

PROF. DR. W. JACOB
WISS. RAT.
PATHOLOGISCHES INSTITUT
DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

69 HEIDELBERG
BERLINER STR. 5
FERNRUUF 56-2624/2611

Schloß Eugenpoet, 24.9.1970

Wolfgang Jacob

① [Medizinische Ausbildung - Ausbildung zum Arzt?
=====

~~Von W. Jacob, Heidelberg~~

Im Ausbildungskatalog der modernen Medizin fehlt die Ausbildung zum Arzt. Wenn der Heidelberger Kliniker ~~Judolf~~ KREHL noch zehn Jahre vor dem zweiten Weltkrieg sich leidenschaftlich äußern konnte: "Sind wir Ärzte - so ist der kranke Mensch alles!", und wenn knapp 30 Jahre später der Internist KORTH skeptisch bemerkt, es empfehle sich, "den Arzt durch den Gesundheitsfürsorger zu ersetzen", da die Rollenfunktion des Arztes in der Klinik ohnehin nicht mehr zu definieren sei, so scheint es berechtigt, die paradoxe Frage nach der Bedeutung des Arztes in der Medizin und in ihrem Ausbildungsgang grundsätzlich ^{neu} zu stellen.

~~H~~ SCHIPPERGES formuliert das bereits in der Themenstellung zur Erscheinung kommende Dilemma zwischen medizinischer und ärztlicher Ausbildung in dem Satz:

"Die Medizin wird vom Arzt unserer Tage immer noch als die Lehre von den Ursachen, von den Wirkungen und der Behandlung von Krankheiten verstanden; daneben rückt mehr und mehr der kranke Mensch selber als ein eigener Gegenstand in den Mittelpunkt der ärztlichen Optik. Mit diesem Gegenstand ist unlösbar

verknüpft die Geistigkeit des Menschen, seine Geschichte und seine Gesellschaft."

Dieser Satz verrät bereits ein Konzept der Ausbildung zum Arzt, aber er offenbart zugleich ein Problem, das SCHIPPERGES in den Satz kleidet:

"Wenn die Medizin in Zukunft eine Wissenschaft bleiben will, wird sie sich nicht länger in der Dimension naturwissenschaftlicher Fragestellungen orientieren können. Ihr Orientierungspunkt ist das »Phänomen Mensch«; gerade die Medizin als »Erfahrungswissenschaft« wird ~~so SCHIPPERGES-~~ "es sich nicht länger leisten können, auf die Erfahrungen der Philosophie zu verzichten!". (304)

Faktum ist: Das heute uneingeschränkt gültige naturwissenschaftliche Fundament der Medizin ermangelt jeglicher Anweisung für eine Ausbildung zum Arzt, weil die Kategorie des Ärztlichen in seiner Theorie nicht vorkommt und auch nicht enthalten sein kann. Es fragt sich also, ob es in dieser Medizin eine Ausbildung zum Arzt überhaupt geben soll oder geben kann.

Die Divergenz medizinischer und ärztlicher Orientierung kommt in den medizinischen Institutionen klar zum Ausdruck. Zu allen Zeiten sind Kranke aus der Gesellschaft ausgesondert und in eigenen Institutionen verwahrt worden; die Unheilbaren vor den Toren der Stadt (bei den Griechen), die Leprosorien des Mittelalters, die Asyle für die Geisteskranken sind namhafte Zeugen aus der Geschichte einer ständig sich wandelnden gesellschaftlichen und gesundheitspolizeilichen Aktion.?

Gerade das naturwissenschaftliche Konzept der Medizin hat hier entscheidenden Wandel geschaffen:

Nur dort, wo der Krankheitsprozeß dem naturwissenschaftlich-technischen Zugriff trotz, erhält sich das Asyl; ^{mit anderen Worten} ~~v.m.a.f.~~: Durch den Fortschritt der naturwissenschaftlich-technisch orientierten Medizin wird ein Zuwachs an Freiheit für den Kranken möglich, wird ein Stück gesellschaftlicher Isolierung aufgehoben.

Das geschieht ^{jedoch,} ~~f~~um den Preis der fast ausschließlichen Zuwendung zu einer naturwissenschaftlichen Analyse des Krankheitsprozesses bei zunehmender ~~Ab~~wendung von der Person des Kranken. Der Kranke wird zum Objekt medizinischer Therapie; der Arzt und der Kranke rücken -als Personen- an den Rand des Heilgeschäfts. Im Rahmen einer isoliert-naturwissenschaftlich orientierten Medizin bleiben sie Funktionäre einer vorwiegend naturwissenschaftlich-technisch orientierten Institution und ihrer gesellschaftlich bezogenen Wertsetzungen.

Nicht, daß die ärztliche Tätigkeit gänzlich einer reinen medizinisch-technischen Funktion gewichen wäre und wir uns heute nur mit Gesundheitsfürsorgern oder Gesundheitsingenieuren zu begnügen hätten. Das spezifisch ärztliche Denken und Handeln -als ein Urphänomen menschlicher Existenz- in der Begegnung des Arztes und des Kranken, die Therapie als echte Heilkunde, freilich ihres ideologischen Sinnes entkleidet, bleibt auch in der heutigen Medizin anwesend als eine weitgehend ungenannte und unbekannte Möglichkeit und Wirksamkeit, wenngleich so gut wie ganz der Willkür und dem Gutdünken des Einzelnen überlassen.

← Während alle Hochkulturen ~~in~~ der Geschichte in einem soziokulturellen Kontext ^{zum Teil} ~~zu~~ strenge Anweisungen für den Arzt, für eine ärztliche Ethik, für den Umgang des Arztes mit dem ~~K~~ranken, strenge Anweisungen im Sinne einer ärztlichen Standeskunde geben, beschränken wir uns vorwiegend auf die Formalitäten des hippokratischen Eides und auf einige ^{kurze}, meist historisch ergänzte ^{Unter} ~~we~~ ^{weisungen} ~~in~~ der ärztlichen Rechts- und Standeskunde. Sie sind nicht mehr als ein schmückendes Beiwerk einer viel ^{erscheinender} ~~überzeugenderen~~ ^{und} ~~in~~ ihren Auswirkungen objektivierbaren medizinischen Lehre und Handlung.

Der objektivier~~ende~~ Funktionalismus der heutigen Medizin schlägt sich unmittelbar in ihrer wissenschaftlichen und ökonomischen Bewertung nieder. Das gilt für alle Disziplinen der Medizin, und hieraus bestimmen sich nicht nur die Sachgebiete medizinischer Ausbildung, sondern auch die Gestaltungen ihrer Institutionen.

Medizin ist eine vorwiegend operationale, naturwissenschaftlich-technisch orientierte Wissenschaft, weil das ~~gegenwärtige~~ Zeitalter ein vorwiegend naturwissenschaftlich-technisch orientiertes ist. Sie gestaltet sich und sie verfährt nach den Gesetzen dieses Zeitalters*

Kaum ein Medikament, kaum ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, kaum eine pathoanatomische Vorstellung, kaum ein theoretisches Kalkül bleiben von dieser medizinisch-technischen ~~Entwicklung~~ unberührt, welche nach den gleichen Gesetzen erfolgt, nach denen wir uns selbst den gestaltenden Prinzipien

dieses Zeitalters nicht entziehen können. Ob wir wollen oder nicht: wir leben nicht nur in dieser so sich manifestierenden technisch-industriellen Welt, sondern wir haben sie gemacht, wir sind diese Welt der Rollen und Funktionen, der technisch verwalteten und ~~intensiv~~ ^{intensiv}ierten Kräfte der Natur und unserer überkommenen oder neu geschaffenen gesellschaftlichen Institutionen, ^{und} diese Welt ist ein Ergebnis unserer Geschichte, in welche wir den Ertrag unserer eigenen geschichtlichen Entwicklung einbringen, indem auch wir sie zu verändern oder zu gestalten suchen, an ihren Widerständen leiden oder sie utopisch neu entwerfen oder planen.

