

„Heute spiele ich Arzt- vom Medizinstudium und dem Weg zur Heilkunde“

Mein Name ist Mareike Weibezahl und meine einzige Qualifikation, die mich hier herführt, um diesen Vortrag zu halten, ist, dass ich Medizin studiere und zwar im 10. Semester an der Uni Leipzig.

Bei der „Akademie für Integrierte Medizin“ war ich, ehrlich gesagt, ziemlich durch Zufall, zum ersten Mal im Jahr 2015, und ich weiß noch wie ich dachte: Wer war eigentlich dieser Thure von Uexküll, und als ich das herausgefunden habe, habe ich festgestellt, dass ich noch weniger Ahnung habe von seinem psychosomatischen Modell, aber irgendwie hatte ich bei der AIM das Gefühl: Das hier ist eine Gruppe von ÄrztInnen, die sich nicht einfach zurücklehnt und jeder versteckt sich in seiner ökologischen Nische, sondern dass diese Menschen durchaus bereit sind, sich auch die unbequemen Fragen des Daseins als Ärztin/Arzt zu stellen. Hier hatte ich das Gefühl, dass Medizin als etwas gelebt wird, was nicht bereits abgeschlossen und feststehend ist, sondern als etwas, worüber diskutiert werden darf und diskutiert werden muss, was es immer weiter zu entwickeln und mit Leben zu füllen gilt.

Ich würde meinen Vortrag gerne mit einer Anekdote beginnen:

Mein Freund und Kommilitone Abdullah, erzählte mir einmal ganz zu Beginn unseres Studiums, das alte arabische Wort für Arzt laute „hakim“ und bedeute übersetzt so etwas wie „weiser Mann“.

In dieser Bezeichnung schwingt doch ein ganz anderes Verständnis der Ärztinnen/Arztrolle mit, als wir sie im Studium vermittelt bekommen.

Für mich stellt sich an diesem Punkt die Frage: Was für eine Ärztinnen/Arztrolle bekommen wir eigentlich im Studium vermittelt?

Ich denke, um Antworten auf diese Frage zu finden, muss man sich erst einmal fragen, was für ein Ärztin/Arztbild in unserer Gesellschaft vorliegt.

Meiner Beobachtung nach wohnt dem allgemeinen Arztbild immer noch etwas Unfehlbares, scheinbar Übermenschliches inne. Oder besser gesagt: ÄrztInnen sind immer noch Projektionsfläche eines solchen Arztbilds oder eines Wunsches nach einer Existenz einer solcher Ärztin/ Arztes. Wahrscheinlich ist dies aus Sicht der Gesellschaft auch notwendig. Wie sollte sonst, wenn man einmal rauszoomt und das ganze von außen betrachtet, das eigentlich doch vollkommen absurde Konzept einer Operation funktionieren, dass sich Menschen bereit erklären, sich von anderen Menschen aufschneiden und wieder zusammen nähen zu lassen, wenn die Patientin/Patient nicht in dem Moment bereit wäre, an eine Art Unfehlbarkeit der Ärztin/Arztes zu glauben?

Was noch befeuert dieses Bild einer unfehlbaren, allwissenden Ärztin/Arztes? Ich denke, dass das allgemein verbreitete Wissen darüber, dass man, um Medizin zu studieren, einen hohen Numerus Clausus braucht, auch seinen Teil dazu beiträgt. Es entsteht ein Bild, dass zu dieser Profession nur die Elite der Elite zugelassen wird, das „Eintreten“ in diesen Kreis ist quasi erschwert. Ich halte das Auswahlverfahren über den NC grundsätzlich für absolut den Sinn verfehlend. Ich glaube, der NC ist weniger ein Abbild von tatsächlichen Fähigkeiten eines jungen Menschen, sondern vielmehr eine Art Parameter dafür, wie sehr man in der Lage ist, sich an ein bestimmtes System anzupassen. Mit Intelligenz hat das meiner Meinung nach ganz wenig zu tun. Aber das führt uns jetzt zu einem anderen Thema. Was ich sagen will, ist, dass vom Beruf Ärztin/Arzt und somit natürlich auch vom Medizinstudium ein bestimmtes Bild und auch eine bestimmte Erwartungshaltung der Gesellschaft vorliegt. All dies zusammen lässt eine Art Mythos vom Ärztin/Arztberuf und somit auch einen Mythos vom Medizinstudium entstehen.

Dieser Mythos befeuert auf der einen Seite sicherlich Größenfantasien, aber auf der anderen Seite ist er eben auch mit diesem unmenschlichen Anspruch und der damit einhergehenden Verantwortung verbunden. Ich kann nicht beurteilen, wie mit diesem Mythos in der

Arbeitswelt unter fertigen ÄrztInnen umgegangen wird. Aber ich versuche mal zu beschreiben, wie es sich im Medizinstudium anfühlt.

