

Eine kleine Phänomenologie der hausärztlichen Ganz(körper)untersuchung

Eine Übersicht für Studierende und Ärzte

Phenomenology of Physical Examination by Family Physicians

An Overview for Students and Doctors

Gernot Rüter

Zusammenfassung: Im Mittelpunkt des hier vorgestellten Textes stehen Erfahrungen bei der Durchführung von Kursen zur hausärztlichen Ganzkörperuntersuchung als Lehrarzt und Überlegungen zu unterschiedlichen Untersuchungssituationen in der Folge unterschiedlicher Zielsetzungen der Untersuchung. Dabei wird besonders von objektiver Befunderhebung und zutage tretendem (emergierendem) Erleben der Person und der Situation abgehoben. Emergenz kennzeichnet in der Systemtheorie das selbstorganisierende Entstehen geordneter Strukturen aus Unordnung. Beide Sicht- und Erlebensweisen sind nur theoretisch voneinander zu trennen und laufen parallel und ineinander verschränkt ab. Für gute Befunderhebungen sind Wahrnehmungen aus beiden Qualitäten nötig.

Schlüsselwörter: Hausärztliches Handeln; körperliche Untersuchung; personales Erleben; Zielsetzungen

Summary: The following paper focusses on experience in conducting courses for physical examinations in family medicine as a teaching physician. Considerations about different situations as a result of different objectives of the examinations are reported. Special attention is paid to the opposition of objective findings and emerging experience of the person and the situation. Emergence features in the system theory, the self-organizing arise of ordered structures out of lacking order. Both visual and experience patterns can only theoretically separated and run in parallel and intertwined. To reach good results perceptions of both qualities are needed.

Keywords: Family Physicians Attitude; Physical Examination; Personal Experience; Objectives

Kurssituation

Seit einiger Zeit arbeite ich in einem Team von Hausärzten mit, das an der Tübinger Universität Studierenden im 6. Studiensemester die hausärztliche Ganzkörperuntersuchung näherbringt. Im Kursskript für das Wintersemester 2015 wird darauf hingewiesen, dass die körperliche Untersuchung eine wesentliche klinische Fertigkeit und ein zentraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit sei. Diese Fertigkeit werde für das künftige Arztsein – unabhängig von der Fächerwahl – von immenser Bedeutung sein. Die Studierenden erhalten eine kurze Einführung mittels weniger Folien, ergänzt durch einen Lehrfilm von ca. 7–8 Minuten Dauer.

Für rund eineinhalb Stunden unterrichtet je eine Hausärztin oder ein Hausarzt des Lehrteams drei Studierende. Ein(e) Schauspielpatient(in) stellt sich für den Unterricht in der Ganzkörperuntersuchung zur Verfügung. Die Studierenden kommen in diesen Unterricht mit Vorerfahrungen aus Untersuchungskursen in Gebieten der Medizin, die sie schon im ersten klinischen Semester absolviert haben. In der Regel wird der allgemeinmedizinische Kurs in Ganzkörperuntersuchung gut evaluiert, einige Studierende wünschen sich aber, diesen Kurs gleich zu Beginn des klinischen Studienabschnitts zu platzieren.

Es fällt mir auf, dass die Studierenden sich einerseits sehr auf die korrekte

manuelle Durchführung der Untersuchungen konzentrieren und sich andererseits stark von den Anforderungen leiten lassen, wie sie für die OSCE-Prüfung („Objective Structured Clinical Examination“) am Ende des Semesters formuliert und gefordert werden. Diese Prüfungsform wurde in Deutschland etwa um die Jahrtausendwende im Rahmen ärztlicher Prüfungen eingeführt. Hier werden wesentlich praktische Fähigkeiten zur Ableistung medizinischer Routinen und der adäquate Umgang mit Patienten geprüft.

Allgemeine Überlegungen zur Ganzkörperuntersuchung – so die Nomenklatur – und ihrer Bedeutung in der hausärztlichen Praxis werden kaum angestellt. Mir erscheint aber nötig, sol-

che Reflexionen anzustellen und zu formulieren. Dazu gehört die Frage, welche Bedeutung solche Untersuchungen für die hausärztliche Praxis haben, in welchen Situationen sie zum Ansatz kommen und welche Schlussfolgerungen sich aus ihren Ergebnissen ziehen lassen.