Unsere Welt und mit ihr die Medizin ^{erscheint} von morgen ^{als} die Welt und Medizin des Machbaren. Die sie bestimmenden Kräfte sind Rationalität und Planung, das ihr vorgegebene Prinzip ist das der wissenschaftlichen, d.h. vor allem naturwissenschaftlich-technischen und ökonomischen Kontrolle. Das Prinzip rationaler Erkenntnis ist das Prinzip der wissenschaftlichen Kontrolle schlechthin. Alle Wissenschaften, auch die normativen unterwerfen sich ihm als dem eigentlichen Bekenntnis unserer Zeit ~~h~~ einschließlich der Theologie. Das Verfügbare ist machbar, also operational; und hieraus erwächst das technische Prinzip, aus ihm die Totalisierung des Prinzips der Machbarkeit nach der Formel: "Allein, was machbar ist, ist wahr."

Planung ist rationale Extrapolation des Machbaren, gleich, ob sie individuell oder kollektiv (institutionell) erfolgt. Der

Mißerfolg bleibt als statistische Größe in diese Planung einbezogen, somit wird der Erfolg prognostisch verfügbar; seine Extrapolation bestimmt den futurologischen Entwurf, während die Phantasie als Extrapolation der Machbarkeit des Morgen die Utopie bestimmt.

Der besonnene und nüchterne ~~aus~~ ^{aus} dem Bereich des kontrollierbaren sich nicht entfernende ~~Wissenschaftler~~ ^{Wissenschaftler} beschränkt sich auf die Voraussage des nächsten Schritts (~~Metaphorik~~ ^{(ll o) (nach von WEIZSÄCKER)}). Er verzichtet auf die Prognostizierbarkeit weitgespannter futurologischer Entwürfe.

Unsere Welt wird morgen anders aussehen, wenn wir sie heute nach anderen Prinzipien zu gestalten suchen, als sie uns das totalisierte ^{ende} ~~Prinzip~~ ^{Prinzip} der wissenschaftlich-technischen Kontrolle, des schlechthin Machbaren an die Hand gibt!

Wir stoßen ^{hier)} ~~am diesem Punkt~~ ^{am diesem Punkt} auf das erkenntnistheoretische ^{operationalen} ~~Probleme~~ ^{Probleme} der Determination.

Alle medizinischen Prognosen sind Extrapolationen naturwissenschaftlich-technischer Prozesse oder deren psychologischer und soziologischer Äquivalente, ^{mit anderen Worten} ~~m.a.W.:~~ ^{m.a.W.:} Auch die wissenschaftlichen Beiträge der Psychologie und der Soziologie zur Medizin sind nichts anderes als eine Perpetuierung der wissenschaftlichen Kontrollfunktion, die psychologisch oder soziologisch analysierbare Ereignisse verfügbar macht. Zwar gewinnen wir mit ihnen der Medizin/ neue Gebiete hinzu: die medizinische

Psychologie und die medizinische Soziologie, deren wissenschaftliche Kontrollprinzipien erweisen sich indes ~~pen~~ als Äquivalente naturwissenschaftlicher Analysen ~~selbst~~. Sie entsprechen in etwa dem Postulat ~~Wart~~ POPPERS nach einer "Logik der Forschung", welche auch die Prämissen einer jeglichen Philosophie diesem Äquivalent endgültig zu unterwerfen trachtet.

Damit aber sind wir zu einem strategischen Punkt gelangt, von dem aus die wissenschaftstheoretische Situation der Medizin sich besser überschauen läßt, und wir müssen hier die Essentia-
lia der Medizin, den ~~"Menschen"~~ ^{(den Arzt -} (den Kranken - die Gesellschaft) und die ~~"Natur"~~ ⁺ genauer ins Auge fassen.

Unversehens verwandelt sich hier die analytische Systemtheorie kontrollierbaren und somit prognostizierbaren wissenschaftlichen Fortschritts in einen dialektischen ^s Prozeß, dessen Ausgang offen bleibt.

Der Mensch selbst scheint durch sein Wesen den kontinuierlichen ⁿ Fortschritt kontrollierter technisch-zivilisatorischer Entwicklung zu gefährden; nicht ^t nur für den Einzelnen, sondern für die menschliche Gesellschaft und mit ihr die zivilisatorisch-technischen Kultur gilt der skeptische Satz ~~S~~ FREUDS:

"Die Schicksalsfrage der Menschenart scheint mir zu sein, ob und in welchem Maße es ihrer Kulturentwicklung gelingen wird, der Störung des Zusammenlebens durch den menschlichen Aggressions- und Selbstvernichtungstrieb Herr zu werden. In diesem

Bezug verdient vielleicht gerade die gegenwärtige Zeit ein besonderes Interesse. Die Menschen haben es jetzt in der Beherrschung der Naturkräfte so weit gebracht, daß sie es mit deren Hilfe leicht haben, einander bis auf den letzten Mann auszurotten. Sie wissen das, daher ein gut Stück ihrer gegenwärtigen Unruhe, ihres Unglücks, ihrer Angststimmung. Und nun ist zu erwarten, daß die andere der beiden »himmlischen Mächte«, der ewige Eros, eine Anstrengung machen wird, um sich im Kampf mit seinem ebenso unsterblichen Gegner zu behaupten. Aber wer kann den Erfolg und den Ausgang voraussehen?"

→ Eine Totalisierung wissenschaftlich-rationalen Fortschrittsdenkens in der Medizin führt zwangsläufig auf das Postulat menschlicher Unsterblichkeit. Wenn die Lebensverlängerung auf 100, 150, ja 200 Jahre - das allernächste Ziel der medizinischen Forschung sein soll, so impliziert diese ^{die} Zielsetzung physischer Unsterblichkeit. Sind aber totale Krankheitslosigkeit und manipulierbare Lebensverlängerung die einzigen nach wie vor utopischen Zielsetzungen und Aufgaben einer heutigen Medizin, so kann der wie auch immer eintretende Tod nicht mehr als eine konstitutive Bedingung des Lebens in Erscheinung treten; er wird aus dem Gesichtskreis der Medizin verdrängt.

Nun ist trotz jeglichen medizinischen Fortschritts nichts so gewiß wie der Tod als das Ende jeglichen Lebens; und die Verzögerung des Lebensendes, welche jeder ärztliche Eingriff letztlich nur erreichen kann, verwandelt diesen expressis verbis in einen Akt der ^{Ev} ~~ET~~-thanasie, der "rechten Sterbehilfe" ^(von WEIZSÄCKER). Der Aufschieben des Todes kann für diesem Menschen bedeuten, ~~(v.v. WEIZSÄCKER)~~

~~-9-~~

daß sein Leben sich erfüllt, für jeden, daß sein Leben in unheilbarer Krankheit gänzlich unerfüllt zu Ende geht.

Die Konfrontation mit dem Tod, dem sterbenden Menschen, welche den Sinn des Lebens und mit ihm auch den der Lebenserhaltung setzt, wird als Problem der heutigen Medizin ausschließlich operationalisiert, d.h. wissenschaftlich nur unter dem Gesichtspunkt des zweckrationalen technischen Eingriffs gesehen.

Der Tod als Ereignis, als Grenze dieser jeweiligen menschlichen Existenz, wird aus den Kliniken verdrängt. Gesetzt, die ausschließlich naturwissenschaftlich-technisch orientierten Maßnahmen an einem therapeutischen Objekt ~~den Kranken~~ seien fehlgeschlagen: Daß der Kranke stirbt, in welcher Situation er stirbt, warum er stirbt, interessiert wohl den Arzt, aber nur am Rande seiner medizinischen Tätigkeit, die selbst fast ausschließlich als Zweck verstanden wird, das Leben des Kranken zu verlängern.