Meinem Erleben nach haben im Medizinstudium Suche, Zweifel und jedes Gefühl nicht reinzupassen, keinen Raum. An Medizin wird per se nicht gezweifelt. Es gibt kein innehalten, kein Durchatmen, kein Rauszoomen. Für mich gibt es einige Situationen im Medizinstudium, in denen ich aber ein starkes Bedürfnis danach hatte.

Zum Beispiel, als im zweiten Semester der Anatomiekurs auf dem Plan stand und wir begannen, einen menschlichen Körper systematisch aufzuschneiden und auseinander zu nehmen. Es war das erste Mal in meinem Leben, dass ich einen toten Menschen überhaupt sah und ich fand mich direkt an seinem Fuß mit einem Skalpell in der Hand wieder. Oder als ich das erste Mal mit einem sterbenden Patienten konfrontiert wurde. Und auch, als wir vor zwei Wochen im Seminar Rechtsmedizin eine Leichenschau an einem 32-Jährigen Motorradfahrer durchführen mussten.

Dies sind Situationen, in denen ich mir ein gemeinsames Innehalten und ein Gespräch darüber, wie es uns geht, gewünscht hätte.

Es ist meiner Meinung nach bezeichnend, dass dieser Studiengang, der sich auf eine sehr unmittelbaren und auch körperlichen und in gewisser Weise sehr schonungslosen Art mit den essentiellsten Themen des menschlichen Daseins wie Geburt, Krankheit, Verfall des Körpers und schließlich auch Tod auseinander setzt, keinen wirklichen Raum bietet für eine Auseinandersetzung mit eben diesen Themen - vielleicht weil hier die Abwehr am größten sein muss und Angst und Zweifeln die Gefahr innewohnt ein Meer an Fragen nach sich zu ziehen. Fragen wie: Was macht ich hier eigentlich? Wer bin ich, dass ich die Legitimation erhalte, derartig invasive Prozeduren an einem anderen Menschen durchzuführen? Auf was gründet eigentlich diese Legitimation? Und wer formuliert sie? Was ist

eigentlich mein Auftrag? Und was suche ich in diesem Beruf? Warum habe ich ihn ergriffen? Mit was in mir hängt diese Entscheidung zusammen? All diese Fragen finden im Studium kaum Raum.

Was für eine Ärztinnen/Arztrolle bekommen wir eigentlich im Studium vermittelt?

Ich versuche mal das, was ich nonverbal aufnehme, in Worte zu fassen: Die Ärztinnen/Arztrolle wird grundsätzlich implizit vermittelt. Eine explizite Auseinandersetzung in Form eines Dialoges oder Diskussion findet nicht statt. Durch das Implizite findet eigentlich ausschließlich ein Lernen am Modell statt.

Doch was vermittelt das Modell?

Das Modell vermittelt etwas wie:

1. Ärztin/Arzt sein ist ein Privileg.
2. Eine Ärztin/ Arzt wirkt souverän und kompetent. Sagen wir, man legt einer Patientin/Patient einen venösen Zugang, und man macht dies zum ersten Mal, so lernen wir, dass es ein absolutes No-Go ist, dies der Patientin/Patient mitzuteilen. Es gilt, jegliche Art von fehlender Erfahrung oder Unsicherheit zu überspielen.
3. In erster Linie kommt es auf fachliche Kompetenz an. Das ist das einzig Messbare und dadurch das einzige, was wirklich zählt.
4. Ärztin/Arzt sein ist nichts für Weicheier. Wer zweifelt, ist hierfür zu schwach.

Wir nehmen dieses Bild an. Nach dem Physikum bekommen wir ein ganzes Set an teurem Werkzeug ausgehändigt. Wir bekommen einen weißen Kittel, eine Pupillenleuchte, einen Winkelmesser, einen Reflexhammer und natürlich: Ein Stethoskop ausgehän-

digt. Und beim Stethoskop ganz entscheidend: Wir dürfen die Farbe selbst aussuchen.

Hier gibt es traditionell wilde Diskussionen: Pink ist zu mädchenhaft, mit einem roten Stethoskop nimmt dich sowieso keiner ernst. Mit dem Stethoskop der Marke Peil, dem doppelschläuchigen Stethoskop kann man zwar als Anfänger mehr hören beim Abhören, aber es hat zwei Schläuche, wodurch man es sich nicht lässig um den Hals hängen kann. Das ist schlecht, denn das ist ja nun mal die charakteristischste Geste, die eine Ärztin/Arzt so durchführt. Wie Sie merken, will ich darauf hinaus, dass diese „Werkzeuge“ ob gewollt oder ungewollt die Rolle eines Statussymbols einnehmen.