Zum einen ist schon die Bezeichnung „Ganzkörperuntersuchung“ zu hinterfragen. Sie legt nahe, dass der Körper der Patienten zum Untersuchungsobjekt des Arztes wird, an dem dieser objektiv(e) Befunde als Grundlage seiner diagnostischen und daraus folgenden therapeutischen Überlegungen erhebt. Dieser Sachverhalt ist nur teilweise richtig und beschreibt den Vorgang nur sehr unvollständig: Nicht ein „ganzer Körper“, sondern ein Mensch, ein Lebewesen wird untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass kein Bruch der wissenschaftlichen Konzepte aus der **objektivieren- den Untersuchung** des Körpers einerseits und dem **Erleben der** untersuchten **Person** andererseits resultiert [1]. Ein lebender Mensch, der bei Bewusstsein ist, würde in seinem Menschsein drastisch reduziert werden, würde nur seine Körperlichkeit in Betracht gezogen. Der Zugang zu dieser Überlegung wird erleichtert, schaut man sich zunächst die Zielsetzung der vorgenommenen Untersuchung an. Ein ähnlicher Übergang vom abstrahierten Allgemeinen zum Besonderen, Individuellen wurde schon früher beschrieben [2].

Zielsetzungen und Umstände der Untersuchung

Ein Patient, der sich über seinen Gesundheitszustand sorgt, der vielleicht an Müdigkeit leidet oder einer unklaren Schwäche, der an Gewicht abgenommen hat oder unbestimmte Schmerzen verspürt, ist ein anderer als einer, der zum Tauchsport will oder der eine Begutachtung braucht, weil sein Lastwagenführerschein verlängert werden soll. Der wieder ist ein anderer als einer mit einem Rentenbegehren, ein Mensch, der vom Sozialgericht zur Begutachtung geschickt wird oder jemand, der eine private Krankenversicherung abschließen will. Die Zielsetzungen der geschilderten Unter-

suchungskontexte sind alle verschieden:

- Wer sich krank fühlt und Beschwerden hat, wünscht sich, der Arzt möge etwas finden, das seine Beschwerden erklärt, ihn aber von der Konfrontation mit einer bedrohlichen Erkrankung verschont und eine Behandlungsperspektive eröffnet, die nicht zu einschneidend ist. In dieser Situation kann im engeren Sinne von einer Patienten-Arzt-Konstellation gesprochen werden. Vom Patienten kann Offenheit und Kooperation erwartet werden. Die Situation kann aber, z.B. bei Besorgnis und Angst oder bei Beschwerden, die eher einer Somatisierung entsprechen und keine schlüssige Erklärung finden, auch durch Bagatellisierung oder Aggravation seitens des Patienten gekennzeichnet sein. Äußerungen und/oder Verhaltensweisen des Arztes, die das Krankheitskonzept des Patienten infrage stellen, können mit Kränkungen verbunden sein, die das Verhältnis von Arzt und Patient belasten können.
- Der Patient, der zu einer Früherkennungsuntersuchung kommt, ist im engeren Sinne gar kein Patient, sondern ein Gesunder, der sich einem Screening unterzieht. Entsprechend ist sein Wunsch, dass nicht Bedrohliches oder Krankhaftes gefunden werde, und er Sicherheit und Beruhigung vom Arzt als einem „Sachverständigen“ erhalte. Screeninguntersuchungen, bei denen Ernsthaftes gefunden wird, bedeuten häufig eine Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung. Jetzt ist der zu Untersuchende ja zum Patienten geworden. Häufig entsteht die Frage, ob das jetzt Gefundene bei mehr Sorgfalt nicht hätte schon früher gefunden werden müssen.
- Wer zur Tauchsportuntersuchung oder anderen Eignungsuntersuchungen bis hin zur Kranken- oder Lebensversicherungsuntersuchung kommt, möchte erst recht nicht, dass etwas gefunden werde. Von ihm kann der Arzt demnach keine Offenheit erwarten, sondern eher herunterspielendes und verbergendes Verhalten.
- Wer mit einem Rentenbegehren zur Begutachtung kommt, möchte, dass der Arzt etwas finde, das dem Rentenversicherungsträger gegenüber plausibel macht, dass das Rentenbegehren zu Recht bestehe. Zugleich aber sollte

nicht die Zeitspanne bedroht oder verkürzt sein, in der die Rente bezogen werden kann. Hier wird der Arzt eher mit verstärkter Symptomdarstellung und Betonung der Beschwerden rechnen müssen.