Größen oder funktioneller Kollektive ^{auf}objektiviert, verliert mit dieser Zielsetzung ihren Ausgangspunkt notwendig aus dem Blickfeld. Dort, wo sie Gefahr läuft, ^{dies} zu tun, muß als eine eigene Disziplin die "Lehre von dem kranken Menschen" gesetzt werden und all jene Bestimmungsgrößen und Positionen enthalten, von denen auf dem Wege der virtuoson Beherrschung der naturwissenschaftlich-technischen Methodik abstrahiert worden ist; es sind das innerhalb einer isoliert-naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Medizin die Begriffe: Gestalt - Leben - Mensch - Geschichte - Gesellschaft. Sie lassen sich in einem streng naturwissenschaftlichen Bezugs-
~~naturwissen-schaftlichen~~ rahmen nicht integrieren. *nicht integrieren*

Nun gelingt es trotz der radikalierenden Tendenzen der operational orientierten einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen, welche auch in der Medizin vorwiegend zusammenwirken, nicht, die ganze wissenschaftliche Erkenntnis durch Reduktion auf Normen, Regeln, Zähl- und ~~M~~^Bbares zu operationalisieren, d.h. sie zu beliebigen Zwecken verfügbar zu halten. Man kann keine dieser Wissenschaften von den zuvor genannten vorgegebenen Größen abstrahieren, Letztlich gelangt jede und gerade die spezifizierete wissenschaftliche Erkenntnis an die Grenze der Alternative offener oder geschlossener Systeme. Die Frage nach der willkürlichen oder notwendigen Setzung geschlossener Bezugssysteme verfällt hier einem ihr innewohnenden dialektischen Prozeß:

Die Aufhebung der Grenzen ist nicht möglich ohne Setzung der Grenzen, die spezifische und wirksame Methode nicht erreichbar ohne die Eingrenzung des Blickfelds solange, bis der ^{(Prozeß selbst} ~~dialektische~~ zur Aufhebung der zuvor gesetzten Grenzen zwingt. Die

Entwicklung der modernen Physik ist ein illustres Beispiel dafür.

~~Auch~~ Der Prozeß der wissenschaftlichen Entfaltung der modernen Medizin ist in seiner Praxis erfüllt von einer solchen Dialektik, wenn man sie nur ins Auge faßt. So sind beispielsweise die speziellen Bemühungen um eine präventive oder therapeutische Geriatrie nur dann sinnvoll, wenn sie nicht ausschließlich unter utilitaristischen Gesichtspunkten gesehen werden. Ein rein biologisch-darwinistisch orientierter wissenschaftlicher Bezugsrahmen oder das zweckrationale soziologische Argument der "Konkurrenz" und "Leistungsfähigkeit" würde (unter Vorrang überindividueller Interessen zur Erhaltung der menschlichen Gattung oder des gesellschaftlichen Kollektivs) derartige Bemühungen ganz widersinnig erscheinen lassen.

oder: Geburtenregelung und Schwangerschaftsverhütung ~~-zunächst nur als Fragestellung spezieller medizinischer Forschung-~~ erweisen sich im nächsten Moment als ein weltweit das Schicksal der Menschheit in allen Bereichen ihrer Existenz tangierendes Problem in seiner ganzen, ihm innewohnenden Widersprüchlichkeit (etwa der, daß die möglich gewordene Geburtenregelung vorerst nur jene Völker trifft, bei denen eine Steigerung der Geburtenziffer eher erwünscht wäre).

Zwei Prinzipien also, das der inhärenten dialektischen Struktur und das der kohärenten interdisziplinären und interfakultativen Relation, erweisen sich als Konsequenz^{en} eines jeden Ergebnisses zweckrationaler Forschung, welche den jeweils gesetzten

Bezugsrahmen der engeren wissenschaftlichen Fragestellung sprengen.

Das gilt auch und vor allem für die Medizin: Eine "Lehre vom kranken Menschen" und in ihr die "Lehrbarkeit des Ärztlichen" läßt sich ^{hier} durch eine Erweiterung des ^{wissenschaftlichen} Horizontes gewinnen, eine Erweiterung, welche ^{bereits} durch die Eingrenzung des Horizontes auf eine isoliert-naturwissenschaftliche Betrachtungsweise selbst induziert worden ist und ~~man kann hinzufügen~~ gar nicht ohne sie möglich geworden wäre. Beide erhalten von nun ab einen anderen Stellenwert im Ordnungsgefüge der medizinischen Disziplinen.

Eine Lehre vom kranken Menschen, aus welcher konstruktive Regeln für die ärztliche Ausbildung abgeleitet werden können, muß nicht aus dem Nichts geschaffen werden; sie ist in Ansätzen überall da. Sie setzt allerdings eine wissenschaftlich legitimierte Erweiterung des Blickfeldes isoliert-naturwissenschaftlicher Betrachtungsweise innerhalb der Medizin voraus.

Die Erweiterung der psychologischen durch die tiefenpsychologische Dimension, der Einbruch der tiefenpsychologischen Dimension in die Schulpsychiatrie, die Entwicklung einer Rehabilitationsmedizin in allen medizinischen Fachdisziplinen, mit ihr die Entfaltung einer soziologischen Dimension innerhalb der Medizin selbst, sind Stationen auf dem Wege zu einer Allgemeinen Krankheitslehre, welche als Situationsbestimmung des kranken Menschen alle Dimensionen der menschlichen Existenz umgreift und diese Situation therapeutisch zu verändern sucht.

Eine Konkretisier^{sierung} solcher Erweiterung des Horizontes ist allerdings nur möglich, wenn in einer Allgemeinen Krankheitslehre das "Phänomen Mensch" nicht als ein Quasi-Phänomen, sondern als eine strukturierende Wirklichkeit erscheint. Das aber setzt eine erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Bewältigung dieses Problems voraus.

NIELS
~~NIELS~~ BOHR hat nach Entdeckung des Komplementaritätsprinzips innerhalb der modernen Physik gesehen, daß dieses Prinzip über den Bezugsrahmen der reinen Naturwissenschaften weit hinaus reicht, und er hat seine Anwendung für die Biologie, die Psychologie und die Gesellschaftslehre empfohlen.

In die Medizin ist dieses erkenntnistheoretische Prinzip noch gar nicht eingedrungen. Sie fußt nach wie vor ganz auf den Prämissen der klassischen Physik. Neue Gebiete wie das der Tiefenpsychologie, der Gruppendynamik oder der Sozialpsychiatrie lassen sich einer Allgemeinen Krankheitslehre herkömmlicher Art nur appositionell anfügen. Eine dynamische und für die Theorie der Medizin verbindliche Integration wird erst dann möglich sein, wenn der Gültigkeitsbereich des Komplementaritätsprinzips innerhalb der Medizin in seiner Realität und Reichweite erkannt ist. Seine Anwendung in der Medizin würde beispielsweise das Verhältnis der naturwissenschaftlichen Analyse des Krankheitsprozesses zur Biographie des Kranken in ein anderes Verhältnis [das der Komplementarität] setzen, als dies bisher geschieht. Dies^{es} Verhältnis ist zugleich ein ausschließendes (ich kann nicht gleichzeitig [in einem Akt der Beobachtung] das naturwissenschaftlich faßbare Krankheitsphänomen und die biographische

Situation des Kranken (fassen) ^{ins Auge} und ein relationales: ^{der} "naturwissenschaftlich zu betrachtende Vorgang am kranken Organismus ist ^{es} nur ein Teil des gestörten Lebens des Menschen" (DKREHL) ^{(„Leib und Seele repräsentieren eine Einheit (DOERR)“)}; daraus resultiert, daß die Medizin als eine Lehre vom kranken Menschen von einer naturwissenschaftlichen Interpretation des Krankheitsprozesses weder absehen, noch auf diesen reduziert werden kann.

