

Narrative Medizin – was ist es, was bringt es, wie setzt man es um?

Kalitzkus, Vera; Wilm, Stefan; Matthiessen, Peter F.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kalitzkus, V., Wilm, S., & Matthiessen, P. F. (2009). Narrative Medizin – was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(2), 60-66. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65019>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um?

Vera Kalitzkus^{1,2}, Stefan Wilm¹, Peter F. Matthiessen²

Zusammenfassung: Erzählungen spielten schon immer eine wichtige Rolle in der Medizin. Mit Beginn der „modernen“ Medizin wurden diese Erzählungen mehr und mehr vernachlässigt, der Fokus lag auf „Fakten“, die als objektiv und wissenschaftlich galten. In den letzten Jahren jedoch erleben Erzählungen eine Renaissance – insbesondere Patientenerzählungen und Geschichten über das, was zwischen Ärzten und Patienten geschieht. Dies resultierte in der Formulierung von Narrativer Medizin oder *Narrative based Medicine* (NbM). Der Begriff wurde insbesondere in Abgrenzung zur evidenzbasierten Medizin (EbM) entwickelt. Man wollte damit auch auf die Grenzen der EbM hinweisen. Was aber wird unter Narrativer Medizin verstanden? Die Spannweite geht von einer besonderen therapeutischen Methode, einer spezifischen Art der Arzt-Patienten-Kommunikation bis hin zu einer qualitativen Forschungsmethode. Was sind die Potentiale von NbM und was bedeuten sie für Theorie, Forschung und Anwendung in der hausärztlichen Medizin? Wo liegen ihre Begrenzungen für die hausärztliche Medizin?

Schlüsselwörter: narrative Medizin, Arzt-Patienten-Kommunikation, Krankheitserfahrung, Biographie

Narrative based Medicine – What it is, what it is good for, and how to put it into practice

Abstract: Narratives have always been a vital part of medicine. With the rise of „modern“ medicine narratives have been more and more neglected in favour of „facts and findings“ regarded as more objective and scientific. Yet, in the recent years there is a renaissance of narratives – especially patient narratives and the unfolding story between doctors and patients. Eventually this led to the formation of so called Narrative based Medicine (NbM). The term was coined specifically in distinction to Evidence based Medicine (EbM), with NbM being propagated to counteract the shortcomings of EbM. But what does narrative medicine actually contain? Its' meaning spans from a specific therapeutic tool, a special form of doctor-patient-communication to a qualitative research tool. What are the potentials of NbM and its implications for theory, research, as well as for general practice? Where are the limitations of a narrative approach in general practice?

Key words: narrative medicine, physician-patient relations, illness experience, biography, personal narratives

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

² Lehrstuhl für Medizinthorie und Komplementärmedizin, Universität Witten/Herdecke

Hintergrund

Erzählungen haben eine wichtige Rolle in der Medizin; schon immer erzählte man sich Geschichten von Krankheit, Heilung und Tod, von Patienten, und über Erfahrungen in der Begegnung mit ihnen. Das Ansehen dieser Geschichten in der Medizin hat sich über die Zeit jedoch gewandelt. Noch in den späten 1990er Jahren wurde beklagt, dass Patientenerzählungen in den letzten 200 Jahren unterdrückt worden seien [1]. Das hat sich in jüngster Zeit wieder geändert. War in der Moderne die Erzählung des Arztes in Form eines objektiven, wissenschaftlichen Berichts dominant im medizinischen Narrativ, kommt nun zunehmend auch die Geschichte von Patienten zum Zuge; Erzählungen gelten verstärkt als nützliche Ressource, um die Bedeutung von Krankheit und Kranksein für Patienten zu verstehen [2].

Erzählungen wurden in verschiedenen medizinischen Disziplinen unterschiedlich wertgeschätzt. Wichtige Impulse sind aus der Psychiatrie [3–7] und aus der Allgemeinmedizin hervorgegangen [8–11]. Hier erkannte man besonders, wie hilfreich Erzählungen sind für ein besseres Verständnis von Patienten und ihren Bemühungen, ihre Erkrankung im Kontext ihres Lebens zu verstehen. Auch die Rollen von Kultur und Gesellschaft in diesem Prozess werden in den Erzählungen häufig deutlich.