- Eine letzte Beispielsituation ist nicht allzu häufig, kommt aber vor. Der Arzt könnte von der Polizei gebeten werden, eine Stellungnahme zur Haftfähigkeit eines Festgenommenen abzugeben. Hier können sehr unterschiedliche Konstellationen vorliegen: Neben der gesundheitlichen Momentsituation wird der Arzt sowohl mit Symptomverstärkungen einerseits wie auch Herunterspielen andererseits zu rechnen haben, etwa wenn es um den Einfluss verschiedener Suchtmittel geht. Der Arzt wird auch den Umgang der Polizeibeamten mit dem Festgenommenen berücksichtigen, soweit er hier Einblick bekommt. Er wird am Ende nicht die Haftfähigkeit als abstrakte Größe beurteilen, sondern, ob dieser Mensch in dieser Wache über Nacht inhaftiert werden kann. Er wird sich auch selbst vor Fehleinschätzungen schützen müssen, um am Ende nicht mit seiner Unterschrift für Ereignisse einstehen zu müssen, wie sie in der Haftsituation eintreten können.

Diese Blicke auf Situationen, in denen in der hausärztlichen Praxis eine umfassende Untersuchung von Menschen erfolgt, machen bereits deutlich, dass der Zweck der Untersuchung und die Umstände in Betracht zu ziehen sind, also teleologische Überlegungen nötig sind. Damit gemeint ist die Lehre, wonach Handlungen oder überhaupt Entwicklungsprozesse an Zielen und Zwecken [*griech.* Telos] orientiert sind und durchgängig zweckmäßig ablaufen. Es wurde schon deutlich gemacht, dass je nach Zweck Haltung und Verhalten des zu Untersuchenden, aber auch des Untersuchers, verschieden sind.

Folgen unterschiedlicher Untersuchungssettings

Entsprechend der unterschiedlichen Haltungen und Inszenierungen des zu Untersuchenden wird auch der Arzt unterschiedliche und vielschichtige Inputs und eigene Reaktionen bei sich

Dr. med. Gernot Rüter ...



... Facharzt für Allgemeinmedizin mit Chirotherapie und Palliativmedizin, Psychosomatische Grundversorgung. Seit 1980 in eigener Praxis, seit 1991 in Gemeinschaftspraxis niedergelassen in Benningen/Neckar, Akademische Lehrpraxis der Universität Tübingen. Seit 1993 Moderation eines hausärztlichen und Aqua-Qualitätszirkels. Mitbegründer des Projekts HAMLET, hausärztliche Medizin als Lebensführungstherapie. Mitarbeiter und Referent in den Philosophica für Mediziner der Universitäten Würzburg und Bamberg.

wahrnehmen und für die Gesamtbeurteilung berücksichtigen. Dafür sind nicht nur die eigentlichen Sinneswahrnehmungen aus den fünf Sinnesqualitäten von Bedeutung, sondern auch eine schwer zu fassende „leibliche Kommunikation“. Sie wird noch am ehesten von dem Leibphilosophen und Neu-Phänomenologen Hermann Schmitz beschrieben [3]. Der definiert den Leib als „was ich in der Gegend meines Körpers von mir zu spüren bekomme, ohne mich der Sinnesorgane im engeren zu bedienen“. Gefühle beschreibt er als „räumliche, ortlos ergossene Atmosphären von ergreifendem Charakter“. Die Leiblichkeit und dieses Ergriffenwerden von einer Gefühlsatmosphäre sind die Grundlage der leiblichen Kommunikation. Ein Hausarzt, der in die Situation kommt, für den eigenen Patienten z.B. ein Lebensversicherungsgutachten zu erstellen oder eine Eignungsuntersuchung z.B. für den LKW-Führerschein, weiß über die unterschiedlichen Atmosphären in diesen Situationen im Vergleich zum normalen Sprechstundenkontakt zu berichten, in dem der Patient als Hilfesuchender kommt.