Und so findet man sich ab dem fünften Semester täglich verkleidet, ausgestattet mit allen Accessoires, auf der Station wieder.

Ich habe das Gefühl, ich spiele all das nur. Ich spiele Arzt sein. Ich laufe ausgestattet mit meinem Spielzeug über die Station und mache das, wovon ich glaube, dass ÄrztInnen es tun. Ich beklopfe Reflexe, leuchte in Pupillen und höre mit meinem Stethoskop mit passendem fachmännischen, hochkonzentrierten Gesicht auf Herzen und Lungen. Was es eigentlich neurologisch nochmal bedeutet, wenn die Reflexe übersteigert oder nicht auslösbar sind, wenn die Pupillenreaktion nicht prompt, oder die konsensuelle gar nicht vorhanden ist - da bin ich mir nicht immer ganz so sicher. Ich höre die Lunge auf Rasselgeräusche ab, aber weiß nicht, was ich mache, wenn ich welche finde, oder was ich tun soll, wenn die Herztöne doch nicht ganz so rhythmisch klingen.

Das Gefühl, Ärztin/Arzt zu spielen, habe ich auch, wenn es um die Verwendung der Fachsprache geht. Fachsprachen sind ja bekanntlich für Laien eher schwer verständlich. Es gibt aber wahrscheinlich kaum eine Fachsprache, die für Laien so wenig verständlich ist, wie die medizinische Fachsprache, obwohl es ja paradoxerweise hier um den Laien selbst, als Patientin/Patient, also um den eigenen Körper geht. Mir ist bewusst, dass die medizini-

sche Fachsprache die Kommunikation innerhalb des medizinischen Fachpersonals erleichtert, Missverständnisse verhindert und sie insbesondere in internationalen Kontexten nicht wegzudenken wäre.

Neben diesen ganzen sicherlich als positiv zu bewertenden Effekten schafft medizinische Fachsprache aber unweigerlich eine Hierarchisierung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Wenn die Fachsprache zum Einsatz kommt, wird die Patientin/Patient vom Subjekt zum Objekt. Sie hat den Effekt einer Schaffung eines Kreises von Menschen, die diese Sprache verstehen und einer Welt ausserhalb, die sie nicht versteht. Und derjenige, der sie spricht, kann sich in dem Moment des Sprechens der Zugehörigkeit zu dem inneren Kreis vollkommen sicher sein. Also dient Fachsprache auch der Identifikation.

Setzt man die soziologische Brille auf, könnte man vielleicht anführen, dass zur Herausbildung einer Subkultur und zum Abheben vom Mainstream Sprache traditionell eine wichtige Rolle spielt.

Außerdem schafft Fachsprache Distanz zur Patientin/Patient, weil man nicht mehr seine eigene Formulierung suchen muss, sondern es für alles eine standardisierte, „richtige“ Formulierung gibt. Man muss nicht mehr nach Wörtern suchen oder gar nach ihnen ringen. Aber ein derartiges Ringen setzt immer ein Hinfühlen, ein Einfühlen und ein Einlassen voraus, was durch die Verwendung von Fachsprache zu kurz kommen kann.

So klingt etwa:

Herr Meier ist ein 55-Jähriger Patient, der an Darmkrebs leidet, der bereits in die Leber gestreut hat. Bei der Operation, die das Ziel verfolgte, diesen Tumor zu entfernen, mussten wir ein großes Stück des Dickdarms entfernen und dem Patienten einen künstlichen Darmausgang anlegen, anderes als:

Herr Meier, 55, Z.n. Sigmaresektion mit Stomaanlage aufgrund von Colon-CA, T3, N1, M1, R2.

Fachsprache schafft Distanz.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen gerne eine weitere Geschichte zum Thema, Sprache als Identifikationsvehikel im Medizinstudium erzählen.

Die ersten drei Jahre von meinem Studium habe ich in Göttingen studiert und nach dem sechsten Semester habe ich nach Leipzig gewechselt. In Göttingen gab es nach dem Physikum das von der Allgemeinmedizin und Psychosomatik gegründete Modul „Ärztliche Basisfertigkeiten“. Das war ein wirklich ziemlich besonderes Modul meinem Erleben nach. Es war in einen theoretischen und praktischen Teil gegliedert. Im praktischen Teil erlernten wir medizinische Basisfertigkeiten wie Blutdruck messen, Blut abnehmen und Zugänge legen.

Der theoretische Teil hatte den Schwerpunkt zu erlernen, wie man eine Anamnese erhebt und fand in Form von Rollenspielen in Kleingruppen statt.

Am Ende jedes Rollenspiels wurden sowohl Ärztin/Arzt als auch Patientin/Patient gefragt, wie es ihnen ergangen ist, wie es ihnen gerade geht, was ihnen schwer fiel usw.