Vor diesem Hintergrund entstand die narrative Medizin oder narrative based medicine. Der Begriff wurde explizit in Abgrenzung und Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin (evidence based medicine) geprägt, maßgeblich von Trisha Greenhalgh, die ihren Sammelband zu Narrative based Medicine kurz nach ihrem Buch zu evidenzbasierter Medizin veröffentlichte [12–14].

Narrative Struktur medizinischen Wissens

Die Entwicklung der *narrativen Medizin* steht im Kontext von patientenzentrierten Ansätzen, die den Patienten wieder als Subjekt in die Medizin einführen wollen. Dies war zentrales Anliegen Viktor von Weizsäckers und der psychosomatischen Medizin.[15.17] Wichtig sind hier aber auch die klientenzentrierte Gesprächsführung von Rogers [18] oder Ba-

lints Arbeiten zur Arzt-Patienten-Beziehung,[19, 20] ebenso die patientenzentrierte Medizin von Moira Stewart et al.[21] Gerade die Arbeit in den Balintgruppen ließ die Bedeutung von Erzählungen in der Arzt-Patienten-Beziehung erkennbar werden.[22] Der Zusammenhang von Narration und Wissen beschäftigt auch das Forschungsprojekt KAUSA zu hausärztlichen Krankheitskonzepten, das sich zum Ziel gesetzt hat, die subjektive Sichtweise der Hausärzte und ihre Krankheitskonzepte zu eruieren.[23]

Als eine der ersten hat sich Kathrin Montgomery Hunter bereits Anfang der 1990er Jahre mit der narrativen Struktur medizinischen Wissens befasst und die Bedeutung betont: Erzählungen seien das ultimative Instrument der Kasuistik in der Medizin. Es ermögliche Praktikern, die diese diagnostische und therapeutische Ansicht teilen, allgemeingültige Prinzipien auf den Einzelfall anzuwenden und so einen Grad der Generalisierung zu erreichen, der sowohl praktikabel als auch offen für Wandel sei [24]. In diesem Sinne können Erzählungen als Brücke dienen zwischen der Evidenz breit angelegter randomisiert-kontrollierter Studien und der medizinischen Kunst, dieses Wissen auf den Einzelfall anzuwenden. Evidenzbasierte und narrative Medizin sind nur komplementär zueinander zu denken: „Beide Aspekte, der biomedizinisch-nomothetische [= an Gesetzmäßigkeiten orientiert, Anm. d. A.] und der idiographisch-hermeneutische [= die Auslegung des Einmaligen, Anm. d. A.] lassen sich in der Praxis nicht getrennt voneinander verfolgen; sie sind unaufhebbar aufeinander bezogen“ [25]. Im Zuge der Verwissenschaftlichung der Medizin hat der Versuch einer zunehmenden Objektivierung der Erkenntnisse und Praxis zu einer Vernachlässigung subjektiver Dimensionen geführt. Eine Einbeziehung der subjektiven Bereiche würde jedoch gerade zu einer höheren Objektivierung der Medizin führen:

„Die Verfolgung einer narrativen Kultur in der Medizin kann, indem sie den stets interpretativen und wertenden Charakter diagnostischer Aussagen hervorhebt, die grundsätzliche Kontext-, Standort-, und damit Perspektivengebundenheit unseres Erkennens verdeutlichen, demzufolge Objektivierung gerade nicht Ausschluss, sondern methodische Einbeziehung der Subjektbezogenheit all un-

seres Wahrnehmens und Erkennens bedeutet.“ [25]