Ein entscheidendes Kriterium für die Gültigkeit eines solchen Aspektes der Krankheitstheorie wäre der therapeutische Ertrag, der aus einem solchen Ansatz folgt. Die psychosomatische Medizin kann als ein Versuch im Vorfeld dieses Ansatzes angesehen werden, wenn auch sie sich selbst in ihrem theoretischen Ansatz als reine Naturwissenschaft zu interpretieren versucht. Für die schweren organischen Krankheiten etwa dem Karzinom ist dieser Ansatz bisher kaum realisiert, gerade weil die komplementäre Struktur der Krankheit in ihren verschiedenen Wirklichkeitsbereichen als ein fundamentales Prinzip der Allgemeinen Krankheitslehre bisher kaum durchdacht und geprüft worden ist, und weil bestimmte Blickrichtungen der Forschung schon jeweils an bestimmte institutionelle Voraussetzungen gebunden sind, welche nach dem Komplementaritätsprinzip andere Blickrichtungen zunächst aus dem Beobachtungs- und Forschungsbereich notwendig ausschließen. So sind ^{wir} z.B. auch von ~~der~~ Systematik eines soziosomatischen Ansatzes der Krankheitsforschung und Krankheitslehre vorerst noch weit entfernt.

Welche konkreten Ansätze für eine Ausbildung zum Arzt ergeben sich in einer Medizin von morgen?

Aus dem bisher Gesagten lassen sich zusammenfassend die folgenden Thesen ableiten:

1. Die Ausbildung zum Arzt setzt eine Lehre vom kranken Menschen voraus.
2. In einer Allgemeinen Krankheitslehre kann die Lehre vom kranken Menschen nicht mehr als ein beiläufiges Epitheton ornans abgehandelt werden. Sie bedarf einer umfassenden Darstellung aller Wirklichkeitsbereiche der menschlichen Existenz, welche in der Situation des kranken Menschen einander zugeordnet sind.
3. Das Komplementärverhältnis der naturwissenschaftlichen und anthropologischen Kategorien menschlicher Krankheit ~~erfordert~~ eine Erweiterung des Blickfeldes und mit ihm des ärztlichen Wirkungsfeldes, dessen theoretische Durchdringung und Bearbeitung ~~interdisziplinäre~~ ^{interdisziplinäre} und interfakultative Anstrengungen verlangt.
4. Die ärztliche Ausbildung *sensu strictu* bedarf nicht nur eines erweiterten theoretischen Ansatzes, sondern ~~einer~~ ^{meiner} interdisziplinären und interfakultativen Kooperation im Rahmen eines eigenen Forschungsprogrammes und eines lockeren institutionellen Rahmens.
5. Eine institutionelle Zuordnung ist denkbar als eigener Bereich innerhalb der großen klinischen Fächer, vor allem der Psychiatrie und Inneren Medizin. Aber auch eine Ansiedlung innerhalb des neu zu bildenden Faches Allgemeinmedizin wäre denkbar. In einem solchen Rahmen ließen sich die theoretischen Ansätze einer Allgemeinen Krankheitslehre mit den konkreten Bedürfnissen des ärztlichen Alltags und der Praxis im Sinne einer praxisbezogenen, d.h. praxisnahen Theorie verbinden und durch das ganze Studium verfolgen.

6. Unter dem gemeinsamen Dach eines Fachbereichs oder Departments könnten die folgenden Disziplinen sinnfällig zusammengeführt werden:)

- a) Allgemeine Medizin (Theorie der Allgemeinen Krankheitslehre, auf interdisziplinärer und interfakultativer Basis);
- b) Medizingeschichte;
- c) Medizinsoziologie (und Sozialmedizin);
- d) Psychosomatik (Medizinische Psychologie);
- e) Medizinische Poliklinik;
- f) Psychiatrische Poliklinik.

Der Tod ~~als~~ Negation des Lebens~~setzt~~ setzt Werte und Bedeutungen des Lebens selbst; andernfalls wäre jegliche Bemühung einer Medizin um die Verlängerung oder Erhaltung menschlichen Lebens sinnlos.

Unter diesem Aspekt erweist sich die isoliert-naturwissenschaftliche Orientierung der Medizin lediglich als eine Methode, eine Hilfsfunktion zur Verlängerung eines bestimmten menschlichen Lebens, dem ein Sinn, ein Wert, eine Bedeutung beigegeben wird, welche selbst nicht Gegenstand der isoliert-naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Medizin sein kann ("personale" Medizin: KRAUS,

NORMALSCHRIFT

KREHL, ~~von~~ WEIZSÄCKER, ~~von~~ SIEBECK, ~~von~~ BERGMANN).

Ohne Voraussetzung einer Sinnsetzung menschlicher Existenz bleiben die Errungenschaften naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts in der Medizin ohne jegliche Bedeutung.

Die Lebensverlängerung um ihrer selbst willen ~~als~~ als eine ideologische Zielsetzung neuzeitlicher Medizin ~~gerät~~ gerät sofort in die allergrößten Schwierigkeiten; sie schlägt um in das Moment der Destruktion. Hierunter fallen einige, aus der jüngsten Geschichte bekannt gewordenen rein biologisch verfaßte Zielsetzungen: die Manipulation der Erbmasse zur Vermeidung des Gen-todes der Menschheit, das Phänomen des sogen. Bevölkerungsexplosion, die

deletären Folgen einer extremistisch betriebenen konnatalen Therapie; auf der anderen Seite die unbekümmerte Ausrottung lebensunwerten Lebens, die Vorschläge zur Euthanasie unheilbar Kranker oder zur Lebensabkürzung überalterter Generationen. All diese Maßnahmen lassen sich aus einer isoliert-biologisch argumentierenden wissenschaftlichen Position ^{heraus} spielend legitimieren, und sie stoßen, wenn sie sich auf den wissenschaftlichen Horizont einer autonom gewordenen Biologie eingrenzen, auf keinerlei Widerspruch, weder auf den allgemein ethischer Zielsetzung, noch auf die Einwendungen eines spezifischen ärztlichen Denkens und Handelns, gerade weil das ^{isolierte} wissenschaftliche System der Biologie als solches allgemein ethische Kriterien ⁺ oder gar ärztliche Prinzipien von vornherein ausschließt.

Ähnliches gilt für die Psychologie und Soziologie, so weit sie als wissenschaftliche Disziplinen ein autonomes, d.h. geschlossenes System nach dem szientifistischen Modell der Naturwissenschaften postulieren. Das ärztliche Denken und Handeln kommt auch in diesen Wissenschaften so nicht vor, auch wenn beide Disziplinen wichtige und heute unentbehrliche Beiträge zur Medizin zu liefern haben, auch wenn die medizinischen Institutionen selbst, ihre Funktionen, oder der soziokulturelle Kontext der Heilkunde oder die Rolle

—————>

~~-12-~~

des Arztes einer kritischen Studie oder einer soziologischen Analyse unterworfen werden können.

Hier stellt sich das Problem der interdisziplinären und inter-fakultativen Forschung.

Bevor wir in einem letzten Abschnitt die Frage nach der Ausbildung zum Arzt konstruktiv zu beantworten versuchen, möchte ich dieses Problem erläutern.

Wir stoßen hier abermals auf jenes zuvor schon genannte Paradox einer funktionalen therapeutischen Handlung, welche von dem Kranken bis zu einem gewissen Grade absehen muß, um in ihrer Wirkung voll wirksam zu werden. Die Chirurgie bietet zahllose

Beispiele dafür; und die zahlreichen medizinischen Einzeldisziplinen, durch deren Zusammenwirken allein jene außerordentliche und erfolgreiche Anstrengung der modernen Medizin sich realisiert, sind indirekt oder direkt in die therapeutische Funktion einbezogen.

Nur ~~der~~^{der} strenge wissenschaftliche Formalismus der Einzeldisziplinen, ihre Abgrenzung gegeneinander, das zunächst Absehen von der Nachbardisziplin, der sich auf ein strenges Schema eingrenzende wissenschaftliche Bezugsrahmen - kurzum ~~die Virtuosität der speziellen wissenschaftlichen Methode~~^{die Virtuosität der speziellen wissenschaftlichen Methode} ~~wird~~ führt hier zum Erfolg. Und dieser Erfolg ist das stärkste Argument, welches geogen eine Heilkunde, die sich durch den kranken Menschen selbst, seine Lebenswelt, sein Schicksal, seine Geschichte, seine ~~mit~~ menschliche Mitwelt bestimmen läßt, geführt wird.

Der Mensch ~~macht~~^{aber}, d.h. er ~~ersetzt~~^{ersetzt} die Bezugsrahmen seiner wissenschaftlichen Erkenntnis ~~und~~^{selbst} ~~den~~ der Naturwissenschaften, deren objektivierbare Größen sein Handeln in diesem Bezugsrahmen jeweils bestimmen. Hier werden neben großartigen operationalen Folgerungen ~~katastrophische~~^{aber} Perspektiven sichtbar. Innerhalb der Medizin habe ich einige genannt. Ihr Anlaß läßt sich jetzt genauer präzisieren:

Eine Heilkunde, die in ihrer Zielsetzung das Ziel ~~den~~ kranken Menschen ~~weitgehend~~^{nur noch} aus den Augen verliert, indem sie ihn beispielsweise ~~fals~~ als Gegenstand irgendwelcher statistischer

Die ~~kasuistischen~~ und epidemiologischen Beiträge zum Problem der Risikofaktoren etwa bei Herzinfarkt-Kranken zeigen ^{an,} daß unter bestimmten komplexen ^{soziometrischen und} psycho-sozialen Bedingungen die Wahrscheinlichkeit, an einem Herzinfarkt zu erkranken, sich mehrt oder mindert. Wir sind ^{aber} weit davon entfernt, die Variablen dieser Bedingungen in ihrer Interdependenz genau bestimmen zu können oder sie gar ^{herauszufinden} zu gestalten.

Es geht hier auch nicht ^{um} die Frage der Gesundheitserziehung zur Verminderung ^{bestimmter} beispielsweise diätetischer Risikofaktoren oder die erzieherische Veränderung der Rauchgewohnheiten, sondern es geht vor allem um die psycho-sozialen und biographisch-vorgeprägten Bedingungen ^{solcher} dieser Gewohnheiten und deren Veränderung. Selbstverständlich gehört in diesen Bereich ^{herauszufinden} die Wandlung bestimmter Gegebenheiten der familiären und beruflichen Situation.

Derartige sozio-therapeutischen Maßnahmen setzen ^{aber} präzise Kenntnisse des Stellenwertes psycho-sozialer Krankheitsfaktoren voraus. Wir sind weit davon entfernt, für den einzelnen Kranken sagen zu können, ob diese oder jene ärztliche Empfehlung zu einer grundlegenden ^{der} Veränderung ^{und damit} psychischen oder sozialen Situation ^{gehört hat} einer signifikanten Einschränkung z.B. der Rezidivgefahr bewirkt. Also auch hier ist vorerst eine sorgfältige Erforschung der epidemiologischen Bedingungen, der biographischen ^{der Anwendungsbereichs} Anamnese, ^{Analysen} test-psychologischer Untersuchungsmöglichkeiten, eine systematische und exakte Analyse des psycho-sozialen Feldes dringend notwendig, ^{ein} eine daraus resultierende einigermaßen zutreffende und gezielte Prognosestellung ^{und} sorgsam zu erarbeiten. ^{Indikationen herausarbeiten}

Im allgemeinen werden auch heute noch die Bedingungen für die Wiedereingliederung intern Kranker fast ausschließlich nach den Kriterien des somatischen Behandlungserfolgs, einer zumutbaren physiologischen Leistung und der vagen Beurteilung eines ^{pro-} Rezidiv-Faktors abgeschätzt und allenfalls durch leistungs-physiologische Messungen ergänzt. Die praktische Arbeitserprobung hat uns ein Stückchen weitergeführt, sagt aber letztlich kaum etwas aus über die berufliche Leistungsfähigkeit des Kranken etwa über einen Zeitraum von 1-2 Jahren hinaus.

Stellt man hier die Bedeutung des psycho-sozialen Feldes zur Diskussion, so erweitert sich der Gesichtskreis der sozial-



Praktikum

spektiven

therapeutischen Indikation. Wir sehen allerdings auch hier bisher wenig konkrete Ansatzpunkte zu einer systematischen Erforschung.

Zunächst sind grundsätzlich bei allen zur Rehabilitation kommenden intern Kranken ausgedehnte (tiefenphysiologisch orientierte) biographische und insbesondere sozio-biographische Anamnesen zu erarbeiten, damit wir über eine umfangreiche Sammlung gediegener psycho-sozialer Daten verfügen können. Es hat sich auch in der großen naturwissenschaftlichen Ära der Medizin eine solche akribische Methodik der Anamnese stets bewährt, und sie erscheint heute in der inneren Klinik zu Unrecht stark vernachlässigt.

Da ~~wir~~ ^{heute} regelhaft auftretende Daten heute in elektronischen Datenverarbeitungsanlagen ^{speichern} und nach beliebigen Gesichtspunkten analysieren können, verfügen wir über ein Instrument der Analyse, ~~das uns früher nicht zu Gebote stand~~. Es ist also heute möglich, mit mehreren ^{abhängigen} und unabhängigen Variablen statistisch zu arbeiten. Gerade die Faktorenanalyse biographischer Anamnesen dürfte ^{in Teilbereichen} einen wesentlichen Zuwachs an Kenntnissen über ~~regelmäßige~~ ^{psychosoziale} Zusammenhänge vermitteln, die für die Prävention und Rehabilitation in gleicher Weise bedeutsam sind. Ansätze und Modelle in dieser Richtung gibt es bereits. ^{in der Sozial-}

In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Bedeutung des tiefenphysiologisch orientierten Gesprächs in der inneren Medizin hinweisen. Diese Methode bleibt nach wie vor eine zeitlich aufwendige und schwierige, sowohl im Rahmen der Psychiatrie ^{Rahmen} wie in dem der inneren Klinik. Wir dürfen nicht übersehen, daß ~~nicht nur~~ die Erarbeitung einer gründlichen biographischen und soziobiographischen Anamnese an sich schon einen ganz erheblichen Zeitaufwand darstellt. Die Detail-Arbeit setzt ~~nicht nur~~ ^{aber} das unbedingte Vertrauen und die rückhaltlose Mitarbeit des Kranken voraus, ^{sondern} erweist sich nur in einer geduldigen, nicht nachlassenden, Schritt für Schritt die Zusammenhänge klärenden und verändernden therapeutisch orientierten Bemühungen als fruchtbar und ergebnisreich.

Die neuzeitliche Entwicklung der Psychiatrie hat hier im individuellen und sozialpsychiatrischen Bereich eine methodische Bremsche geschlagen. Für die Psychosomatik wird sich manches daraus gewinnen und in methodischer Abwandlung auf den Bereich inneren

Datum-
es entspricht
(z.B. der
regulieren
(Dankel-
log
Sitz-
merkmal
nach
Faktoren)

Erkrankungen anwenden lassen. Die Einrichtungen einer Tag/Nacht-Klinik, des geschützten Arbeitsplatzes, die Erfahrungen der Gestaltung des psychosozialen Feldes und der differenzierten Nachsorge u.s.w. sind methodisch aus dem Bereich der Psychiatrie in die innere Medizin zu übertragen, so daß die ^{in der inneren Medizin} bisher übliche (begrenzte) rein leistungs-physiologische Orientierung durch Methoden der sozialpsychologischen Diagnostik und Therapie eine ganz wesentliche Ergänzung und Erweiterung wird erfahren können.

