über* vielleicht nicht als typisch zu bezeichnen sind, verweisen sie jedoch ebenso auf „Orte der Spannungen“.

Derartige Beschreibungen wie auch die Professionskritik verbinden das medizinische Handeln mit den Bedingungen einer solchen Praxis. Medizinisches Handeln lässt sich demnach als Handeln in einem Feld beschreiben, welches durch professionelle Beziehungen strukturiert und durch eine stetige Veränderung von Wissensbeständen gekennzeichnet ist. Zudem wird es beeinflusst durch seine historischen Bezüge, strukturelle und organisationale Bedingungen sowie, nicht weniger bedeutsam, durch ökonomische Verhältnisse und Anforderungen.

Zu dieser unspezifischen Vielfalt an Bedingungen und Charakteristika kommen weitere Merkmale hinzu, die die medizinische Praxis als eine außergewöhnliche und sensible kennzeichnen. Vor allem stellt das Arbeiten an existenziellen Grenzen unter Bedingungen von Unsicherheit eine Besonderheit dar. Für eine wirksame therapeutische Beziehung erschwerend gesellt sich dazu die notwendige Handhabung eines Ungleichgewichtes, manchmal auch eines Machtgefälles, zwischen Ärztin, Arzt und Patienten. Dabei besteht eine der wichtigsten Funktionen der medizinischen Praxis darin, „Enklave zu sein für existentielle Probleme wie Krankheit, Leiden, Tod, Angst und Irrationalität. Dies gilt auf einer allgemeinen gesellschaftlichen Ebene – hier liegt die wesentliche 'Leistung' der Medizin in der 'Rationalisierung' solcher Probleme – wie auch für den Einzelfall – hier stellt die Medizin für den Patienten und dessen soziales Netzwerk technische Umgangsformen und Bewältigungsmöglichkeiten bereit“ (Bollinger, Brockhaus et al. 1981, 32). In einschneidenden, existenziellen Situationen, wie dem Umgang mit dem Tod, dem Erleben des Sterbens, aber auch anderen hochkomplexen Situationen, gerät das Medizinsystem wie auch der einzelne Mediziner, die jeweilige Medizinerin an Grenzen, die als Belastung, als „Notzustände“ der Ärzte erfahren werden, wie zahlreiche Untersuchungen zum psychischen wie physischen Befinden von Mediznern und Medizinerinnen eindrucksvoll belegen³.

Im Gegensatz dazu finden sich nur wenige Untersuchungen zu spezifischen medizinischen Orientierungen als eine besondere Form von medizinischer Welt-sicht, die verschiedene, als typisch zu bezeichnende Haltungen der Akteure rekonstruieren. So zeigt z. B. Wettreck (1998) zwei komplementäre Sichtweisen der medizinischen Welt auf: den „Medizinischen Blick“ und den „Ärztlichen Blick“. Beide stellen eine Art ärztliche Lösungsversuche im Umgang mit oft

3 Einige ausgewählte Untersuchungen werden ausführlich in Kapitel 2.1 vorgestellt.

existenziellen Bedrohungssituationen der Patienten dar. Diese Lösungsversuche zeitigen Konsequenzen in den Befindlichkeiten der Ärzte, aber auch in der Wahrnehmung von Patienten und deren Vertrauen in die Medizin.

Die Relevanz dieser Sorge um die Profession Medizin ist demnach nicht nur in einer selbstreflexiven Weise gemeint, sondern durch ihre Mittelbarkeit auf das Wohl des Patienten umfasst sie parallel dazu ein überindividuelles Ziel: Hierbei geht es um den zentralen Wert der Gesundheit, den die Medizin als historisch gewachsene Profession vertritt und für deren Erhalt oder Wiederherstellung sie eine ausschließliche Expertise beansprucht. „Weil Gesundheit und ein beschwerdefreies und langes Leben Voraussetzungen für Leistung, Genuß und Glück des Lebens sind, richten sich die Hoffnungen der rein diesseitig orientierten Menschen auf die Medizin. Der Mediziner rückt in die Rolle des 'Priesters', dem Macht über den Tod zugesprochen wird und auf den sich das Vertrauen der Menschen richtet. Dem Sog dieser Verleugnung der Endlichkeit und des Todes kann der Arzt (und auch die Pflegenden) erliegen, indem er sich als Kämpfer gegen den Tod versteht, indem er die Tatsache des Todes verleugnet, indem er der ihm zugesprochenen Macht über den Tod nicht widersteht, zumal sie ihm selbst eine herausgehobene Machposition in der Gesellschaft sichert. Dabei handelt es sich aber um eine Verleugnung der eigenen Endlichkeit, der Tatsache, dass letztlich der Tod und nicht der Mensch und seine Medizin siegen“ (Eibach 1994, 307).

Die Kritik an der medizinischen Praxis sowie auch die Ansprüche an sie werden gerade durch diesen bedeutsamen gesellschaftlichen wie auch individuellen Wert, der der Gesundheit beigemessen wird, verständlich. Einmal mehr wird dann auch nachvollziehbar, warum der *gute Arzt* im Fokus so vieler Auseinandersetzungen steht.

Bisher wird damit die Frage nach dem guten Arzt nur im Sinne einer Deskription und Normativität eines medizinischen Habitus sowie der Umstände und Konsequenzen seines Wirkens verstanden. Der Aspekt des *Werdens* bleibt an dieser Stelle noch offen. Wie entwickeln sich diese 'Sichtweisen' von (medizinischer) Welt, welche Veränderungen während der naturwissenschaftlich geprägten Ausbildung zum Humanmediziner hinsichtlich spezieller Vorstellungen und Bilder lassen sich schon bei Studierenden erkennen, die wiederum Auswirkungen nicht nur auf die spätere Berufspraxis zeitigen können, sondern ebenso auch auf eine als Identität verstandene Formung der eigenen Persönlichkeit zum Arzt? Der unzufriedene und „fragmentierte Arzt (...) freilich ist wiederum Resultat einer ärztlichen Ausbildung, die das dialogische Prinzip als Urelement des Umgangs von Arzt und Patient sträflich vernachlässigt, den klinischen Blick als Hantieren mit 'weichen Daten' abtut und auf die unlimitierte Erhebung harter Daten setzt“

(Geisler 2004, 9). Angelehnt an die Untersuchungen zum physischen wie psychischen Befinden von Medizinerinnen und Medizinern, gibt es eine Fülle an Untersuchungen, die schon bei den Studierenden der Medizin Ähnlichkeiten des Befindens und vor allem der Überlastung zeigen⁴.

Sich speziell mit den Orientierungsrahmen und -schemata der *werdenden* Ärztinnen und Ärzte zu beschäftigen, scheint dessen ungeachtet bisher nur vereinzelt Forschungsinteresse hervorgerufen zu haben, ist jedoch für das Verständnis dieses Feldes und seiner Bedingungen unerlässlich und somit angemessen, um mögliche Variablen und Ansätze der Beeinflussung auszumachen. Diese werden infolge quantitativer Untersuchungen⁵ schon auf vielfältige Weise versuchsweise umgesetzt: Veränderungen der Lernformen, die Aufhebung der strikten Trennung von Theorie und Praxis und nicht zuletzt die zusätzliche Einführung des Faches Ethik und Geschichte der Medizin durch die neue Approbationsordnung sollen den empirischen Erkenntnissen Rechnung tragen.

Trotz der allmählichen strukturellen Veränderungen des Studiums „bleibt die Multiple-Choice-Prüfung ein typischer Weg des medizinischen Denkens. Sie ist objektiv, genau, ins subspezielle Detail gehend und vor allem überprüfbar – und damit gerecht. Aber für diese Art des Denkens wird ein hoher Preis bezahlt. Der Überblick über das Ganze geht verloren, er wird nicht mitgedacht“ (Rueb-sam-Simon 2002, 2841). Und so bleibt auch das Studium der Humanmedizin Gegenstand von Kritik: Selektionsprozesse der „militärischen und autoritär“ strukturierten Ausbildung filtern „den Typ des Hochleistungsmediziners“ (ebd.) heraus, während das Studium selbst einen „Parforceritt quer durch die Naturwissenschaften und anschließend ein Dauertraining in Stressbelastbarkeit“ (ebd.) darstellt. Die Schwachstelle der medizinischen Ausbildung sei die „Menschwerdung künftiger Doctores“ (Bartens 2004, 1).

Die Beobachtungen und Rekonstruktionen medizinstudentischer Orientierungen im Verlauf der *Arztwerdung* können dann interessant sein, wenn man den Erwerb eines Habitus in seinem zeitlichen Verlauf beobachtet und einen phasenhaften Entwicklungsprozess annimmt. Die dahinter stehende Idee bezieht sich darauf, dass diese studentischen Orientierungen Hinweise darauf geben, wie sich der medizinische Habitus entwickelt, welche Sozialisationsbedingungen ausgemacht und welche Lernmechanismen wirkmächtig sind, also wie man als Studierender überhaupt zu einem guten Arzt *werden* kann. Die mittlerweile schon 50 Jahre alte Untersuchung amerikanischer Medizinstudierender durch Becker et al.

4 Das Kapitel 2.2 enthält die Darstellung ausgewählter Untersuchungen.

5 Siehe Kapitel 2.2.

(1961) fokussiert genau diese studentischen Orientierungen; aktuell wird sie jedoch nur noch kritisch als eine historisch bedeutsame soziologische Studie behandelt.

Die vorliegende empirische Untersuchung zur Sozialisation von Medizinstudierenden soll diese Lücke schließen. Dabei wird auf zwei Aspekte fokussiert: Zum einen handelt es sich um die Beschreibung medizinstudentischer Orientierungsschemata und -rahmen sowie deren Ähnlichkeit zu einem medizinischen Habitus. Dadurch lassen sich Bedingungen verdeutlichen, die in der Entwicklung solcher typischen medizinischen Orientierungen wirksam werden. In der eigenen Arbeit wird dabei das *gut* nicht im Sinne äußerer Zuschreibung oder einer moralischen Beurteilung verstanden, sondern die subjektive Bedeutung dieses *gut* rekonstruiert. Folglich wird gefragt, wie eine Kongruenz zwischen individuell wahrgenommenen Eigenschaften, Sichtweisen, Haltungen und einer medizinischen Praxis herzustellen versucht wird. Dies lässt sich beispielsweise anhand der Existenz verschiedener Habitusformen zeigen, die als typisch medizinische herausgestellt werden können.

Parallel zur Beschreibung medizinischer Orientierungen stellt sich der *Prozess* des Erwerbs dieses (oder eines) Habitus erkenntnistheoretisch als weiterer wichtiger Punkt heraus. Die Beschreibung der Habitusentwicklung als allmähliche Übernahme⁶, als schleichende, unbemerkte Aneignung bietet wenig Anhaltspunkte dafür, wann ein Habituserwerb als abgeschlossen gelten kann, welche konkreten Entwicklungsetappen dazu notwendig durchlaufen werden müssen und welche Zeichen darauf je hindeuten. Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit bezieht sich also auf die Besonderheiten der Aneignung eines medizinischen Habitus, auf mögliche Entwicklungsstufen dieser Übernahme, wie auch auf verschiedene Ausformulierungen einer Haltung bei Medizinstudierenden.

Weitere interessante und wichtige Diskurse innerhalb einer solchen sozialwissenschaftlichen Betrachtung des Phänomens der medizinischen Habitusentwicklung müssen auf Grund der Fokussierung der Fragestellung unberücksichtigt bleiben, gleichwohl sie zum Verständnis beitragen können: So sind jegliche normative Auseinandersetzungen⁷ aber auch Fragen der Unterschiede zwischen

6 Siehe dazu ausführlich die Beschreibungen des Habitus in Kapitel 5.1.1.

7 Zahlreiche Beiträge beschäftigen sich mit normativen Fragestellungen die ärztliche Haltung betreffend, so u. a. Emanuel & Emanuel (2000) und Emanuel (2000), die vier Modelle einer Arzt-Patienten-Kommunikation beschreiben und normativ ausführen.

den Geschlechtern⁸ bezüglich bestimmter ärztlicher oder medizinischer Haltungen nicht einbezogen worden. Ganz offensichtlich bestehen hier Anschlussmöglichkeiten solcher und weiterer Diskurse an die Überlegungen und Ergebnisse dieser Arbeit, die zu einem vertieften Verständnis des Phänomens der medizinischen Habitusentwicklung beitragen können.

Zur Beantwortung der Frage wird die Struktur der Arbeit von drei Schwerpunkten getragen: In einem ersten Teil werden aus der Fülle empirischer Befunde zu den Besonderheiten der medizinischen Akteure sowie der Medizinstudierenden einige ausgewählte Studien vorgestellt (Kapitel 2). Diese Sichtung stellt eine grundlegende Voraussetzung dafür dar, anhand der wahrgenommenen Erkenntnislücke die eigene Forschungsfrage detailliert auszuführen. Die für die empirische Umsetzung der Forschungsfrage notwendige Auswahl der Untersuchungsfälle, der Erhebungsmethode, des Forschungsdesigns sowie der Analysetechnik findet sich ausführlich in Kapitel 3. Hier werden nicht nur die Spezifik des Forschungs- und Analyseblickes, sondern auch die Besonderheiten der Fälle und des Zugangs zum Feld beschrieben. Unerlässlich dafür ist die grundlegende Darstellung der formalen Strukturierung der medizinischen Ausbildung.

In einem zweiten Schwerpunkt (Kapitel 4) werden anhand von Transkriptauszügen der einzelnen Fälle die jeweiligen Interpretationsschritte nachvollziehbar und münden in einen Vergleich der rekonstruierten Orientierungen. Dabei bilden vier Gruppendiskussionen mit vorklinischen Studierenden den Anfang. Daran schließen sich drei Gruppendiskussionen mit klinischen Medizinstudierenden an, die einen ersten Vergleich der Orientierungsrahmen zulassen und eine Skizze eines spezifischen Habitus entwerfen. Als dritte Vergleichsgruppe werden Interviews mit Assistenzärztinnen und einem Assistenzarzt hinzu gezogen, die die Grundlage für die Ausformulierung typischer Orientierungen bei Novizen des medizinischen Systems darstellen. Am Ende des Kapitels werden diese typischen Orientierungen miteinander in Beziehung gesetzt, um auf dieser Grundlage die Basistypik eines medizinischen Habitus sowie besondere Formen eines solchen ausführen zu können. Anhand dieser Vergleiche wird dann eine Entwicklungstypik im Erwerb dieser Orientierungen herausgearbeitet.

Erst im Anschluss an die Darstellung der Empirie werden die rekonstruierten Befunde in Beziehung zu theoretischen Konstrukten und Annahmen gesetzt (Kapitel 5). Diese 'späte' Verortung der theoretischen Auseinandersetzung folgt

8 Unter anderen findet sich z. B. bei Sander (2008) eine rekonstruktive Untersuchung der Machtprozesse und des Einflusses von Geschlecht auf die Praxis medizinischen und pflegerischen Personals eines Krankenhauses.

der Idee, das eigene empirische Material so wenig wie möglich schon vor der eigentlichen Analyse mit theoretischen Überlegungen und Konstrukten in Berührung zu bringen, um eine damit zwangsläufig verbundene Abstrahierung zu vermeiden. Diese erfolgt erst im Anschluss an die Rekonstruktionen. Dem Material und somit der besonderen Weltsicht der Medizinstudierenden soll damit soviel Raum wie möglich gegeben werden, ohne schon in vorab festgelegten Begrifflichkeiten zu verhaften.

Eine grundlegende theoretische Verortung und Verknüpfung der eigenen Ergebnisse bezieht sich auf ausgewählte Ansätze zur Sozialisation. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der Entwicklung des Habitus. Parallel dazu werden lerntheoretische Überlegungen, handlungstheoretische Ansätze, der Ansatz der sozialisatorischen Interaktion, systemtheoretische Überlegungen sowie die Rahmenanalyse und Rituale als sozialisatorische Institution in einen Bedeutungszusammenhang der Medizinerwerdung gestellt. In der Auseinandersetzung mit dem medizinischen Feld ist es zusätzlich dazu unerlässlich, auch das Thema Profession kritisch zu diskutieren und durch diverse Perspektiven darzustellen; im Rahmen der professionstheoretischen Überlegungen werden aus diesem Grund verschiedene Ansätze, Profession zu beschreiben, vorgestellt sowie grundlegend über die Bedeutung von Profession diskutiert. Da sich strukturelle und organisationale Bedingungen der medizinischen Praxis nicht nur auf Ärzte und Patienten auswirken, sondern ebenfalls auch die medizinstudentischen Wahrnehmungen ärztlicher Handlungspraxis färben, ist es notwendig, diese als beeinflussende Faktoren neben den sozialisatorischen Bedingungen darzustellen. Dabei wird in einem eigenen Kapitel die Sozialisationsinstanz Krankenhaus näher beschrieben.

Der Bogen schließt sich in einer Zusammenfassung und Beantwortung der Forschungsfrage (Kapitel 6), wie sich anhand dieser Ergebnisse die *Medizinerwerdung* beschreiben lässt, wie man also zu einem guten Arzt werden kann und wie sich der gute Arzt aus Sicht angehender Ärztinnen und Ärzte beschreiben lässt. Schlussendlich geben die eigenen Befunde Ausblicke auf weitere Forschungsfragen, die bedeutsam für das Verständnis dieses besonderen sozialen Feldes und der verschiedenen medizinischen Blicke auf die Welt sein können.

Die medizinische Sozialisation

Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus

Reimann, S.

2013, X, 338 S., Softcover

ISBN: 978-3-531-19846-0