Die humane Perspektive ärztlichen Handelns wird verfehlt, wenn man auf Narrative verzichtet. Narrative Medizin rückt wieder in den Fokus, dass Medizin als Beziehung verstanden werden muss. Die Allgemeinmedizin ist sich in ihrer Definition dessen bewusst: „Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).“ [26]. Eine Aufgabe der narrativen Medizin kann es demnach sein, die mitfühlende Aufmerksamkeit für die erlebte Krankheit des Patienten zu stärken. Es gilt auch, die Geschichtlichkeit von erlebter und gelebter Krankheit zu beachten, weshalb die Phänomenologie einer Erkrankung auf die je spezifische biographische Einbettung und Herausforderung ausgeweitet werden sollte. Zum Verständnis dieser Dimension ist die im englischsprachigen Raum übliche Unterscheidung von ‚disease‘ und ‚illness‘ wichtig, die mit ‚Krankheit‘ und ‚Kranksein‘ übersetzt werden kann. Während es sich bei ‚disease‘ um die primäre biologische und/oder psychophysiologische Fehlfunktion oder Fehlanpassung von Organen oder Systemen handelt, bezieht sich ‚illness‘ auf die psychosoziale Wahrnehmung, das Erleben, Benennen, Bewerten und die angenommene Bedeutung dieser Störung durch die Leidenden [27, 28].

Die neueste Entwicklung in diesem Feld führt zu dem Versuch, beide Ansätze miteinander zu verbinden. Eine Arbeitsgruppe um Rita Charon (Columbia University, USA) widmet sich dem Programm der *narrative evidence based medicine* (NEBM), die die narrativen Züge *aller* Daten und den Evidenz liefernden Status *aller* klinischen Texte anerkennt [14].

Verschiedene Formen von Erzählungen in der Medizin

1. Patientengeschichten

Patientengeschichten geben Einblick in die „Innensicht“ von Krankheit: sie verdeutlichen den biographischen und sozialen Kontext von Kranksein. So sind Hinweise auf Coping-Strategien und Potential für innere Entwicklung trotz oder

gerade wegen einer Erkrankung zu finden. Ein Beispiel: Der HNO-Arzt Zimmer erkrankte selbst an schwerem Tinnitus, dessen Ursache er letztlich in anhaltender seelischer Anspannung fand. Nach Phasen tiefster Verzweiflung erkannte er darin die Chance für inneres Wachstum: „...der jahrelange Tinnitus war offensichtlich nicht nur eine, wie zunächst befürchtet, lebenslange Last, er hat mir, vergleichbar einem von innen kommenden Signal, zu erkennen gegeben, ja, mich gezwungen, mein Leben umzugestalten, aus einer anderen Perspektive zu sehen, neu zu ordnen, vor allem aber selbstbestimmt und identisch mir und anderen gegenüber zu agieren.“ [29].

Patientengeschichten lassen „Sinnstrukturen und Handlungsorientierungen“ von Patienten erkennen. [30] In die mit dem Arzt eingegangene Patient-Arzt-Beziehung bringen Patienten ihre ganz individuellen Annahmen, Vorstellungen und Deutungen von ihrem Kranksein ein. Im Vorfeld der Konsultation hat bereits ein Verarbeitungsprozess stattgefunden, der mit der persönlichen Wahrnehmung eines veränderten Körpergefühls und der Benennung als ‚krank‘ durch sich selbst oder andere beginnt; er kann Selbsthilfversuche, Gespräche mit Familienangehörigen oder Freunden, Kontakte mit anderen Heilangeboten (z.B. Apotheke) und schließlich die Entscheidung zum Arztbesuch einschließen. In den Erzählungen in der Sprechstunde werden dann die Krankheitskonzepte der Patienten sichtbar und verstehbar. Krankheitserzählungen entstehen in großer Zahl aber auch außerhalb der Medizin – in Form von Biographien, Erlebnisberichten, oder regem Austausch in den *chat rooms* des World Wide Web im Internet [31]. Sie bieten die Ergänzung zur medizinischen Kasuistik und können zu einer Re-Humanisierung der Medizin beitragen, in dem sie die subjektive Erfahrungswelt der Patienten als „Experten ihres Krankseins“ anerkennen. Krankheitsgeschichten handeln nicht nur von den körperlichen und seelischen Leiden und wie man mit ihnen klar kommt, sondern sie geben ihre existentielle Bedeutung für Betroffene wieder: „In ihnen versuchen wir zu verstehen, warum und auf welche Weise wir krank sind, suchen nach der biografischen Bedeutung des Leidens und erproben die rechten Mittel seiner Überwindung“ [32].

