

nichtnaturwissenschaftlichen Curriculumsinhalte des Reformstudiengangs spielte das nun am Zentrum angesiedelte Institut für Geschichte der Medizin (ehemals der FU Berlin) eine federführende Rolle. An den Unterrichtsangeboten in den Human- und Gesundheitswissenschaften des RSM beteiligten könnten sich in der Zukunft prinzipiell alle Institute und ihr Personal.

Dr. Thomas Müller kam auf das Fach Geschichte der Medizin im Anschluss an die Einführung von Brinkschulte zum gesamten Spektrum der Human- und Gesundheitswissenschaften dann näher zu sprechen. Mit einem kurzen Rückblick auf die medizinhistorischen Beiträge zur Entwicklung der nichtnaturwissenschaftlichen Teile des Curriculums beginnend, thematisierte er anschließend bisherige und zukünftige Ziele in Bezug auf das medizinhistorische Engagement im Reformstudiengang. Die Metaebene medizinhistorischer Konzepte ist hier ebenso bedeutsam wie die Vermittlung medizinhistorischen Wissens. Zukünftige Ziele sind die Integration verschiedener Fachgebiete in ein Seminarangebot, die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fächern in Seminaren sowie die weitere Verbreiterung des Spektrums an Wahlmöglichkeiten in diesem Unterrichtsbereich. Müller berichtete dabei von Schwierigkeiten und Erfolgen sowie zum aktuellen Stand. In einem dritten Teil seines Vortrags wurden Probleme erörtert, die sich für Dozentinnen und Dozenten aus dem (bisher zusätzlichen) Lehrdeputat im Reformstudiengang ergeben. Abschließend nahm Müller kritisch zum Stellenwert des Themas „Lehre im Fach“ anhand von Publikationen Stellung. Als einen Ausdruck des geringen Stellenwerts, den die Lehre unter Medizinhistorikerinnen und Medizinhistorikern hat, interpretierte Müller, dass in den einschlägigen nationalen und internationalen Zeitschriften zur medizinischen Ausbildung Beiträge zum Thema „Medizingeschichte lehren“ fast gänzlich fehlen.

Der dritte und letzte Teil der Tagung nun widmete sich einzelnen Seminarangeboten im Bereich „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ aus den vergangenen Semestern, den Erfahrungen hinsichtlich der Umsetzung, der Erreichung von Lernzielen in der Einschätzung der Lehrenden wie auch der Akzeptanz bei Studierenden. Alle Veranstaltungen waren im Rahmen der standardisierten Evaluation ebenfalls (sehr unterschiedlich) evaluiert worden. Bei der Vorstellung der einzelnen Seminare, die seit Beginn des Reformstudiengangs im WS 1999/2000 bislang im Bereich „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ angeboten wurden, ging es vor allem darum, die Thematik der Seminare und die Formen der Vermittlung darzustellen. Bei mehreren der vorgestellten Seminare kam deutlich zum Ausdruck, dass gerade der eingeräumte eigene Handlungsrahmen und Gestaltungsraum für die Studierenden Interesse weckte und motivationsfördernd war. In einem Seminar wurde beispielsweise mehrfach die Möglichkeit zur praktischen Anwendung bzw. Umsetzung (z. B. Akupunktur) gegeben. In einem anderen Seminar mussten die Studierenden Filmsequenzen zusammenschneiden und so den Inhalt präsentieren sowie darüber hinaus die anschließenden Diskussionsschwerpunkte bestimmen.

Im Fazit wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die unpräzise Art der Darstellung der einzelnen Beiträge als sehr anregend empfunden, wie auch der ungeschminkte Bericht über Schwierigkeiten der Umsetzung und der Charakter der Beiträge als Werkstattberichte. Es besteht kein Zweifel dar-