Die in allen klinischen Disziplinen sehr umfangreichen praktischen Aufgaben und Zielsetzungen, ^{in der inneren Medizin} mit denen wir in zahlreichen Sektoren der Medizin völliges Neuland betreten, bedürfen einer klaren ^{wissenschaftlichen} Zielsetzung und Koordination in einem geeigneten institutionellen Rahmen, der es ermöglicht, nicht nur die sehr zahlreichen Einzelerfahrungen zusammenzufassen und einer wissenschaftlichen Analyse zu unterwerfen, sondern zugleich den Raum für die gründliche Diskussion der theoretischen und praktischen Ergebnisse des klinischen Alltags unter allen Beteiligten zu schaffen. S. 11

Eine solche Institution ist nicht als ein elfenbeinerner Turm wissenschaftlicher Forschung anzusehen, sondern sie soll ein Dienstleistungsinstitut für die Koordination und Bewältigung der wissenschaftlichen Aufgaben des klinischen Alltags ^{sein}, darstellen, eine Institution also, die dem Kliniker bestimmte Aufgaben der Vororientierung, des Literaturstudiums, der methodischen Ausarbeitung bestimmter Fragestellungen und praktischer Wege, der Sammlung und Integration notwendiger Informationen abnimmt, die Analyse bestimmter wissenschaftlicher Fragestellung und Forschungsbereiche vorbereitet und soweit vorantreibt, daß eine bestmögliche Nutzung der Erfahrung, eine bestmögliche Zusammenfassung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und eine befriedigende Möglichkeit zur Entwicklung neuer methodischer Wege auf wissenschaftlicher Basis auch dem Kliniker zur Verfügung steht.

Eine derartige Aufgabe setzt eine enge personelle Kooperation aller an einem bestimmten Thema Interessierten notwendig voraus. Es ist durchaus möglich, ^{durch} eine geeignete Organisationsform

und durch die Gestaltung einer bestimmten Zeitstruktur die wissenschaftlich effiziente Kooperationsbasis für alle Beteiligten zu schaffen. Herr Kollege SCHOLZ hat bereits nachdrücklich darauf hingewiesen, daß hier für den klinischen Sektor ähnliche Voraussetzungen bestehen wie für das bereits sich bewährende Institut für Rehabilitation und berufliche Bildung. Über die hier zu erwartende produktive und enge Kooperation beider Institutionen brauche ich nichts zu sagen, sie liegt auf der Hand, und ist in einem Organisations-Vorschlag von Herrn JENNING besonders hervorgehoben worden.

VI. Ausbildungsforschung.

Gerade für die zahlreichen nebenärztlichen Berufe, für die im Rahmen der Rehabilitationsmedizin Studiengänge und Ausbildungsstätten geschaffen werden müssen, ist die Entwicklung einer Ausbildungsforschung und -planung von außerordentlicher Bedeutung. Herr PAESLACK und Herr WAHLE haben gezeigt, daß bei näherer Betrachtung nicht nur die pädagogischen Grundlagen und Stoffkataloge für die verschiedensten Ausbildungsgänge erst noch zu schaffen sind, sondern daß die beispielsweise den nebenmedizinischen Berufern in der Orthopädie, insbesondere aber in der Abteilung für Querschnittgelähmte übertragenen Aufgaben auf einem pflegerischen, erzieherischen, funktionalen und physiologischen Ausbildungsstand basieren, der in einer modernen und akzeptablen Form in den bisher vorhandenen Lehrbüchern noch gar nicht geboten wird. Es fehlt hier also schlechthin an einem qualifizierten und brauchbaren Unterrichtsmaterial. Die klinische Erfahrung des Alltags, etwa einer qualifizierten Krankengymnastin oder einer qualifizierten Krankenschwester, ist hier weit über den in herkömmlichen Lehrbüchern vermittelten Stoff hinaus zu einer Erkenntnis funktionaler, psychosomatischer, krankheitserzieherischer oder sonstiger therapeutischer Erfahrungen vorgedrungen, welche unbedingte Zusammenfassung und in modern ausgerichteten Lehrbüchern oder Schriften ihren Niederschlag finden müßten. Daß hier der modernste Stand des medizinischen Wissens zugrundegelegt werden muß, bedarf keines weiteren Wortes. (PAESLACK, ROLF)

Für die Pläne in Lengensteinbach ist eine sehr enge Zusammenarbeit auf diesem Sektor mit der von Fräulein ROLF geleiteten Planungsabteilung vorgesehen.

Es sind ^{hier} also vor allem die folgenden konkreten Aufgaben zu sehen:

- a) Definition des Berufsstandes
- b) Definition der verschiedenen Varianten des Berufsbildes
- c) ^{die} Bestimmung der Aufgabenbereiche im Rahmen des Rehabilitationsteams
- d) die Entwicklung klarer Konzeptionen zu den Funktionen/^{über die} Verantwortungsbereich^{und} der Rehabilitationskräfte während der verschiedenen Phasen der Rehabilitation
- e) Entwicklung von Lehr- und Ausbildungsplänen.

Darüber hinaus sind konkrete Vorstellungen über die personelle Situation der Rehabilitationskräfte, ihr Verhältnis zum ärztlichen Sektor, die Gestaltung des therapeutischen Feldes, der therapeutischen Gemeinschaft im Rehabilitationsteam zu bedenken.

Wenig differenziert sind vorerst ^{darüber} auch die Vorstellungen, ^{ob} inwieweit eine Zusatzbezeichnung "Rehabilitation" zum Facharzt-Titel einer eigenen fachärztlichen Disziplin ^{oder} Rehabilitations-^{medizin} ~~Medizinens~~ u. U. vorzuziehen wäre. Die Grundkonzepte für derartige Alternativen sollten ^{hier} vordringlich erarbeitet werden und zwar vor allem unter den Gesichtspunkten sozialmedizinischer Zielsetzungen (PAESLACK).

VII. Feldforschung:

Eine vordringliche Aufgabe ^{ist} stellt die Feldforschung bei umschriebenen Gruppen ^{von} behinderten Kranken ^{dar}. Hier ist zunächst die ^{hier} fassende Bestimmung des sozialen Feldes notwendig. Schon aus anamnestischen und katamnestischen Erhebungen ergibt sich, wie ^{hier} ~~Wahr~~ WAHLE zeigen konnte, eine ganze Fülle sogenannter sozialpathologischer Faktoren, die den Verlauf und die therapeutische Konditionierung, ^{und} damit die Prognose-^{beispielsweise} eines querschnittgelähmten Patienten ganz wesentlich beeinflussen ^{können} (WAHLE, PAESLACK). Nach diesen Informationen wäre es vordringlich, somatisch vergleichbare Gesundheitsschäden nach sozial verschiedenen Ausgangsbedingungen zu unterteilen und hier ^{die} Prognose, Therapieerfolg und Katamnese des Rehabilitationsvorganges zu vergleichen.

Biographie,

Situative und soziologische Fakten wie beispielsweise das Zustandekommen eines Unfalles unter Alkoholeinfluss oder bei der Arbeit oder durch einen ganz unabsichtlichen Sturz dürften hier von ebensolcher Bedeutung sein, wie die Rückgliederung in die Familie, bestimmte berufliche oder gesellschaftliche Positionen u.ä.m. (PAESLACK).

Bereits die alltägliche Erfahrung, aber auch das wissenschaftliche Studium der Zusammenhänge zwischen sozialer Schichtung und Krankheitsverlauf geben ~~bereits~~ konkrete Hinweise ~~darüber~~, daß bei vergleichbar schweren somatischen Befunden Geld ^{vorhandenes Vermögen} und Intelligenz des Geschädigten ein besseres Rehabilitationsergebnis ^{erzielen} zur ~~Folge~~ ^{lassen} haben, als ungünstigere wirtschaftliche Verhältnisse oder fehlende Begabungsreserven. Damit stellt sich das Thema der Letalität und Morbidität (des Querschnittgelähmten, PAESLACK) unter verschiedenen soziologischen, intellektuellen, ökonomischen und biographischen Bedingungen.

VIII. Arbeitstherapie:

Eine systematische interdisziplinäre Erforschung und pragmatische Entwicklung der Arbeitstherapie auf wissenschaftlicher Grundlage steht erst in den Anfängen. Schon das Planungsstadium erfordert eine bestmögliche Zusammenstellung aller erreichbarer Informationen und Konzeptionen, eine sinnvolle Planung des Raumbedarfs und des Maschinenparks, ein differenziertes Studium der Arbeitsgänge und Arbeitsleistungen, eine klare Konzeption über die Indikationsstellung und Indikationsbreite bei den verschiedenen Krankheiten unter verschiedenen Bedingungen und prognostischen Kriterien des jeweiligen Krankheitsverlaufs.