2. Arztgeschichten

Autobiographische Erzählungen von Ärzten über ihr Leben in der Medizin haben ebenfalls eine lange Tradition – Anton Chekhov sei hier als ein berühmtes Beispiel genannt. Auch diese Erzählungen können zur Erlangung einer humanen Dimension in der Medizin beitragen und angehenden Ärzten in der Entwicklung ihrer Professionalität helfen. Besondere Einblicke geben Geschichten von Ärzten über eigene Krankheitserfahrungen [33, 34, 29]. Diese Erzählungen, deren Zahl leider gering ist, verdeutlichen, wie sehr das eigene Erleben von Erkrankung und Patientsein das professionelle Selbstverständnis des Arztes wie auch die Beziehung zu ihren Patienten verändern. „Durch meine eigene Leidensgeschichte sensibilisiert, konnte ich als Arzt die betroffenen Patienten von vornherein gezielter, sozusagen ‚wissender‘ befragen als jemand, der das Symptom an sich selbst nicht kennen würde“, ist der HNO-Arzt Zimmer überzeugt [35]. Der Allgemeinmediziner Ripke beschrieb die Schwierigkeit eines Arztes aufgrund seiner Profession mit der Erkrankung umzugehen: „Er ist nicht krank, sondern er hat eine Krankheit, die er sich im Labor oder auf dem Röntgenbild ansehen kann“, beschreibt er den „typischen“ ärztlichen Umgang mit eigener Erkrankung. Ein erkrankter Arzt stehe also vor der Aufgabe, über die versachlichte Perspektive hinauszugehen und sein Kranksein als bedeutsame Lebensäußerung zu erfahren und zu bewältigen. Gelingt dies, ist ein vertieftes Verständnis von Krankheitsbewältigung und somit empathisches Begleiten und Stützen von zukünftigen Patienten möglich [36].

Das Gupta und Charon versuchten diese Form der Reflexion bei Medizinstudierenden über Schreibseminare anzuregen. Die Selbstreflexion über Zeiten eigener Erkrankung könne das Mitgefühl und Verständnis für die Situation der Patienten vertiefen. Das Schreiben erlaube dem Verfasser wie dem Leser noch tiefer in die Patientenwelt einzutauchen, in dem sie Gemeinsamkeiten ihrer persönlichen Erfahrung mit der von Patienten darüber wieder erkennen und integrieren können [37]. Reflektierendes Schreiben über die eigene Praxis kann auch die professionelle Entwicklung stärken, weshalb sie sich für Aus-, Weiter- und Fortbildung im Gesundheitswesen sehr eignet [38].

3. Erzählungen von Begegnungen zwischen Arzt und Patient

Krankheit und Kranksein werden in der Begegnung zwischen Arzt und Patient geprägt. Die von Patienten geschilderte Erfahrung ihrer Symptome wird von den Ärzten über ihr medizinisches Wissen, ihre persönlichen Erfahrungen und ihre eigene Geschichte [23] interpretiert, in eine Diagnose und letztlich eine entsprechende therapeutische Intervention geführt. Hilfreich ist hier auch die Unterscheidung zwischen *Befund* und *Befinden*. Der Patient erzählt immer sein Befinden, und aus dem geschilderten Befinden muss der Arzt einen Befund suchen. Narrationen sind hier zielführend für das Auffinden einer Diagnose, aber auch für die Beurteilung einer Therapie [39]. Doch auch die komplexen Krankheitskonzepte der Ärzte gilt es dabei in Betracht zu ziehen, denn die Interpretation der Patientenschilderungen erfolgt gerade über diese und nicht vorrangig über theoretisches Wissen [23]. Dies wiederum wirkt sich auf die Patienten und ihre Erfahrung aus: In ihrem Prozess des Verstehens dessen, was ihnen als Patient widerfährt, spielt die medizinische Perspektive eine wichtige Rolle. Über den Grad der Beeinflussung der Patientenerzählung von Seiten der Ärzten ist man sich noch nicht einig, doch so viel steht fest: Ärzte haben das Potential eine wichtige unterstützende Rolle in der Gestaltung der Krankheitserzählung – und damit auch im Prozess des Patienten eine Position zur eigenen Krankheit zu finden – einzunehmen. Es gehe darum, Krankheitserzählungen zu beleben und neue Geschichten daraus zu formulieren, um so den Patienten in ihrem Coping-Prozess zu helfen, meint der Allgemeinmediziner John Launer [40]. Leider ist auch das Gegenteil möglich: Patienten können sich durch eine medizinische Beurteilung ihrer Existenz abgewertet fühlen, insbesondere wenn diese strikt pathologisch ausgerichtet ist und die umfassende persönliche Geschichte allein auf das Krankheitsgeschehen reduziert.