Da dieser Kurs direkt nach dem Physikum begann, war dies der erste wirkliche Kontakt mit der Ärztinnen/Arztrolle. Das war eigentlich für uns alle die Situation, in der wir das erste Mal wortwörtlich Ärztin/Arzt gespielt haben.

Und was hier passiert ist, war wirklich interessant: In dem Moment, als ich das erste Mal den weißen Kittel anzog, um die Ärztin zu spielen, (das ist eine Art Regel in diesen Rollenspielen: Um besser in die Rolle reinzufinden, zieht derjenige, der die Ärztin/Arzt spielt, einen weißen Kittel an), also in dem Moment, als ich den Kittel anzog und meine „Praxistür“ öffnete, um meinen Patienten hereinzubitten, fand bei mir ungewollt eine Art Verwandlung statt. Auf einmal habe ich mich selbst anders sprechen gehört, und Formulierungen, gewählt die klangen, als wäre ich zwanzig Jahre älter, als ich bin, wie „Wir schaffen das

schon, Frau Müller“, die sonst niemals aus meinem Mund kommen würden und sich ganz fremd anhörten.

Am Ende der Rollenspiele gab es immer eine Feedback Runde von Seiten der StudentInnen und auch DozentInnen. So wurde zum Beispiel kritisiert, dass die Ärztin/Arzt mit dem Kugelschreiber gespielt hätte, was sie/ihn nervös erscheinen ließe oder dass sie/er vergessen hätte, nach Allergien zu fragen. Das sind alles ohne Frage wichtige Kritikpunkte, aber ich frage mich, ob es wirklich so dramatisch ist, wenn eine Ärztin/Arzt nervös mit dem Kugelschreiber spielt. Vielleicht ist es auch in Ordnung, schließlich **ist** sie/er ja auch nervös. Aber das ist im Ärztinnen/Arztbild nicht integriert. Das darf irgendwie nicht sein. Womit wir wieder bei dem Bild wären: Ein Ärztin/Arzt ist souverän und kompetent und wenn sie/er es nicht ist, muss sie/er zumindest so wirken.

In diesem Modul habe ich Ärztin/Arzt sein als etwas erlebt, was man performen muss. Ich hätte mir gewünscht, dass es mehr Raum gegeben hätte, sich auszuprobieren, das ganze erst einmal auf sich wirken zu lassen. Dass es mehr um das Erleben gegangen wäre, um das Hinspüren. Um das Erleben des Gegenübers, der Patientin/Patienten und zu schauen: Wie habe ich sie/ihn wahrgenommen? Wie ging es mir als sie/er das Zimmer betrat? Und wie ging es mir vielleicht auch als sie/er wieder ging? Was löst die Patientin/Patient in mir aus? Neige ich dazu, mit ihr/ihm auf einer kumpelhaften Ebene zu sprechen, will ich sie/ihn bevormunden, fühle ich mich unter Druck gesetzt oder habe ich den Impuls sie/ihn in den Arm zu nehmen?

Meiner Erfahrung nach kann so viel in einer Gruppe entstehen, wenn man solche Fragen thematisiert. Manchmal setzt das ganze Welten an Emotionen frei. Und es ist in unserem Studium einer der wenigen Kurse, in dem so etwas überhaupt möglich wäre.

Aber trotzdem war es einer meiner absoluten Lieblingsmodule und ich finde es toll, dass die Uni Göttingen sich im Bereich Kommunikationsschulung so sehr einsetzt.

Aber ich möchte noch einmal zurück kommen auf die Situation in den Kommunikationstutorien und auf das Gefühl, mit dem Anziehen des Kittels zu einer anderen Person zu werden. Wahrscheinlich denken jetzt viele von Ihnen: „Ja, naja, das ist ja auch irgendwie ganz normal, dass man am Anfang unsicher in dieser Rolle ist.“ Oder etwas wie: „Da findet man schon rein, wenn man erst mal wirklich mit PatientInnen zusammen arbeitet. Mit zunehmender Erfahrung fühlt man sich dann auch wohler in der Rolle.“

Aber dagegen möchte ich halten: Die Grundsteine dafür, wo man sich selbst in diesem Dschungel Medizin verortet und ob man sich überhaupt in irgendeiner Form verorten kann, werden im Studium gelegt. In irgendeiner Form in diesem Berufsfeld anzukommen, Zeit und Raum zu haben in diese Rolle hineinzuwachsen, sind meinem Erleben nach ganz entscheidende Themen, die MedizinstudentInnen bewegen.

An dieser Stelle möchte ich gerne auf eine interessante Studie aus den USA zum Thema psychische Gesundheit im Medizinstudium zu sprechen kommen. ForscherInnen vom Brigham and Women's Hospital in Boston, das ist ein Lehrkrankenhaus der Harvard Universität haben 2016 die Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter MedizinstudentInnen untersucht und dabei die Daten aus 167 Querschnittstudien und 16 Längsschnittstudien aus 43 Ländern zusammengefasst.

Das Ergebnis: 27 Prozent, also mehr als jede vierte Medizinstudentin/Medizinstudent litt unter Depression oder unter depressiven Symptomen. Und 11 Prozent der Befragten gaben Suizidgedanken an. Und nur knapp 16 Prozent der Befragten, die unter Symptomen litten, suchten eine psychologische Beratungsstelle auf.

Damit ist die Depressionsrate unter MedizinstudentInnen wesentlich höher als in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Zum Vergleich: Hier leiden in der Altersgruppe der 18 -

bis 25- Jährigen rund 9 Prozent und in der Altersgruppe der 26- bis 49 - Jährigen rund 7 Prozent unter einer Depression oder depressiven Symptomen. Alter und Geschlecht schienen keinen Einfluss zu haben.

Und es ließ sich auch nachweisen, dass das Studium einen Anteil an der depressiven Symptomatik trägt, da die Langzeitstudien, die die Prävalenz von depressiven Symptome vor und während des Studiums beurteilten, zeigten, dass diese median um 14 Prozent zunahm.

Und was noch viel erschreckender ist: Die Depression war laut Studie für viele Betroffene kein zeitlich begrenztes Problem, sondern hielt über die gesamte Dauer des Studiums an. Aber nicht nur Depression, sondern auch Angsterkrankungen und somatoforme Störungen seien häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vertreten. ¹

Jetzt denkt man vielleicht erstmal: „Das ist ja nicht so besonders überraschend. Schließlich gilt die Medizin immer noch als ein Studiengang mit enormen Leistungsdruck.“ Aber interessanterweise ist das Medizinstudium, vor allem was die Staatsexamen angeht, einer der Studiengänge, der die geringsten Durchfallquoten vorweist.

Und die Jobaussichten auf dem Arbeitsmarkt sind nach wie vor sehr gut und die Zahlen zeigen, dass diejenigen, die dieses Studium anfangen, zu einem überwältigenden Großteil dabei bleiben und am Ende auch Ärztin/Arzt werden.

Man könnte ja eigentlich denken, die MedizinstudentInnen können sich mal ein bisschen entspannen. Das sieht doch in der Zukunft alles gar nicht so schlecht aus. Aber dem entgegen stehen ebene diese bedenklichen Zahlen.

Es bleibt die Frage: Woran liegt das ?

¹ Rosenstein LS: „Prevalence of Depression, Depressive Symptoms and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis“ unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27923088>

Diese Studie wurde von dem stellvertretenden Dekan der Saint Louis Universität in den USA kommentiert, der sich Gedanken zu den Ursachen machte. Er identifizierte hier drei entscheidende Gründe:

Als einen Grund beschreibt er den Irrglauben, dass, weil der Beruf Ärztin/Arzt nun mal sehr hart und fordernd sei, die Ausbildung logischerweise auch sehr hart sein müsse, frei nach dem Motto: Sind die PatientInnen und ihre Nöte zu stark, bist Du zu schwach.

Als zweiten Grund nannte er das Phänomen, dass die Psychiatrie und Psychosomatik in der Medizin immer noch als „weiche Fächer“ gelten und eine Tendenz bestehe, seelische Leiden nicht so ernst zu nehmen wie körperliche. Dies drücke sich nicht nur dahingehend aus, dass eigenen PatientInnen oft erst sehr spät psychische Unterstützung angeboten werde, sondern auch darin, dass man sich selbst als Medizinstudentin/Medizinstudent oder Ärztin/Arzt erst sehr spät psychische Unterstützung suche.

Als dritten Aspekt nannte er die immer noch verhärteten und verkalkten hierarchischen Strukturen in den Medizinfakultäten, die nicht bereit seien, auf die Bedürfnisse ihrer StudentInnen einzugehen.

Ich finde diese drei Gründe auf jeden Fall sehr einleuchtend, würde aber gerne noch weiter auf den letzten Punkt, nämlich die Idee, die Medizinfakultäten nähmen die Bedürfnisse ihrer StudentInnen wenig wahr, eingehen.

In meinem Erleben, liegt ein wesentlicher Grund dafür, dass ich mich oft nicht gut fühle im Studium darin, dass es immer noch Gang und Gebe ist, die StudentInnen vor allem durch das Erzeugen von Angst zu motivieren. Reaktionen wie: „Wie? Das wissen Sie nicht?

Wenn Sie das nicht wissen, stirbt Ihr Patient!“ sind einfach sehr häufig zu hören. Meine

Reaktion darauf ist eigentlich immer erstmal etwas wie: „Oh Gott, ich darf niemals Ärztin werden, wenn ich Ärztin werde, schade ich der Patientin/Patient.“

Und ich erlebe auch immer wieder eine Haltung auf Seiten der DozentInnen, die in etwa lautet wie: „Früher war das alles noch viel schlimmer, wir haben damals gearbeitet wie der Teufel, wir haben 48-Stunden Dienste geschoben. Sie werden heute sowieso schon in Watte gepackt.“

Daraus entsteht ein Gefühl von: Wenn mir das hier zu hart ist, dann bin ich wohl zu weich.

Zusätzlich ist der klinische Abschnitt im Studium so aufgebaut, dass man eigentlich jede Fachrichtung nacheinander einmal kennen lernt. So hat man zum Beispiel eine Woche Orthopädie, eine Woche Gynäkologie usw. Man wird also praktisch ausschließlich von FachärztInnen bzw. AssistenzärztInnen, die eine bestimmte Fachrichtung erlernen, unterrichtet. Das ist einerseits sehr viel wert, weil man häufig von ÄrztInnen unterrichtet wird, die sehr begeistert von ihrem Fach sind und wir merken, dass jede Fachrichtung wie eine eigene Welt in der Welt der Medizin ist.

Andererseits verfüge ich jetzt teilweise über hochspezialisiertes Fachwissen, von dem ich genau weiß, dass ich es sowieso wieder bald vergesse. Es fehlt im Studium der Moment, in dem es möglich wäre, rauszuzoomen und dieses Wissen praxistauglich miteinander zu verbinden.

So weiß ich, dass Imatinib ein Tyrosinkinaseinhibitor ist, der bei der Philadelphia-Translokation, einer speziellen Unterform der Chronisch Myeloischen Leukämie zum Einsatz kommt, aber ich weiß nicht, wie man eine Lungenentzündung behandelt.

Aber zurück zu der Studie.

Ich glaube, dass ein weiterer Grund für diese extremen Zahlen ist, dass das Studium sehr verschult und nahezu gleichgeschaltet aufgebaut ist. Möglichkeiten, Kurse zu wählen existieren nur in Form von einem vorklinischem und einem klinischen Wahlfach, also eigentlich zwei Kursen innerhalb von fünf Jahren. Die Notwendigkeit, dass MedizinstudentInnen alle Fachrichtungen innerhalb des Studiums kennen gelernt haben sollten, leuchtet mir ein, allerdings glaube ich, wäre es schön, wenn es mehr Möglichkeiten gäbe, sich innerhalb

des Studiums in verschiedene Richtungen auszuprobieren und mehr Raum wäre, sich mit Themen zu beschäftigen, die einen persönlich interessieren. Es wäre schön, wenn es möglich wäre, auch innerhalb dieses Studiums einen individuelleren Weg gehen zu können. Ich glaube, dass es nur begrenzt Sinn ergibt, in den unterschiedlichen Fachrichtungen jeweils teilweise Facharztwissen zu lernen. Meinem Erleben nach, würde es mehr Sinn ergeben und wäre auch für uns StudentInnen erfüllender, wenn das Studium den Zweck erfüllen würde, innerhalb von fünf Jahren eine Art Fundament zu bauen, auf das man in der Facharztausbildung ein Haus bauen kann. Im Moment habe ich aber eher das Gefühl, verschiedene einzelne Säulen zu bauen, die insgesamt wenig miteinander verbunden sind.

Ich glaube, es kostet Mut, dieses altehrwürdige, traditionelle Medizinstudium umzukrempeln.

Aber es wäre so notwendig.

Wenn ich die Leitung im Ausschuss Weiterentwicklung des Medizinstudiums inne hätte, würde ich mehrere Veränderungen vornehmen:

1. Ich würde mehr fallorientiert, fächerübergreifender und weniger nach Fachgebieten lehren.
2. Ich würde mehr PatientInnenkontakt etablieren, wir stehen immer noch oft zu zehnt um ein Krankenbett, was eine Beziehungsaufnahme zur Patientin/Patient natürlich wahn-sinnig erschwert, bzw. teilweise auch einfach unmöglich werden lässt.
3. Ich würde ein neues Fach einrichten, das einen Namen wie „Die Ärztinnen/Arztrolle und ich“ bekommen würde. Ein Fach, in dem in erster Linie Raum ist, Gedanken, Erlebnisse, Erfahrungen, die das Studium im weitesten Sinne betreffen einzubringen, eine Art Supervisionsgruppe vielleicht. Eine Gruppe, in der Zeit ist zu reflektieren: Wie

geht es mir gerade? Fühle ich mich überfordert oder machen mir Dinge vielleicht Angst? Ein Fach, in dem auch ein Reflektionsprozess angestoßen wird, was das eigene Bild von Körper und Seele angeht. Ich glaube, es wäre schon alleine deshalb interessant, weil wir feststellen würden, dass wir zwar dieselben Begriffe benutzen, aber wir möglicherweise etwas ganz unterschiedliches darunter verstehen, ja eine andere Wirklichkeit darunter verstehen.