Ganz wesentlich wird hier dem Übergangsbereich zwischen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen.

Die Beschäftigungstherapie bedarf dringend einer klaren empirisch und wissenschaftlich begründeten Zielsetzung in allen klinischen Sparten. In Übergangsbereichen zwischen sogenannter medizinischer und sozialer Rehabilitation wird eine Analyse der funktionellen Bedingungen der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

wissenschaftliche auf eine neue Grundlage gestellt werden müssen, *an die* und dem gegenüber die berufsbezogene Arbeitstherapie *vermutlich* ebenfalls eine wissenschaftlich zu begründende *Indikationsstellung* erfordern.

Dieser gesamte Aufgabenbereich setzt zunächst - damit kann unmittelbar begonnen werden - den Aufbau einer Literaturdokumentation nach den neuesten Kriterien der elektronischen Datenverarbeitung und u.U. die Besichtigung einiger einschlägiger Modelle voraus

Mit der Skizzierung dieses Aufgabenbereichs ist nur ein kleiner Bruchteil der Aufgaben des Instituts bezeichnet. Ich darf lediglich in Stichworten weiteren Aufgabenbereich nennen:

Sozialpsychiatrie, Grundlagenforschung (Verhältnis zwischen Psychiatrie und innerer Medizin)

Erforschung des Nachsorgewesens in allen Disziplinen

Medizin-soziologische Analyse des Rehabilitationswesens

Gezielte Aufgabenbereiche der Sozialtherapie

Untersuchung der therapeutischen Möglichkeiten einer grundlegenden Milieu-Änderung oder Milieu-Verpflanzung

Gruppendynamische Aspekte der Resozialisierung, Untersuchung der Krankheitsfolgen sozialer Deprivation, Entwicklung und Standardisierung geeigneter diagnostischer und therapie-begleitender

Testverfahren für die klinische und soziale Rehabilitation

Sammlung und Erhebung signifikanter arbeits-medizinischer und epidemiologischer Daten.

IX. Nachsorge; sozialmedizinischer Sektor, Epidemiologie.

herausheben
In allen Definitionen über die Aufgaben der Rehabilitationsmedizin und bei allen Vorschlägen über detaillierte Forschungsprojekte liegt das Schwergewicht auf der Betonung des Nachsorge-Problems.

Dieses gliedert sich in ~~den~~ folgenden Bereiche:

1. medizinische Nachsorge
2. soziale Nachsorge
3. berufliche Nachsorge
4. gesundheitserzieherische Nachsorge
5. aktive Gestaltung des psychosozialen Lebensraums
6. epidemiologische Katamnese

Jede Rehabilitationsmaßnahme umfaßt im Grunde genommen diese sechs Punkte.

So gut wie ganz fehlen bisher zureichende und wissenschaftlich brauchbare katamnestische Nachsorge-Erhebungen. Zwar können wir auf die katamnestischen Daten der Rentenversicherungsträger und des Berufsförderungswerkes für bestimmte unbeschriebene Fragestellungen zurückgreifen. Im allgemeinen muß jedoch das Nachsorge-Wesen einer detaillierten wissenschaftlich fundierten Untersuchung erst noch erschlossen werden.

Der Nachsorge-Sektor ist nicht zuletzt deswegen für die Forschung von so erheblicher Bedeutung, weil hier ein wissenschaftliches ^{Spezial} und therapeutisches Anliegen unmittelbar konvergieren:

Der Kranke bedarf der intensiven Nachsorge, die weit über eine gelegentliche Betreuung durch eine Sozialhelferin hinausgehen muß, und der Arzt und Wissenschaftler bedarf dringend der katamnestischen Erfahrung über die Wirkung und den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen sowie unmittelbarer poliklinischer Erfahrung über die Lebensverhältnisse des Kranken und deren weitere Gestaltung. Nur wenn wir über die Lebens- und Berufsverhältnisse des Kranken nach seiner Entlassung aus der ärztlichen oder sozialen Rehabilitationsförderung etwas erfahren, nur wenn wir ihn in seiner persönlichen und sozialen Lebenswelt selbst beraten können, besteht die Möglichkeit, auch bei chronischen Kranken oder in schwierigeren Lebensverhältnissen, konkrete und zielgerichtete Entscheidungen zu treffen, deren therapeutische Bedeutung vielleicht ^{besonders} bisher ganz wesentlich unterschätzt worden ist, weil man die Bemühungen um die Rehabilitation, vor allem ^{bei} des chronisch Kranken, ^{bisher} allzu rasch der Anonymität und bürokratischen Regelung überlassen hat.

^{denn sie} Nachsorge in diesem Sinne ist ökonomisch sicher aufwendig, ~~aber~~ ^{aber} verspricht eine ganz wesentliche Verbreiterung des Rehabilitationseffektes. ^{Ergebnisses}

Die Erfahrungen in der Psychiatrie mit ihren Nachsorge-Einrichtungen (Tag/Nach-Kliniken, ärztliche Ambulanz, Familienberatung und Familientherapie, Patientenclubs, geschützte Arbeitsplätze, Gestaltung sozialer Lebensbereiche, in denen die Patienten beheimatet und angesiedelt werden) lassen sich hier durchaus auf

die Verhältnisse der inneren Medizin übertragen, und nach meiner Auffassung wird sich hier für die chronisch inneren Erkrankungen ein neues therapeutisches Feld eröffnen, ebenso für diejenigen Kranken, die zwischen der Psychiatrie und inneren Medizin mit ihrer Krankheitssymptomatik anzusiedeln sind.

Nach meiner Auffassung wird man auch nur auf diesem Wege den Rezidiv-Problem beikommen können, gleich ob es sich hier um einen Kranken mit einer chronischen-aggressiven Hepatitis, um einen Herzinfarkt-Kranken, um einen Tuberkulose-Kranken oder um einen Carcinom-Kranken handelt.

W 20
X. Gesundheitserziehung:

Eng mit dem Problem ^{der} Nachsorge und ihrer institutionellen Ausgestaltung verknüpft ist der Sektor der Gesundheitserziehung.

Hier möchte ich - wie überhaupt in den meisten Fragen der Rehabilitations- zwischen Behinderten und chronisch Kranken eine Unterscheidung ^{treffen}:

^{Sobald} Wenn der Behinderte in eine produktive und für ihn gedeihliche berufliche Situation wieder eingegliedert ist, so erübrigt sich im allgemeinen eine weitere gesundheits-erzieherische Betreuung.

Bei dem chronisch Kranken finden wir umgekehrt ^{Wahl} bei Rückkehr in das alte Lebensmilieu eine Wiederkehr der allgemeinen Resignation, oft eine Kapitulation vor den bestehenden ^{unveränd.} gleich/schwierig gebliebenen Lebensverhältnissen; bei Herzinfarkt-Kranken wissen wir bereits, daß sie nach Rückkehr an den Heimatort sehr bald ihre alten Lebensgewohnheiten wieder aufnehmen und sich schaden, unter Umständen bald an einem Rezidiv erkranken.

Gesundheits-erzieherische Maßnahmen oberflächlicher Art nützen hier ^{kaum} etwas. Es scheint notwendig zu sein, in einer tieferen Schicht und mit wirksameren psychotherapeutischen ausgerichteten Methoden anzusetzen. Gerade in diesem Bereich ^{erscheint mir} die Notwendigkeit einer aktiven Gestaltung der Lebensverhältnisse des Kranken gegeben.