4. Geschichten hinter den Geschichten von Patient und Arzt

Hinter den individuellen Geschichten stehen die ‚Meta-Narrative‘ über die Medizin, Gesundheit und Krankheit im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext. Sie

werden in Studien der Medizingeschichte oder Körpergeschichte beschrieben und analysiert [42–44] oder finden Niederschlag in der Analyse des dominanten medizinischen Diskurses. Diese Geschichten hinter den Geschichten beeinflussen sowohl die Behandler als auch die Sichtweise und Wahrnehmung der Patienten [45]. Ihre individuellen Erzählungen sind immer auch gesellschaftliche Aussagen [30]. Erzählungen können zur Erhöhung der interkulturellen Sensibilität beitragen [46, 47], wie zur Reflexion der gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Medizin praktiziert wird. Ein berühmtes Beispiel aus der Allgemeinmedizin wurde von John Berger und Jean Mohr über einen englischen Hausarzt geschrieben [48]. In den Patientengeschichten des Buches, der Geschichte des Hausarztes und der Reflexion über ihre wechselseitigen Beziehungen und Rollen im Kontext der ländlichen Gesellschaft entsteht eine zeitlose Analyse der Merkmale eines „guten Hausarztes“.

Erzählungen und die Analyse ihrer Bedeutung

Die „Übersetzung“ der Patientengeschichte in eine medizinische Fallbeschreibung, die medizinisch relevante Informationen herausfiltert, um zu einer Diagnose zu kommen, ist und bleibt notwendig. Sie darf jedoch nicht für sich alleine stehen, da man sonst Gefahr laufe, den Patienten zu entmenschlichen und ihn nicht mehr als Individuum wahrzunehmen [49]. „Was im Patientennarrativ als Information irrelevant erscheinen mag, kann wichtige Botschaften enthalten, wie der Patient als Person und als Leidender verstanden werden möchte“ [30]. Und dies erfordert die Analyse der Bedeutung, die diesen Geschichten innewohnt.

Die Medizin kann hier von der Methodik für die Analyse von Bedeutungen anderer interpretativer Wissenschaften profitieren, etwa den Literatur- oder Sozialwissenschaften. In der Forschung ist dies unproblematisch, da die entsprechenden Disziplinen Teil des Forschungsteams sein können; und publizierte Krankheitsgeschichten können entsprechend aufbereitet sein, um ihren „Sinn“ für den Leser nachvollziehbar zu machen. Schwierig wird es in der konkreten Begegnung zwischen Arzt und Patient: hier gilt es Wege zu finden, wie entsprechende Fähigkeiten vermittelt werden können.

Positive Erfahrungen gibt es mit Kursen zum Thema „Literatur und Medizin“, die zur Entwicklung einer „narrativen Sensibilität“, einer Sensibilität für die Konstruktion von Bedeutung über Erzählungen, auf Seiten der Ärzte beitragen [50].

