

Von Anfang an muss der Arzt lernen, seine Gefühle zu beherrschen. Im Sezierkurs lernt er, dass Handeln die Ängste und die Abwehr reduziert. Der Blick muss abgestumpft werden. Der eigene Blick wird ungefährlich und gerichtet. Der Körper verschwindet, es bleiben nur noch bestimmte Körperteile übrig. Die Biografie muss hinter dem zu Sezierenden verschwinden. Der Sezierkurs könnte ja auch später im Curriculum des Mediziners stattfinden, aber er steht gleich am Anfang. Der latente Lerninhalt liegt in der Beschäftigung mit dem isolierten und geschichtslosen Körper. Alle Bedrohungen verlieren an Bedeutung, wenn man zum Akteur wird und die Bedrohungen nicht länger passiv erfährt. Die Verschiebung von unklaren Empfindungen zu klaren Handlungen ist das entscheidende Lernziel des Sezierkurses. So beschreibt Bernhard Kathan in seinem Buch „Das Elend der ärztlichen Kunst“, dass ein geheimer Lehrplan gleich vom Studienbeginn an ein möglichst konfliktfreies Abdrängen von irrationalen Inhalten in der Medizin zu gewährleisten versucht.

Bernhard Kathan hat „eine andere Geschichte der Medizin“ geschrieben, nicht als Erfolgsgeschichte der Medizin und ihrer Proponenten, sondern „als die Geschichte, in der sich jene Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen herausgebildet haben, die eine weitgehend konfliktfreie Beschäftigung mit Krankheit, Schmerz, Sexualität und Tod erlauben“. Eine mutige Behauptung, auf deren Abhandlung, die Kathan spannend und reich an genau beobachteten Beispielen gestaltet, man sich ruhig einlassen sollte. Er hält an den Weichen inne, die im Laufe der Arztwerdung gestellt werden oder am Weg in die moderne Medizin passiert wurden und holt mit tiefenpsychologischer Erfahrung und präziser Kenntnis des heutigen Spitalsalltags wertvolle Erkenntnisse ins Bewusstsein.

Viele Ärzte spüren das Unbehagen, das die Unberührbarkeit, die man sich in den Jahren angeeignet hat, mit sich bringt, andere verschieben die Last dieses Gefühls, doch „das Irrationale ist nicht auflösbar, indem man es leugnet“. Ausführlich befasst Kathan sich mit der Beschreibung und der Interpretation von Leichenöffnungen. Seit Beginn des 16. Jahrhunderts werden Sektionen zunehmend auch öffentlich durchge-

Bernhard Kathan

Das Elend der ärztlichen Kunst

Eine andere Geschichte der Medizin. 272 S., brosch., € 18 (Kadmos Kulturverlag, Berlin)

führt. Die Voraussetzung für das Messer, das in den Toten schneidet, ist durch die philosophische Trennung von Körper und Geist, wie sie Descartes formulierte, geschaffen worden. Der Leib – von lib, althochdeutsch, das Leben –, der noch von der Seele bewohnt war, ist dem Körper – corpus, lateinisch, Leichnam, Rumpf – gewichen. Von Rembrandts Gemälde „Die Anatomie des Dr. Nicolaes Tulp“ zur Fernsehaufzeichnung einer Operation bedarf es keines weiteren Tabubruchs. Die Medialisierung der modernen Medizin hat schon früh begonnen.

Frühen Abbildungen zufolge waren die Sektionen wahre Volksfeste. Es wurde Eintritt verlangt, Musik spielte auf, unter den Tischen streunten Hunde, die begierig nach Fleischstücken Ausschau hielten, insgesamt herrschte eine ausgelassene Stimmung und eine eigentümliche Gleichgültigkeit dem Vorgang der Leichenöffnung gegenüber. Anders hingegen die Bildkomposition bei Rembrandts Anatomie: Hier geht es nicht um die Leiche, sondern um die Abgebildeten. Diese sehen den Betrachter über den Bildrand hinaus an, neben Dr. Tulp haben sich honoräre Männer der Stadt Amsterdam um den Leichnam versammelt. Einer der Abgebildeten hält die Liste mit den Namen aller Anwesenden in der Hand.

Seziert wird ein Manteldieb, der kurz zuvor für sein Vergehen hingerichtet worden ist. Dr. Tulp studiert die Anatomie der Hand des Toten, wohingegen der restliche Körper noch unverseht ist. Anders als sonst üblich, wurde nicht mit der Eröffnung der Körperhöhlen begonnen. Die Interpretation dieses Bildes lässt wenige Fragen offen: ob das Arrangement dazu diente, Wissen im Bereich der Medizin unter die Menschen zu bringen, oder ob es sich um eine unverholene Demonstration von Herrschaft handelt.

Vor kurzem wurde bekannt, dass sich bereits 5000 Leichenspenden bei Professor Gunther von Hagens um spätere Plastifikation beworben haben. Wenn dieser, wie letzten November in einer Londoner Brauerei, eine öffentliche Sektion durchführt, dann geht es dabei bestimmt nicht um das Bedürfnis, den Besuchern anatomische Kenntnisse näher zu bringen. Die geschickte Medialisierung ist, wie Professor Hagens' Hut, den er auch während der Arbeit trägt, ein Teil der Inszenierung eines Events.

Früher mussten „Personen gefunden werden, deren Zerlegung niemanden berührte“. Es ist nicht schwer auszumachen, wem diese Körper gehörten: den Namenlosen, den Findelkindern und den Hingerichteten. Im 18. Jahrhundert sollten es Arme, Irre,

Waisen und Sieche sein, die das erste Krankenhaus füllten; erst durch Vorzeigen eines Armutszeugnisses wurde Zutritt gewährt, viele kamen einfach, um zu sterben, und die Verwandtschaft ersparte sich die Begräbniskosten. Auch gab es damals schon die anonyme Geburt: Frauen betreten maskiert das Haus und deponierten, für den Fall ihres Ablebens, einen Zettel mit dem Namen. Der Weg bis zu unseren klinisch reinen und hochtechnisierten Spitälern ist noch weit, denn „nur allmählich hat sich die Herauslösung des Kranken aus seiner vertrauten Umgebung, das heißt die Verwandlung des Kranken in einen Patienten vollzogen“.

War früher das Krankenhaus ein Siechenhaus, das erstmals institutionalisiertes Sterben ermöglichte, ist es heute ein mit einem riesigen Aufgebot an Technik versehener Apparat, der durch straffe Organisation und Ar-

beitsteilung das Durchschleusen von vielen Kranken und Gesunden ermöglicht. Hat früher die Erzählung die Leidensgeschichte beschrieben, ist es heute die Ansammlung von Daten und Akten, die eine Krankheit dokumentieren. Sigmund Freud kommt in der Medizingeschichte, außer für die Psychoanalyse, noch eine weitere Bedeutung zu. Wie Kathan treffend beschreibt, hat Freud unter Verzicht von Technik eine Methodik entwickelt, in der sich der Arzt in hohem Maße ungeschützt dem Patienten ausliefert, da ihm die sonst in der Medizin üblichen und willkommenen Störungen im Kontakt mit dem Kranken fehlen, die es erlauben, unangenehme Situationen abzubrechen. Das einzige Mittel mit dem gearbeitet wird, ist die Sprache – die Erzählung. Der Datenlieferant Patient wird zur sprechenden Person.

Beeindruckend ist auch Kathans Analyse der Sprache in der Medizin. Beeindruckend deshalb, weil wir Ärzte über die Funktion unserer Sprache normalerweise weder nachdenken noch darauf hingewiesen werden. Kathan bemerkt, dass „die Sprache der Patienten und jene der Ärzte im Grunde unversöhnlich sind. Die Sprache der Patienten, kann sie sich entfalten, ist meist unklar, sie ufert aus, ist metaphorisch, eine lebensweltliche Sprache, die sich aus verschiedensten Erfahrungen, Gehörtem, Gelesenem und aus Medienberichten zusammensetzt. . . Diese Sprache wird im Kontext des Krankenhauses fast ausschließlich zur Störung. . . Im Gegensatz zur Sprache des Patienten ist die des Arztes strukturiert, an die Stelle des ‚Ich‘ tritt oft ein ‚Wir‘. Die Sprache des Arztes ist Text. Seine Sprache ist von seiner Person weitgehend abgekoppelt.“ Werden dem etablierten Text ungewöhnliche Worte beigelegt, kann das zu Irritationen führen. Als junge Ärztin auf einer Geburtshilfe diktierte ich manchmal in die Arztbriefe: „Wir begrüßen den neuen Erdenbürger.“ Die Sekretärin weigerte sich, diese Phrase zu übernehmen.

Nun weiß ich, dass derartige Abweichungen vom Text die verpflichtende Distanziertheit in der Medizin nicht gewährleisten. Wer sich über einen neuen Erdenbürger freut, bedauert auch ein Ableben. Wie selten habe ich ein persönliches Wort des Bedauerns oder der Freude in unseren ärztlichen Korrespondenzen gefunden. Hingegen begleitet Text den Patienten vom Eintritt in das Krankenhaus an. Hinweistafeln, Nummernausgabeautomaten, Sprüche, Symbole und Schilder dienen dazu, die Interaktion mit dem Patienten möglichst auf Fragen der Untersuchung oder Behandlung zu beschränken. Es ist nur ein bestimmtes Spektrum an Antworten gestattet. Sobald geschichtsstiftende Momente zwischen Untersucher und Patientin auftreten, wird es viel schwerer, „sich frei zu machen“ – sich zu entkleiden.

Erzählen braucht Zeit. Ärzte leiden an Zeitmangel. Wenn wir Ärzte Kranke visitieren, stehen wir. Doch wer steht, ist auf dem Sprung. Die Geste, sich neben einen Kranken zu setzen, ist im Spitalsalltag gar nicht leicht. Oft gibt es keinen freien Sessel, und die Bettkante ist tabu für einen keimbeladenen Ärztehosenboden. „Die Hygienekultur in den Krankenhäusern lässt sich zwar sachlich begründen, ihr kommt aber darüber hinaus eine wichtige psychologische und vor allem symbolische Funktion zu.“ Welches Beispiel wäre schöner als jenes des am Bett sitzenden Arztes, der die Hand seiner Patientin oder seines Patienten hält; doch leider, das haben die Hygienebeauftragten strikt untersagt. Viel zu gefährlich für die Patienten – behaupten sie, natürlich der Keimverschleppung wegen.

Warum unternimmt Kathan eine Durchleuchtung unserer Arbeit, so wie wir unsere Patienten zu durchleuchten pflegen? Sind wir Ärzte nicht genug geplagt durch Zeitdruck, Arbeitsteilung, Spezialisierung und Technisierung? Wir haben es geschafft, möglichst konfliktfrei mit Krankheit, Sexualität und Tod umzugehen. Unserer eigenen Empfindungslosigkeit sehen wir tapfer ins Auge.

Der Sozialwissenschaftler Kathan hat mit dem vorliegenden Buch eine vorzüglich geschriebene wissenschaftliche Arbeit verfasst, in der er versucht, die irrationalen Momente, die den Arbeitsalltag der Ärzte so sehr bestimmen, deutlich zu machen. Er sieht genau, wie schwer es ist, eine Struktur, die uns so viel Sicherheit und Stabilität verleiht, zu reflektieren. Er weiß aber auch, dass schon viel erreicht wäre, würden wir uns in der Arbeit eine, wie er es nennt, „zärtliche Sachlichkeit“, gönnen. Solange wir den Erzählungen unserer Patienten nicht zuhören, ist das Irrationale der Sprache entzogen und bestimmt unser Handeln umso nachhaltiger. ■

Nur die Hand halten?

Wir Ärzte leiden an Zeitmangel. Wenn wir visitieren, stehen wir. Doch wer steht, ist auf dem Sprung. Ein Buch über den ärztlichen Arbeitsalltag – rezensiert von einer Ärztin.

Von Martina Wittels



Grundanordnung zum Schutz gegen die Gefahren bedrohlicher Nähe: Die Assistentin fungiert als Zeugin, der Blick der Patientin verliert sich im Hintergrund, während der Arzt eine Thoraxdurchleuchtung macht, 1896. [Foto aus dem besprochenen Band]