Ich glaube, wir würden bemerken, dass wir alle ein erlerntes, schulmedizinisch naturwissenschaftlich fundiertes Verständnis von Körper, Seele oder Krankheitsgenese mit uns herumtragen, was wahrscheinlich mehr oder weniger ähnlich ist, weil wir ja schließlich alle dieselbe Denkschule durchlaufen. Aber ich wage zu behaupten, dass darunter jeder von uns ein mehr oder weniger diffuses Verständnis von Körper und Geist in sich trägt, was sich vielleicht nicht an naturwissenschaftliche Limitierungen hält.

Ich denke, es würden Fragen aufkommen wie: Was für ein Körperbild habe ich? Wo sitzt eigentlich die Persönlichkeit? Glaube ich an eine Seele? Und wenn ja, ist sie im Kopf, im Thorax oder im Bauch? Wie entsteht eigentlich Krankheit? Glaube ich an Schicksal? Bin ich religiös? Und wenn ja, wo in meinem Dasein als Ärztin/Arzt spielt dies eigentlich eine Rolle? Oder auch Fragen wie: Was ist eigentlich Gesundheit und was Krankheit? Was physiologisch und was pathologisch? Wer legt dies fest und gibt es eventuell noch andere Modelle, die unter diesen Begriffen etwas weniger Polares verstehen?

Ich glaube, es geht gar nicht darum, diese Dinge in Frage zu stellen oder gar zu rechtfertigen. Es geht, denke ich, vielmehr darum, sich bewusst zu werden, dass jeder Mensch in diesen sehr intimen Themen eine eigene Wirklichkeit in sich trägt. Es geht darum, zu erfahren, dass, wenn es um essentielle Themen wie Krankheit, Gesundheit, Tod, Geburt und Sterben geht, der Mensch oft innerlich weiter ist, als es ein rein naturwissenschaftliches Menschenbild erklären kann.

Und ich glaube, wenn man erfahren, nicht gelernt, sondern wirklich erfahren und erlebt hat, dass ein anderer, einem selbst nahestehender Mensch, eine andere Wirklichkeit in

sich trägt, kann es gelingen, dass man sich durch diese Erfahrung darauf einlassen kann, dass eine Patientin/Patient auch über eine eigene Wirklichkeit verfügt und es unsere Aufgabe als Ärztin/Arzt ist, hier eine Weite und Toleranz aufzubringen und sich auf diese andere Wirklichkeit einzulassen.

Ich habe hier immer folgendes Bild vor Augen: Sagen wir Ärztin/Arzt und Patientin/Patient sitzen jeweils in ihrem/seinem eigenen kleinen Ruderboot auf offenem Meer. Um irgendwie ein Heilen möglich zu machen, müssen beide Boote sich erst einmal auf ein Tempo und eine gemeinsame Himmelsrichtung einigen. Aber dies reicht noch nicht. Letzten Endes muss sich die Ärztin/Arzt, meiner Meinung nach, trauen, zum Boot der Patientin/Patienten rüberzulehnen und irgendwie versuchen zu spüren, wie es ist, in diesem Boot über das Meer zu fahren. Vielleicht ist es nämlich ganz anders, in diesem Boot zu sitzen, als in seinem eigenen.

Ich glaube es wäre wichtig, dass wir in der Medizin, nicht nur ein Haus an Wissen aufbauen, sondern, dass wir auch lernen und hier ist es glaube ich weniger ein Lernen, als ein Erfahren, uns zu dem anderen Boot herüberzubeugen.

- Denn letzten Endes sind wir als Ärztin/Arzt nicht nur als Wissensquelle, sondern auch immer als Gegenüber, als Mensch gefragt.

Aber natürlich ist es schwieriger, dieses sich Herüberlehnen in der Uni zu lehren. Denn hier geht es, und das ist meiner Meinung nach der große Unterschied zu dem Vermitteln von Faktenwissen, weniger um das Erlernen einer Fähigkeit, sondern mehr um das Entwickeln einer Haltung. Eine Haltung kann man nicht auswendig lernen, man muss sie erleben, erspüren und sich ausprobieren, um sich selbst darin wieder finden zu können und eine Sicherheit in der Rolle zu erlangen.

Denn wenn Haltung auswendig gelernt wird, geht dies zwangsläufig zu Lasten der Authentizität.