Bei der Erhebung eines Ganzkörperstatus, so die Vorgaben in der Unterrichts-situation, sollen die Studierenden lernen, Sicherheit und Souveränität auszustrahlen, um für die Patienten eine Vertrauenssituation herzustellen. Sie sollen deshalb im Patientengespräch Konjunktive vermeiden, wie „ich würde jetzt die Schilddrüse abtasten“, sondern sollen die Untersuchungsschritte in klaren Indikativen ankündigen. Die ärztliche Untersuchung beinhaltet in jedem Falle die Unterschreitung von Intimgrenzen, sie beinhaltet das Berühren von Menschen in einer Weise, wie sie sonst nur im Privatleben vorkommt. Deshalb sind diese Klarheiten von Bedeutung und sind ge-

tragen vom Respekt gegenüber dem Anderen und – meistens – von positiv besetzten Erfahrungen mit der ärztlichen Profession. Das gilt insbesondere für die Situation des Hilfebegehrens, weniger schon für die Begutachtungssituation oder gar für die geschilderte Delinquenzsituation in der Polizeiwache. Auch kulturelle Unterschiede in der Bewertung von Schamsituationen und unterschiedliche Erfahrung mit der Profession Arzt zum Beispiel bei der Untersuchung von Menschen, die jetzt bei uns Zuflucht und Sicherheit suchen, müssen berücksichtigt werden.

Welche feinen Unterschiede aus dem Setting erwachsen, zeigt der Vergleich zwischen der Arbeit in der eigenen Sprechstunde mit der Arbeit in einer Notfallpraxis. Hier gibt es zwischen Arzt und Patient häufig die gemeinsame Erfahrung der erlebten Anamnese, die Patienten sind mit den Mitarbeitern der Praxis, oft den Mitpatienten vertraut, kennen die Räumlichkeiten, sind gewissermaßen zu Hause. In einer Arbeitsgruppe, die sich mit der Rolle des Hausarztes bei der Lebensführungstherapie für die Patienten beschäftigt („HAMLET“) wurde sogar das Konzept der hausärztlichen Praxis als eines Biotops gefunden. Die Patienten sind auch mit der Person des Arztes, seiner Art des Umgangs, seinen Untersuchungsgewohnheiten familiär. Dort, in der Notfallpraxis, stoßen sie auf fremde Räume, fremde Mitarbeiter, ungewohnte Abläufe und ihnen fremde Ärzte. Die ärztliche Souveränität ist ebenfalls oft nicht wie gewohnt gegeben, denn auch der Arzt muss sich mit ihm fremden Gegebenheiten einrichten. Einrichtung und Ausstrahlung der Notfallpraxis entsprechen vielleicht nicht seinem Geschmack und Wesen, die Mitarbeiter sind fremd und müssen den fremden Arzt erst einschätzen. Instrumentarien, Verbandstoffe und Medikamente sind

fremd und besonders das EDV-System ist nicht vertraut. Ein unsicherer Arzt, der daran scheitern mag, ein Rezept zu drucken, strahlt nicht unbedingt Souveränität und Gelassenheit aus. Bei hohem Patientenaufkommen, wie das oft im Rahmen mehrere Feiertage der Fall ist, können in einer Notfallpraxis Wartezeiten von bis zu drei Stunden entstehen. Dadurch wird die Atmosphäre oft zusätzlich aufgeladen. Dennoch gelingt auch diesem Rahmen, durch Anamneseerhebung, klinische Untersuchung und Beratungsgespräch 90–95 % der Patientenanliegen zu befriedigen und nur in 5–10 % der Fälle wird die Einleitung stationärer Behandlung erforderlich.

Untersuchung als Dialog

Die Studierenden kennen oft die Untersuchungstechniken schon recht gut, wenn man als Ausbilder auch noch Defizite in der manuellen Geschicklichkeit wahrnehmen kann, die aber ganz natürlich sind. Darüber hinaus scheint das Gespür für das Gegenüber, hier die/den Schauspielpatientin/en, noch zu fehlen, in dem auch die körperliche Untersuchung als Eintreten in einen Dialog verstanden werden muss. Die Akademie für Integrierte Medizin – Uexküll-Akademie benannte kürzlich eines ihrer jährlichen Werkstatttreffen mit: „Die körperliche Untersuchung als Dialog“ [4]. Den Studierenden fehlt auch noch die Möglichkeit des assoziativen Abgleichs mit bereits Erlebtem, das, wiederum ein Rückgriff auf Hermann Schmitz, im (leiblichen) Gedächtnis abgespeichert ist.