an, dass bei allen Unterschieden zu den Lehrveranstaltungen im Berliner RSM viele der erläuterten Unterrichtsmodule konzeptionell übertragbar sind und an anderen Orten Anwendung finden können. Die Berliner Erfahrungen zu einem Ausgangspunkt der Diskussion über neue Lehr- und Lernformen in der Medizingeschichte zu machen, ist äußerst nahe liegend. Von dem Vorhandensein eines wie auch immer gearteten Reformstudiengangs an diesen Orten ist dies genauso unabhängig wie von den Vorgaben einer neuen AO(-Novelle) und deren ungewisser Zukunft. Die geschilderten Seminarerfahrungen boten Denkanstöße für ein Mehr an didaktischen Konzepten und den Einsatz neuer und anderer Medien. Eine Neuauflage des Gegenstandskatalogs bzw. die Orientierung am für den Reformstudiengang erarbeiteten Gegenstandskatalog jedoch wurde in der Abschlussdiskussion für das Fach Medizingeschichte als wenig hilfreich beurteilt.

Hinweise zum Reformstudiengang Medizin in Berlin: <http://www.charite.de/fakultaet/reformstudiengang>

Hinweise zum Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB): <http://www.medizin.fu-berlin.de/igm/zhgb.html>

Hinweise zum Institut für Geschichte der Medizin (ZHGB) in Berlin: <http://www.medizin.fu-berlin.de/igm>

Dr. Eva Brinkschulte

Freie Universität Berlin  
Institut für Geschichte der Medizin  
Klingsorstraße 119  
12203 Berlin

## BUCHBESPRECHUNG

► Dörner K. **Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung.** 2001. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York (Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin)

„Lehrbuch“ versteht Dörner ironisch: herkömmliche Lehrbücher vermitteln Wissen. Kann es ein Lehrbuch geben, welches Erfahrungen vermittelt? Erfahrungen, aus denen sich meine Grundhaltung entwickeln kann, müssen gemacht werden. Emmanuel Levinas hat nach der Ermordung seiner Familie durch die Nazis gefragt, ob es eine „Philosophie nach Auschwitz“ geben könne. Dörner, Levinas, aber vor allem seiner eigenen Erfahrung verpflichtet, versucht Elemente für eine „Medizin nach Hadamar“ zu entwickeln.

Dem skeptischen Leser mutet Dörner zu, „über mein langatmiges Gelaber zu stöhnen“, verspricht aber, dass es ihm gelingen werde, ein wenig unsere Grundhaltung reifen und Güte zunehmen zu lassen. Das macht es „viel wahrscheinlicher und schneller im Umgang mit Patienten und Angehörigen zur richtigen Stunde, Minute oder Sekunde das richtige (oft nur ein einziges) Wort zu finden. Es gibt keine wirksamere Methode der Zeitersparnis!“

Wir begegnen in Dörners Buch immer wieder Dorothea, seiner Enkeltochter, die in der Familie 6,5 Jahre im Wachkoma gepflegt wurde. Er lehrt uns an seinem Beispiel, wie lebenslanges Lernen und Erfahrenwerden zur ärztlichen Kultur werden kann.

Das Buch beginnt mit dem Abschnitt „Sorge um mich selbst“ als Exkurs, der Ethik und Ethos problematisiert. Er nennt Prinzipienethik respektlos „Pfropfethik“ und zitiert ein Gespräch mit dem erfahrenen Krankenpfleger, der meint: „Ach, wissen Sie, Ethik ist doch nur für Leute, die nicht mehr wissen, was sich gehört“. Was sich ge-

hört erfahren wir sogleich: In unserer Alltagsrealität streben wir in unserer Selbstsorge nach einem guten Leben, streben nach dienlichen Haltungen, Verhaltensdispositionen und normativen Charaktereigenschaften, eben Tugenden. Wir lassen uns nicht einengen durch einen reduktionistischen Wissenschaftsbegriff, sondern erleben uns als Identität, die genügend Tiefe und Komplexität hat, um als Person mit einem Selbst mit den Ansprüchen und Erwartungen anderer Selbsts verbindlich umzugehen. Entsprechend der Stil des Buches: Der Leser wird persönlich angesprochen und seine Reaktionen oder Assoziationen von Dörner quasi dialogisch einbezogen. Der Philosoph und Psychiater Dörner erspart dem Leser dezidiert Erfahrungen und Ergebnisse der Psychiatrie. Philosophische Anregungen und Überlegungen dagegen werden unmittelbar verständlich und ohne Sophisterei auch dem nicht philosophisch Geschulten nahe gebracht. Dem Lektor ist zu danken, dass nicht aufwändig in einem Literaturverzeichnis nachgeschlagen werden muss, sondern Literaturbezüge als Fußnote auf der selben Seite im Zusammenhang studiert werden können.

Wirklichkeitsbereiche lassen sich mit „harten“ und „weichen“ Daten beschreiben. Hier werden die nichtrationalisierbaren Anteile der ärztlichen Existenz nicht wegrationalisiert und damit verdrängt, sondern behutsam der Aufmerksamkeit erschlossen und damit tauglicher für die Güte des Arztes.

Medizin als angewandte Wissenschaft wird zur angewandten Philosophie, wenn nicht allein Kants Frage „Was können wir wissen?“, sondern auch die Fragen „Was sollen wir tun?“ und „Wie können wir leben?“ in der Begegnung mit dem Kranken in Not denkbar wird. Die Instrumentalisierung der Medizin ist im Nationalsozialismus am schärfsten zutage getreten: Aus der Fürsorge für den Einzelnen ist die Vorsorge für alle geworden, das Individuum dem vermeintlichen gesellschaftlichen Interesse geopfert. Ohne das Engagement eines sich sorgenden Bewusstseins werden alle Patientenrechte und alle professionellen Regeln und Kodizes dieser Welt wenig bewirken können. Schon seit Sokrates gilt es, nach wie vor die Frage zu stellen: „Worum sorgen wir uns?“ Hippokrates hielt Ärzte für gut, wenn sie sich aus fremden Leiden eigene Sorgen bereiten.

Zur „philosophischen Grundhaltung des Arztes“ gehört die Entwicklung pathischer Fähigkeiten, die Kunst des Sicheinlassens. Zum Imperativ der Moderne gehört, dass sich der Mensch allem körperlich und seelisch Pathischen entledige, statt eine „Bereitschaft zur Biografie“ zu entwickeln um schließlich die „Anstrengung der Biografie“ aushalten zu lernen.

Im Kapitel „Von der Sorge zur Verantwortung für den anderen“ wird der Patient als der für mich Fremde vorgestellt, in seiner Andersheit ernst genommen und schließlich beschrieben, was passiert, wenn man sich seiner konkret-individuellen Fremdheit und Andersheit in der ärztlichen Erstbegegnung aussetzt.

Mit den „Philosophen des Dialogs“ (Martin Buber und Viktor von Weizsäcker) wurden nach dem 1. Weltkrieg für die Medizin die Beziehung, die Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin, die „sprechende Medizin“ wirksam. Nach dem 2. Weltkrieg war es zunächst Emmanuel Levinas, der die dialogische Medizin, die dyadische Beziehung um ein „Drittes“ erweitert. Mit dem Dritten ist die soziale Realität konstituiert, beginnt die Möglichkeit des Vergleichens, die notwendige Relativierung der Radikalität der ethischen Zweierbeziehung der Nähe. Damit wird auf den historischen, sozialen, gesellschaftlichen und politischen Kontext verwiesen. Dies begründet, warum Dörner nach der Sorge jetzt von Verantwortung spricht. In der Erstbegegnung wird in Erweiterung der Begegnung von Arzt und Patient durch Einbezug eines Dritten (Angehörigen) der Königsweg zur Wahrheit nicht allein im Versuch gesehen, Subjektives zu objektivieren, sondern durch Überschneidung mehrerer subjektiver Perspektiven die Zahl der Ansichten von der Wahrheit vermehrt.

Damit wird ein Kapitel zur Arzt-Patient-Beziehung (im Anschluss an Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll) eröffnet

und in fünf Thesen erläutert. Die paternalistische Haltung in der Subjekt-Objekt-Beziehung, die partnerschaftliche bzw. gegnerische Haltung in der Subjekt-Subjekt-Beziehung und die Haltung vom Anspruch des anderen her in der Objekt-Subjekt-Beziehung sind Merkmale, die die Arzt-Patient-Begegnung charakterisieren können. Die Medizin unterscheidet schon immer Erklären und Verstehen. Dörners Faustregel lautet: „Als Arzt ist es nicht meine Aufgabe, den anderen besser zu verstehen; vielmehr ist es meine Aufgabe, meine Beziehung vom Anderen her so zu gestalten, dass er sich besser versteht.“

Im „Arzt vom Letzten her“ erläutert Dörner, wie sich seine Grundhaltung im Umgang mit den letzten, schwächsten und damit gefährdetsten anderen konkretisiert. Er erklärt das an chronisch Kranken, Menschen mit Behinderungen und im Wachkoma.

„Wenn ich einem neuen Patienten in der Praxis oder auf der Station zur Begrüßung die Hand gebe, muss ich wissen, dass dies schon mein erster Irrtum ist. In Wirklichkeit gebe ich damit einer Familie die Hand...“. Die Arzt-Angehörigen-Beziehung, „Familienmedizin“ und schließlich die Analyse der „triologischen Medizin“ wird vorgestellt mit der Konsequenz, dass Dörner jetzt nur noch von Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung spricht.

Im „Arzt von der Gemeinde her“ wird untersucht, welche Einflüsse „kommunale Lebenswelten“ auf Krankheit und Gesundheit haben und wie „zivilgesellschaftliche Bewegungen“ arbeiten und eine „Gemeindeverantwortung des Arztes“ zu formulieren ist.

Die „ärztliche Selbstbegrenzung vom Anderen her“ ist eine weitere Herausforderung und „Überforderung“. Als Arzt habe ich mich in allen Richtungen meines Denkens, Handelns, meiner Institutionalisierung zugleich auch immer darauf aus zu sein, mich überflüssig zu machen. Dies wird in den drei Arbeitsfeldern der Praxis, des Krankenhauses und der ärztlichen Selbstverwaltung erklärt.

Dörner beschließt sein Buch mit der „ärztlichen Selbstbefreiung vom Anderen her“. Dies wird an der „Geschichte“, dem „Leib“ und der „Technik“ deutlich und mündet in der Abschlussformulierung: „Dem guten Arzt ist bei geöffneten medizinischen Augen der ärztliche Augenaufschlag eigen; er hört – getrennt voneinander – die Wünsche und das Wohl der Patienten bzw. der Angehörigen; er ist darauf aus, das Hirnkonzept des Menschen in die größere Weisheit des Leibes einzubetten; und sein schon waches Können und Wissen ist von seinem Gewissen verändert, angerufen, geweckt.“

Welchen Nachteil hat Dörners Buch? Den, dass es Leser braucht. Wer liest noch Bücher? Welcher Student oder Arzt oder Wissenschaftler hat noch die Kultur des Lesens geübt? Können wir noch lesen, die wir nur noch mit Prüfungskatalogen, Tabellen, Internet, Zahlenwerken umgehen oder in Büchern allenfalls nachschlagen? Dörners Buch ist ein Beispiel dafür, dass wieder gelesen werden darf, wenn man sich der Bedeutung medizinischer Zusammenhänge für ärztliches Handeln vergewissern will.

Dörners Lehrbuch handelt nicht von Krankheiten, sondern kranken Menschen und ihren Helfern. Es sei allen empfohlen, die selbstreflektiv den Arztberuf erlernen oder im Beruf merken, dass sie Grenzen haben. Angehörige der Pflegeberufe, Sozial- und Gesundheitsberufe und Therapieberufe finden hier Grundlagen ihres Denkens, Reflektierens und Handelns. Den Reformstudiengängen, die zunehmend häufig Kursangebote machen, in denen nach den Grundlagen ärztlichen Handelns gefragt wird, steht mit Dörners „Der gute Arzt“ das einzige und einzigartige Lehrbuch als Grundlage zur Verfügung. Wenn es zur Pflichtlektüre von Harvard-Studenten gehört, Martin Bubers „Ich und Du“ von 1921 zu lesen, dann dürfen deutsche Studenten mit Klausur Dörners Buch wieder lesen lernen und neugierig werden und einzigartige Erfahrungen machen. Mit Dörners Buch wird über medizinethische Fragen anders nachgedacht, gehandelt und – wo notwendig – entschieden werden müssen.

W. Rimpau