Es kann darüber hinaus sinnvoll sein, die tatsächliche alltägliche Praxis zu reflektieren, um ein Gefühl für „Erzählung in Aktion“ zu bekommen. Die Erfahrungen, die wir damit in einem Qualitätszirkel zu „Salutogenese in der hausärztlichen Praxis“ machten, waren viel versprechend. Die teilnehmenden Ärzte reflektierten in der Gruppe Videomitschnitte aus ihrem Praxisalltag und konnten so erkennen, wo sie das Potential von Erzählungen ihrer Patienten bereits förderten, und wo sie die Chance noch nicht nutzten. Als förderlich für die hausärztliche Praxis (insbesondere in der Betreuung chronisch Kranker) erwies sich ein Bilanzierungsdialog als Gesprächstypus. In größeren Zeitabständen durchgeführt erlaubt er es Arzt und Patient gemeinsam, den zurückgelegten Weg zu reflektieren und sich über das weitere Vorgehen zu verständigen. Es kann damit einen wichtigen Beitrag zur immer wieder erneut auszuhandelnden Auftragsklärung leisten. Allerdings wurde auch deutlich, dass sich ein narrativer Ansatz nicht von heute auf morgen umsetzen lässt, sondern Zeit braucht, bis eine entsprechende Ausrichtung, in Fleisch und Blut übergeht [51].

Neben den analytischen Fähigkeiten braucht es zur Nutzung der Narration besonders der Fähigkeit zuhören zu können, um der impliziten Bedeutung von Erzählungen auf die Spur zu kommen. Diese Fähigkeit wirklich Zuzuhören geht über die Anwendung bestimmter Techniken hinaus. Es bedarf einer geistigen Haltung von „innerer Anteilnahme“ und einer allumfassenden Aufmerksamkeit [52].

Was ist eine Erzählung und welche Funktion hat sie?

Erzählungen sind eine Grundform, wie sich Menschen einander ihr Erleben mitteilen. Sie stellen aber auch eine Art Erkenntnisprozess dar, der im Alltag eine Re-Inszenierung von Geschehenem ermöglicht, jedoch nicht so wie es war, sondern wie es im Licht der jetzigen Situation gesehen wird. Das, was erlebt wurde, wird

selektiv und mit aktueller Bedeutungszuweisung erzählt: einzelne Aspekte einer Geschichte werden kausal zueinander in Beziehung gesetzt (weil, um zu ...), um die Sinnstruktur, Moral und Botschaft, die transportiert werden soll, deutlich zu machen [30, 53].

Solche Erzählungen entstehen auch in der ärztlichen Sprechstunde – zumindest wenn man dem Patienten dafür Zeit, Raum und eine entsprechende Atmosphäre gibt. Fünf Merkmale sind wichtig für die medizinische Praxis: Erzählungen

- 1) bestehen aus erkennbaren Phasen: Orientierung, Komplikation (etwa eine problematische oder außergewöhnliche Begegnung, der Teil der Geschichte, der sie erst erzählenswert macht), Evaluation und Koda [54],
- 2) sind auf einen bestimmten Zuhörer ausgerichtet und deshalb kontextabhängig,
- 3) sind Ausdruck der *individuellen Lebenswelt* und dessen was, ein Individuum erlebt und empfindet,
- 4) geben Interpretation und Sinnzuschreibung von Ereignissen durch die Erzählerin (durch Selektion, nicht zwingend notwendige Ergänzungen und kausale Verknüpfung des Inhalts),
- 5) sind vereinnahmend, wollen den Zuhörer in das damalige Erleben mit hinein nehmen, ermöglichen so die Erfahrung von *Durchleben* und nicht nur *Wissen darüber* [22].