In ihrem Studium sind sie mutmaßlich mehr darauf trainiert, als Grundlage des diagnostischen Prozesses auf die Ergebnisse technischer Verfahren, Labor und Bildgebung zu setzen, denn auf erhobene Befunde. G. Maio weist auf die zunehmende Bedeutung der distanzierenden und objektivierenden „Bildgebung“ hin, während das subjektiv erlebte und involvierende (Zu)hören an Bedeutung verliere [5]. In Arztbriefen nimmt der Bericht über solche technische Untersuchungen einen weit größeren Raum ein als der über Anamnese und Befund. Die Studierenden scheinen häufig davon auszugehen, dass Anam-

nese und Befund zur Vervollständigung der Akten dienen, nicht aber, wie beim Hausarzt regelmäßig, handlungsleitend für das weitere Vorgehen sind. Das reiche Arsenal innerer Assoziierungsmöglichkeiten durch Erfahrung, welche Grundlage der so wichtigen Heuristiken sind, können sie noch nicht haben. Als Heuristik bezeichnet man die Kunst, mit begrenztem Wissen und wenig Zeit zu guten Lösungen zu kommen. Dabei geht es um ein analytisches Vorgehen, bei dem mit begrenztem Wissen mithilfe von Mutmaßungen Schlussfolgerungen getroffen werden [6].

Deshalb erscheint der Unterricht durch erfahrende Hausärzte für die Stu-

dierenden so wichtig. Die guten Evaluierungen des Kurses können als Ausdruck dieser Wertschätzung genommen werden. Die Frage bleibt, ob in einer künftigen Gestaltung des Kurses „Allgemeinärztliche Ganzkörperuntersuchung“ die hier dargelegten Überlegungen Berücksichtigung finden können: In welchem Setting, mit welcher Fragestellung und Zielsetzung findet die Untersuchung statt, welche Resultate können erwartet werden? Wie kann gelingen, Studierenden mehr als bisher ihr leibliches betroffen Sein in und von der Untersuchungssituation bewusst zu machen und sie darin zu schulen, Ziele, Wünsche und Bedürf-

nisse ihrer Patienten wahrzunehmen und als Teil der Wirklichkeitskonstruktion zu begreifen?

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Gernot Rüter
Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin
Akad. Lehrpraxis der Univ. Tübingen
Blumenstraße 11
71726 Benningen
Tel.: 07144 14233
rueter@telemed.de

Literatur

1. Mechsner F. Dinge, Organismen und Personen – Zum Menschenbild in einer humanen Medizin. In: Heusser P, Weinzirl J (Hrsg). *Medizin und die Frage nach dem Menschen. Humanismus, Medizin und Philosophie Band 1.* Würzburg: Königshausen und Neumann, 2013: 173–192
2. Rüter G. Jenseits der Klarheit – Über die Verwendung des Modells „Integrierte Medizin“ nach Thure v. Uexküll in der hausärztlichen Praxis. *Z Allg Med* 2007; 83: 271–276
3. Schmitz H. *Der Leib, der Raum und die Gefühle.* 2. Aufl. Bielefeld und Basel: Edition Sirius, 2009: 15–22, 28–44
4. <http://uexkuell-akademie.de/die-koerperliche-untersuchung-als-dialog/> (letzter Zugriff am 16.02.2016)
5. Maio G. Den kranken Menschen verstehen – Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg im Breisgau: Herder, 2015: 187–208
6. Gaismaier W, Gigerenzer G. Wie funktioniert Intuition? In: Witte EH (Hrsg.) *Evolutionäre Sozialpsychologie und automatische Prozesse: Beiträge des 21. Hamburger Symposium zur Methodologie der Sozialpsychologie.* Lengerich: Pabst Science Publ., 2006: 31–49



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam2016.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin