

Medizinische Ausbildung und Identitäten:

Wie entsteht pädiatrische Identität in einer außer Kontrolle geratenen Welt?

Dieser Artikel beschäftigt sich damit, wie Identität durch Bildung entsteht: Insbesondere kinder- und jugendärztliche Identität durch unsere Weiterbildung. Unsere Vorgänger haben viel erreicht, wenn es zum Beispiel heißt, dass Kinder- und Jugendärzte die Monitore der Gesellschaft für Kinder- und Jugendgesundheits sind (und sich nicht zuerst ums Geld sorgen). Dabei wird angenommen, dass es eine selbstbestimmte, demokratische Tätigkeit ist, eine Identität anzunehmen. Die Weiterbildung soll dabei die vorbereitete Umgebung schaffen, in der sich werdende Kolleginnen und Kollegen zu dem bilden können, was sie als Ideale erkannt und anerkannt haben. Die Details dieser vorbereiteten Umgebung sind dabei bedeutsam, besonders das Weiterbildungsziel, die Kultur der Rückmeldung und das Prüfungssystem. Daran anschließend ist eine interessante Frage, ob die Identität des medizinischen Lehrers dadurch hinreichend legitimiert ist, dass eine Person Erfahrungen in dieser Rolle sammelt, ohne eine formale Qualifikation darin zu haben.



Dr. Folkert Fehr

Die Verwandlung zum Arzt – zum Facharzt

Medizinische Ausbildung ist nicht einfach ein Unternehmen, bei dem es sich um Erwerb und Anwendung von Wissen dreht. Es spielt dabei eine Rolle, wer wir werden als Medizinstudenten, Weiterbildungsassistenten, Fachärzte und Lehrende in der Medizin. Arzt oder Ärztin zu werden bedeutet, eine Identität anzunehmen, die wie eine Gestalt aus mehreren Teilen zusammengesetzt und dennoch mehr als die Summe ihrer Teile ist. Diese Teile bezeichnen wir als Rollen, nämlich klar definierte, sozial entwickelte und legitimierte Aktivitäten wie zum Beispiel die Oberarztrolle in der Führung einer Station oder die Anästhesistenrolle bei einer Operation. Die Identität ist nicht angeboren, sie ist gemacht. Nicht ohne Grund gibt es in der medizinischen Ausbildung Lernen am Modell, Simulationspatienten, Supervision und schließlich Akkreditierung, die mit dem Privileg unabhängiger Praxis einhergeht. Die Verwandlung vom Studierenden zum Arzt kann nicht auf die Übersendung einer Urkunde beschränkt sein. Und vom Arzt zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin wird man nicht durch ein Logbuch oder ein kollegiales Gespräch, sondern indem man Wissen mit Erfahrung integriert und Haltungen wie Respekt, Neugier und den Wunsch nach Verbesserung annimmt, sagt der Carnegie-Report 2010.

Patienten-zentriert ist noch nicht Standard

Ist es trivial, nach der pädiatrischen Identität zu fragen und Kriterien zu suchen, die sie näher bestimmt? Diese Frage kann man sicher mit „ja“ beantworten. Denn das Wort „trivial“ kommt von lateinisch *trivialis* und bedeutet „jedermann zugänglich“. Die pädiatrische Identität kann und darf kein Mysterium sein, das nur Eingeweihten wichtig und zugänglich ist. Lehrer und Lerner müssen wissen, worum es sich handelt und wie man diese

Identität bilden kann. Außerdem enthält der Begriff die Elemente *tres* und *via*. Man kommt auf mehr als zwei Wegen zum Ziel, das heißt, der konkrete Weg ist mehrdeutig und unbestimmt. Das Ziel ist da, aber die Bewegung dorthin hängt von der Konstitution und Disposition des Gehenden ab. Umso bedeutsamer ist es, dass jedermann ersehen kann und es leicht zu erfassen ist, wann man dort ist.

Der Zweck medizinischer Ausbildung besteht darin, den Patienten zu nutzen, indem die Arbeit von Ärzten verbessert wird. Ärzte können Patienten helfen, wenn sie ihnen sorgfältig zuhören und ihnen ihren rechtmäßigen Platz einräumen: Im Herzen der Medizin. Patienten-zentrierte medizinische Ausbildung ist nicht neu, aber noch längst nicht Standard. In der Medizin ist es wichtig, zu wissen, warum man etwas tut, über Verbesserungen nachzudenken und es dann auch besser zu tun. Analog zur klinischen Medizin brauchen wir auch in der medizinischen Ausbildung die beste verfügbare Evidenz, um unser Handeln zu leiten.

Antworten auf die drängenden Fragen der medizinischen Ausbildung können – und sollen – in der Versorgung unserer Patienten gefunden werden. Dazu ist es nötig, von wissenschaftlichen Lerntheorien zu lernen, die sich dafür interessieren, wie Lernen tatsächlich vonstatten geht. In diesem Feld führen ‚communities of practice‘ (Wenger 1998), ‚actor-network theory‘ (Law & Hassard 1999) und ‚cultural-historical activity theory‘ (Engeström 2008). Studierende, Lehrer und Patienten lernen voneinander, miteinander und übereinander.

Den Patienten lesen lernen

Unsere eigenwilligen und intuitiven Traditionen medizinischer Ausbildung bedingen ein perpetuiertes Machtgefälle, das dazu führen kann, dass Patienten und Lernende ausgeschlossen und entfremdet werden. Hier



© Peter Atkins – Fotolia.com

hat Lehrforschung das Potential, medizinische Ausbildung demokratischer zu machen, was zu einer demokratischeren und Patienten-zentrierteren Medizin führt. Damit kann verhindert werden, dass die Erfahrung des Patienten mit seiner Krankheit gewissermaßen kolonialisiert wird: Ärzte laufen Gefahr, mit ihrer Sprache, ihren Haltungen und ihrem Verhalten Patienten zu dominieren und zu überwältigen. Der Patient muss die Sprache des Arztes lernen, seine Führung anerkennen, seinen Rat befolgen, seinen Lebensweg mit ihm verhandeln oder um den Arzt herum verfolgen. Dies alles führt zu der beobachtbaren historischen Entwicklung des Kolonialismus, nämlich der Non-Compliance, weil Patienten nicht wahrnehmen, dass all das zu ihrem Besten ist. Deshalb hat medizinische Ausbildung die Aufgabe, die Zwillingshaltung der Sensibilität und Sensitivität zu vermitteln, Patienten zu ‚lesen‘ wie man einen Text liest.

Der Soziologe Michel Foucault beschreibt 1988 in *Naissance de la clinique* die Entstehung der modernen Medizin als Zusammenspiel von Macht, Ort und Identität. Der Arzt sei charakterisiert durch die Kultivierung des diagnostischen Blicks, der eine besondere Expertise in Untersuchung und Diagnose signalisiere. Lingard et al. untersuchten 2003 diesen Prozess, wobei sie auf die besondere Bedeutung von Patientenvorstellungen durch Fallpräsentationen zwischen Ärzten stießen. Dabei gerät die Konstruktion der ärztlichen Identität in eine Zwickmühle. Einerseits wird es oft belohnt, wenn besonders junge Ärzte Patienten und Kollegen eine Fassade von Sicherheit präsentieren, während andererseits tatsächlich Unsicherheit und Mehrdeutigkeit in der Medizin vorherrschen. Es sind also gewissermaßen rhetorische Instrumente, die professionelle Identität etablieren. Und dabei gerät die Transition leicht auf eine schiefe Bahn, an deren unterem Ende der Boykott von Fehlersuch- und -Vermeidungssystemen steht.

Identität zielgerichtet

Identität kann laut dem Soziologen Bauman (2004) grundsätzlich auf zwei Weisen gedacht werden. Erstens die Identität, die von einer Gemeinschaft geteilt wird, die von ‚Leben und Schicksal‘ zusammengebracht worden ist. Die erweiterte Familie ist dafür ein Paradebeispiel. Hier ist Identität durch Geburt mitgegeben, nicht gewählt worden. Zweitens die Identität, die von einer Gemeinschaft geteilt wird, die durch gemeinsame Ideen, Prinzipien und Werte zusammengehalten wird. Hierfür wären die Medizin und die Bildung Beispiele, aber sicher auch religiöse Gemeinschaften. Während bei letzteren die Prinzipien und Werte ziemlich fix sind, werden in Medizinischen und Bildungswissenschaften Ideen, Prinzipien und Werte diskutiert, wissenschaftlich untersucht und gelegentlich reformuliert. Bauman hat dafür den Ausdruck ‚liquid modernity‘ geprägt, der ausdrücken soll, dass es beispielsweise innerhalb der Medizin Arbeitsbereiche gibt, deren Ideen und Werte einander widersprechen und dass die gegenwärtige Welt unbeständig, im Fluss und ungewiss ist. Es reicht nicht mehr aus, sich zu einer Tätigkeit auszubilden, um dann mit einem für allemal ausreichendem Wissen, Fähigkeiten und Haltungen ein Arbeitsleben lang erfolgreich zu sein. Das zweite Bild für die gegenwärtige Welt ist die außer Kontrolle geratene Lore, die mit hoher Geschwindigkeit und sehr wenig Sicht für die Insassen durch ein Labyrinth saust. Die Kräfte, die auf sie einwirken, kommen hauptsächlich von außen, durch die Umgebung. Der Steuermann kann möglicherweise ein wenig abbremsen, aber die Richtungsentscheidungen und das Ziel sind durch die äußerliche Konstruktion vorgegeben. Wie also muss die Weiterbildung konstruiert werden, damit die Passagiere in der Lore zielgerichtet mitwirken und sicher am naheliegenden Ziel ankommen?

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten alleine genügen nicht

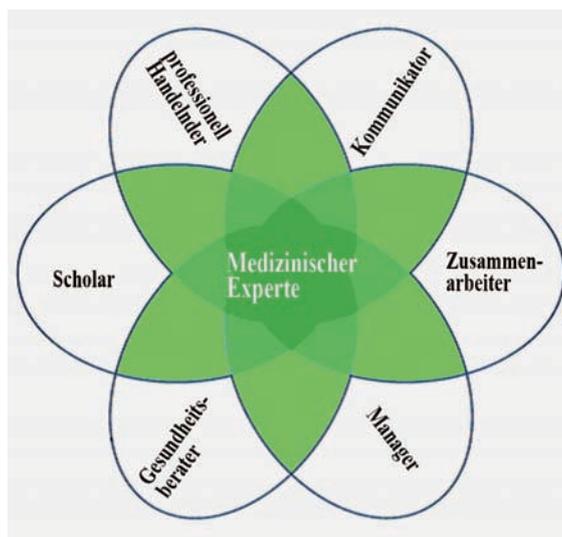
Im antiken Griechenland wurde zwischen Bürgern und Nicht-Bürgern unterschieden. Bürger konnten ein erfülltes Leben der kulturellen Teilhabe führen, während Nicht-Bürger ein eher animalisches Leben führen mussten. Auch die Medizin unterscheidet Mitglieder und Nicht-Mitglieder. Mitglied wird man durch Qualifikationen und Examina, kann allerdings auch wieder ausgestoßen werden, wenn man seine Privilegien missbraucht oder bestimmten Pflichten nicht nachkommt. Auch für die Patienten hat dieser Unterschied Gewicht, wenn man an die Versorgungsqualität beim Pädiater oder eben Nicht-Pädiater denkt. Hier macht es Sinn, über die Kriterien der Mitgliedschaft nachzudenken. In erster Näherung soll dafür ein Satz von Identitäten vorgeschlagen werden.

Warum Identitäten und nicht Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, wie es in der Weiterbildungsordnung stehen? Weil Wissen allein nicht ausreicht, weil Lerner nicht wie Teebeutel für eine festgesetzte Zeit ins Krankenhaus eingetaucht werden und dann immer ein gleich gut genießbares Ergebnis zeitigen, weil Fertigkeiten nicht

ein für allemal exzellent sind, sondern nach den Umfeldanforderungen geübt, modifiziert und erweitert werden müssen. Nach Heidegger geht die Suche nach sinnhaften Bezügen vom Dasein in der Alltäglichkeit aus und vollzieht sich im hermeneutischen Zirkel. Die Bewegung dieses Zirkels verläuft so, dass sich das Einzelne nur im Bezug zum Ganzen verstehen lässt und das Ganze sich nur am Einzelnen zeigt. Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll haben mit vielen Vorarbeitern, Mitarbeitern und geistigen Erben an solchen Kreisläufen gearbeitet. Eine Ableitung dieser Theorien für die Didaktik der medizinischen Weiterbildung wurde von kanadischen Kollegen im CanMEDS Framework zusammengefasst.

Lernen für konkrete Vorstellungsanlässe

Der Medizinische Experte steht im Zentrum, gewissermaßen als Ganzes. Diese Identität kann zu didaktischen Zwecken in Teil-Identitäten untergliedert werden, die im Einzelnen randunscharf sind und ineinander übergehen, aber im Kern doch durch die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen legitimierbar und ausweisbar sind. Dieses Modell weist weit über die Weiterbildungsordnung hinaus, indem dem Medizinischen Experten als Diagnostiker, Symptomatologe und Kenner Handlungsfelder zugewiesen werden, die unterschiedliche Expertise erfordern: Die Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und dem Umfeld – die Zusammenarbeit mit Kollegen und Fachkräften – das Management – die Gesundheitsfürsprache – das lebenslange Lernen – die Vorbildfunktion. Jede dieser Handlungsfelder oder Teil-Identitäten sind allgemein beschrieben und für die häufigen, wichtigen Vorstellungsanlässe spezifizierbar. Diese Arbeit wird beispielsweise in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) gemacht. Im



nach CanMED

Ergebnis führt sie dazu, dass Lehrer, Lerner, Patienten und Akkreditierungskörperschaften leicht zu erfassende Tätigkeiten nachlesen können, deren meisterliche Ausführung im Einzelnen beobachtbar sind und im ganzen ein Urteil erlauben: Wer all das tut, hat eine bestimmte Entwicklungsstufe erklommen. Man kann ihm oder ihr diese Tätigkeiten anvertrauen. Und wenn die Summe der Tätigkeiten die Pädiatrie gut abbilden, hat diese Person die Identität eines Pädiaters.

Folkert Fehr
Karlsplatz 5
74889 Sinsheim
07261-976267
folkert.fehr@t-online

Red.: Kup