XI. Definition

→ Blockbeispiel
→ Blockbeispiel

Jenning, Paeslack, Scholz, Wahle haben darauf hingewiesen, welche Bedeutung der klaren Definition der Begriffe "Rehabilitation" und "Rehabilitationsmedizin" auch praktische zukommt. Die einzelnen Bereiche der Rehabilitationsmedizin samt ihren in den verschiedensten Richtungen breit sich fächernden Beziehungen zu anderen Disziplinen und Fakultäten, zu sozialmedizinischen Institutionen, zu den Institutionen der Arbeitsverwaltung und Industrie klar zu umreißen und zu definieren. Das gleiche gilt für die Definition der einzelnen Aufgaben in Therapie, Pflege, Ausbildung, Lehre und Forschung. Es wird notwendig sein, auch begrifflich in einer erst noch auszubildenden Wissenschaftssprache die vielfältig zu erwartenden Ergebnisse der verschiedenen, in der Krankenbehandlung, in Forschung und Lehre tätigen Arbeitsgruppen in geeigneter Forem zusammenzufassen, und damit den Boden für eine engagierte und weiträumig geführte kooperative Diskussion unter den verschiedenen Disziplinen zu schaffen.

XII. Expertise

Vorstellungen über die Größenordnung der in der Rehabilitationsmedizin anzusetzenden Forschungsmittel sind bisher in der Bundesrepublik nicht präzisiert worden.

Ganz allgemein gilt, daß im Gegensatz zur sog. zweckfreien Forschung die Rehabilitationsmedizin mit ihren Ergebnissen einen erheblichen volkswirtschaftlichen Beitrag leistet, der als solcher allerdings nicht für die Zielsetzungen der Rehabilitationsmedizin bestimmend sein darf und bestimmend sein kann. Es ist aber zu erwarten, daß die ~~tief~~ im Bereich der Rehabilitationsforschung gewonnenen Erkenntnisse, verglichen mit anderen wissenschaftlichen Forschungszweigen nicht nur eine ganz erhebliche praktische Bedeutung für die medizinische und soziale Rehabilitation, sondern darüber hinaus für den volkswirtschaftlichen Sektor haben werden.

gesundheitspolitisch

Für die Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitationsmedizin sollte eine straff organisierte, jedoch mit allen notwendigen personellen und materiellen Mitteln reichlich ausgestattete Forschung geplant werden, welche^{es} ermöglicht, die klinische Arbeit mit der wissenschaftlichen auf die gediegenste Weise zu verbinden und ~~als solche~~^{best. Form} gleichzeitig möglichst effektiv zu gestalten. Das gelingt im allgemeinen sehr befriedigend durch eine technische und personell gut durchorganisierte Forschungsvorbereitung und -planung.

Hier spielt die Vorinformation eine wesentliche Rolle, die ~~zunächst~~ an positiven Beispielen der Wissenschaftsorganisation in den angelsächsischen Ländern ~~sich orientieren sollte.~~

Kita

Über die zeitökonomischen Voraussetzungen einer ertragreichen wissenschaftlichen Forschung im klinischen Alltag liegen ~~eine ganze~~^{wenige} ~~Fülle~~^{zahl} positiver und negativer Berichte vor. Als Grundregel gilt, daß die zeit-ökonomische personelle und technische Entlastung der Forschungsvorbereitung dazu dienen soll, die Effizienz der ärztlichen Berufsausübung und -erfahrung nicht unnötig zu schmälern, sondern zu steigern. Es scheint mir notwendig, dieses Problem der Verschränkung wissenschaftlicher Forschung und ärztlicher Tätigkeit im klinischen Alltag neu zu durchdenken und für den Bereich der Rehabilitationsmedizin neue organisatorische Formen der klinischen Forschung zu realisieren; für die Rehabilitationsmedizin wäre eine Forschung jenseits der klinischen Erfahrung und jenseits der teilnehmenden Beobachtung in allen Stadien der Rehabilitation ein Kopf ohne Rumpf.

Über die Größenordnung der finanziellen Mittel für die Rehabilitationsforschung gibt es in der Bundesrepublik noch keine verbindlichen Zahlen. Einerseits wird der Aufbau der Rehabilitationsforschung im medizinischen Bereich mit dem Ausbau der Rehabilitationseinrichtungen und schließlich auch den Erfordernissen einer **B**ehinderten-Universität Schritt halten müssen; andererseits sind sorgfältige personelle und technische Überlegungen für alle Forschungsprojekte notwendig ~~und verbindlich.~~

Eine prinzipielle Trennung der finanziellen Aufwendungen für Forschung und Lehre erscheint im Bereich der Rehabilitationsmedizin wenig sinnvoll, solange die Ausbildungsgänge durch sehr gezielte Bemühungen um die weitgehend noch fehlenden Darstellungen der wissenschaftlichen Grundlagen ^{ergänzt} geleistet werden müssen.

Gemessen an der Größe der Rehabilitationseinrichtungen, welche beispielsweise ^{in der} durch die Stiftung Rehabilitation ^{des Berufsverbandes} zusammengefaßt ^{Heidelberg} sind ~~wenden~~, und unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen und ökonomischen Nutzwertes der Rehabilitationsforschung ^{an ein} einerseits, bei der Vielfältigkeit der weitgestreuten Aufgabenbereiche und Projekte ~~andererseits~~ sollten die Vorstellungen über die Kostenentwicklung der Rehabilitationsforschung in ihrer Größenordnung etwa ausgerichtet sein an vergleichbaren wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen, deren Forschungsertrag ^{etablieren} einen vergleichbaren praktischen Nutzen für die Gesellschaft ^{verspricht} ~~erwarten~~ läßt. Als ein Beispiel wäre zu nennen das von Bund und Ländern ^{finanziert} getragene Heidelberger Krebsforschungszentrum, in dessen Expertise ~~die~~ Prävention und die Rehabilitation des Krebskranken noch gar nicht enthalten ~~ist~~. ^{Sind}.

Es war nicht Aufgabe dieser Ausführung, alle Forschungsgebiete und Forschungsthemen der Rehabilitationsmedizin auch nur annähernd zu umreißen. Zu den wichtigsten Aufgabenbereichen gehören die folgenden:

Sozialpsychiatrische Grundlagenforschung (u.a. über das Verhältnis zwischen Psychiatrie und innerer Medizin)

Erforschung des Nachsorgewesens in allen Disziplinen

Medizin-soziologische Analyse des Rehabilitationswesens

Gezielte wissenschaftliche Untersuchungen auf dem Gebiet der Sozialtherapie

Untersuchungen der therapeutischen Möglichkeiten einer grundlegenden Milieu-Änderung oder Milieu-Verpflanzung.

Ausfertigung
2 Zeilen fortsetzen

Gruppendynamische Aspekte der Resozialisierung

Systematische Untersuchungen über die Krankheitsfolgen sozialer Deprivation

Entwicklung und Standardisierung geeigneter diagnostischer und therapie-begleitender Testverfahren für die klinische und soziale Rehabilitation.

Erhebung, Sammlung und Auswertung signifikanter arbeits-medizinischer und epidemiologischer Daten

Durchschnitt in der

(Das große Forschungsfeld der Zusammenhänge zwischen Prävention und Rehabilitation ist weder wissenschaftlich noch gesundheitspolitisch ausreichend in ^{Beachtung} Angriff genommen worden. Es stellt eine gesellschaftliche Funktionseinheit dar, deren sozialpathologische Komponenten einer umsichtigen wissenschaftlichen Analyse dringend unterzogen werden müßten.)

Einerseits haben wir uns vor Umwelt-Schäden zu schützen, die unsere gesundheitlichen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen einschränken, Schäden, die wir selbst produzierten und deren Einschränkung eine umfassende gesellschaftliche Initiative und Aktivität verlangt. Andererseits ist der einzelne Kranke und Behinderte vor ungerechtfertigten Ansprüchen der Umwelt zu schützen, soweit sie seiner eigenen, ihm verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht gerecht werden. Im einen wie im anderen Fall heißt Umwelt-Schutz: sinnvolle und produktive für uns alle verbindliche Gestaltung einer Umwelt und menschlichen Gesellschaft, in der Resignation und Hoffnungslosigkeit aus dem Alltag verschwinden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift: Prof. Dr. med. W. Jacob
Leiter d. Abt. für
Dokumentation, Historische und soziale Pathologie am
Pathologischen Institut der Universität Heidelberg
69 Heidelberg
Berliner Str. 5