Ich glaube, um Haltungen zu lehren, braucht es in erster Linie einmal Raum, sich ausprobieren zu können, es braucht Rollenvorbilder, die vielleicht ganz unterschiedliche Ärztinnen/Arztrollen verkörpern, mit denen man sich identifizieren, aber an denen man sich auch abarbeiten kann und es braucht weniger Hierarchie, sodass überhaupt ein Raum entsteht, indem man sich ohne Angst vor Bewertung, ausprobieren kann. Und es braucht Vorgesetzte, die einem vorleben, dass es sich in diesem Bereich um eine wichtige Säule des Ärztin/Arztsein handelt, die nicht mehr oder weniger wichtig als das reine Fachwissen ist.

Es geht im Ärztinnen/Arztberuf, denke ich immer darum, zwei Denkart zu vereinen. Lerne ich eine neue Patientin/Patienten kennen, muss ich als Arzt die Fähigkeit besitzen, ein meist ja sehr subjektiv berichtetes Leiden in irgendeiner Form zu greifen und das funktioniert über den Mechanismus des Kategorisieren.

Die Art zu denken, die sich dahinter verbirgt, also der Denkstil sozusagen, zeichnet sich meiner Meinung nach dadurch aus, ein komplexes, subjektives und eventuell einer anderen Logik folgend aufgebautes Konstrukt nach unserem Modell der Medizin einzuordnen, es geht also immer darum, ranzuzoomen, etwas Kompliziertes irgendwie herunter zu brechen, wichtigen von unwichtigem Inhalt zu trennen und dadurch zwangsläufig zu vereinfachen. Wenn ich nicht in der Lage bin, auf meine Patientin/Patienten mein Modell von Medizin im Kopf anzuwenden, bin ich zwangsläufig keine gute Ärztin/Arzt, denn ich würde nie zu einer Diagnose kommen.

Aber das alleine macht mich nicht zu einer guten Ärztin/Arzt. Ich muss eben neben diesem sehr analytischen Kategorisieren auch in der Lage sein, den Mensch, der vor mir sitzt, als ein Wesen zu begreifen, was eine mir zu Beginn meist verborgene riesige Welt in sich birgt, eine Welt aus eigener Geschichte, Erlebnissen, Erfahrungen, Emotionen. Um ein Gefühl von meinem Gegenüber zu bekommen, muss ich in der Lage sein, mich auf ihre/seine Welt einzulassen. Der Denkstil, der hier gefordert ist, ist in jeder Hinsicht das Gegenteil zu dem eben von mir beschriebenen. Hier geht es nicht um Kategorisieren, also nicht darum, etwas Abstraktes in Schubladen einzusortieren, sondern darum, etwas Konkretes zu abstrahieren, vielleicht von versteckten kleinen Andeutungen der Patien-

tin/Patienten auf eine Welt dahinter zu schließen und der Patientin/Patienten zu zeigen, dass ich sie/ihn in ihrer/seiner Komplexität sehe und verstehe.

Diese beiden Denkstile erzeugen zwangsläufig ein Spannungsfeld. Der eine Denkstil hat einen eher analytischen, logischen Charakter, bei dem andern Denkstil handelt es sich eigentlich weniger um ein Denken, als um ein Fühlen, man ist als Person gefordert, es braucht innere Weite, Toleranz und auch Mut, sich auf andere Wirklichkeiten einzulassen. Ich glaube die Uni ist relativ erfolgreich darin, uns den ersten Denkstil anzutrainieren. Was den anderen Denkstil angeht, ist noch Raum nach oben.

Würde sich hier etwas ändern, hätte dies, glaube ich, erheblichen Einfluss auf die StudentInnen. Ich würde mich, einerseits besser auf meinen späteren Beruf vorbereitet fühlen und hätte das Gefühl weniger Ärztin/Arzt spielen zu müssen. Ich bin mir sicher, es würde an der Zahl der depressiven MedizinstudentInnen etwas verändern, weil wir StudentInnen das Gefühl hätten, dass auch als Mensch in diesem Studium anwesend zu sein, keine Schwäche, sondern eine Stärke ist und unbedingt notwendig ist.

Und ich glaube, es könnte dazu führen, dass eine neue Kultur innerhalb der StudentInnen- und auch ÄrztInnenschaft entsteht, die beide Säulen, beide Denkstile, also sowohl das Vereinfachen, das Reduzieren, das Ranzoomen als auch das Abstrahieren, die Komplexität wahrnehmen und anerkennen und das Rauszoomen als gleichwertig und essentiell anerkennt und sie gleichermaßen lebt. Das würde ich mir wünschen.

Mareike Weibezahl, Geburtsjahr 1992, Medizinstudentin im 10. Semester der Universität Leipzig, wohnhaft in Leipzig.

Emailadresse: mareike.weibezahl@posteo.de