Erzählungen als „Sprechakte“ folgen einem so genannten Gestaltschließungszwang, der besagt: es müssen zum Verständnis der Geschichte relevante Informationen übermittelt und die sozialen Regeln der Interaktion beachtet werden – einschließlich der, die Erzählung in einem angemessenen Zeitrahmen zu beenden [55]. Für Ärzte unter Zeitdruck, die befürchten von den Geschichten ihrer Patienten überwältigt zu werden, ist besonders wichtig zu wissen: Erzählungen von Patienten ufern nicht zwangsläufig aus [56]! Eine Studie zeigt, dass Patienten, die in einem Erstkontakt nicht unterbrochen werden, nach 92 Sekunden „spontaner Redezeit“ aufhörten, und den Arzt nach seiner Meinung fragten. Von 335 Patienten hätten nur sieben Patienten mehr als fünf Minuten gebraucht, – und das, obwohl die Kohorte der Studie viele Patienten aufwies, die als „schwierig“ galten und durch ihre komplexen Krankheitsgeschichten charakterisiert waren [57]. Eine Studie mit einem kleinen Sam-

ple (20 Patienten) aus dem hausärztlichen Bereich kommt auf im Schnitt 103 Sekunden spontane Redezeit der Patienten zu Beginn der Konsultation [58]. Für fast 80 Prozent der Patienten seien also zwei Minuten des Zuhörens ausreichend, das sollte auch in einer voll ausgelasteten Praxis unter Zeitdruck möglich sein, meinen Langewitz et al. [57]. Werden Patienten zu früh unterbrochen, gelingt es ihnen meist nicht mehr, ihren Faden wieder aufzunehmen. Für die Diagnose und Entscheidungsfindung wichtige Informationen gehen so verloren [59].

Narrative Medizin in der Praxis

Die heilsame Wirkung von Geschichten...

Geschichtenerzählen [57,60] und das Schreiben von Geschichten kann heilsam sein. Niedergeschriebene Geschichten eignen sich hervorragend, um eine Brücke zu bauen zwischen den Welten der Betroffenen, der Angehörigen sowie der Ärzte, Therapeuten und Pflegenden [61]. Mehrere Studien belegen die heilsame Wirkung des Schreibens [62, 63], und zwei klinische Studien weisen deutliche Veränderungen körperlicher Parameter nach (verbesserte Lungenfunktion bei Asthmapatienten, verringerte Krankheitsaktivität bei rheumatischer Arthritis, erhöhte Immunantwort bei Hepatitis B Impfung) [64].

...und ihre Umsetzung in der Praxis

Auch für den Arzt kann sich eine narrative Orientierung positiv auswirken: es erhöht seine berufliche Zufriedenheit und stärkt sein professionelles Selbstverständnis. Eine gute Gelegenheit, den Patienten im Kontext seiner sozialen Umgebung, die ihn zudem sicherer macht, erzählen zu lassen, bietet sich beim Hausbesuch. Wenn man einige Minuten mehr als sonst einplant, gibt dies dem Patienten Raum, in seiner individuellen Lebenswelt, im Kontext seiner vertrauten und Sicherheit gebenden Umgebung, seiner hier in Erinnerungstücken manifestierten Biografie und seiner familiären Beziehungen von Leiden und Sorgen zu sprechen. Für den „vereinnahmten“ Hausarzt wird die Narration durch den häuslichen

Kontext viel unmittelbarer nachfühlbar. Und oft findet der Erzählende in den vertrauten Räumen – bei allem Leid – auch im Sprechen unmittelbaren Zugang zu seinen salutogenen Ressourcen.

„Narratives Wissen“ als die menschliche Fähigkeit Sinn und Bedeutung von Geschichten zu verstehen ist zentral für die medizinische Praxis, so berichtet Charon [65]. Sie begann problematische Begegnungen mit ihren Patienten niederzuschreiben. Sie machte darüber die Erfahrung, dass ihr dadurch Wissen zugänglich wurde, das ihr ohne das Schreiben verwehrt war. Durch das Schreiben intensivierte sich ihre Beziehung zu den Patienten. Aber sie ging noch einen Schritt weiter: um sich zu versichern, ob sie richtig verstanden hatte, gab sie diese Geschichten ihren Patienten zu lesen. Zum einen bekam sie so Rückmeldung über medizinisch relevante Hinweise, die bisher nicht erzählt wurden, zum anderen vertiefte dies die Beziehung zu den Patienten noch weiter. Erzählungen können auf beiden Seiten einen therapeutischen und heilenden Effekt haben und helfen, unser menschliches Potential zu entwickeln [66].

Fazit

In der hausärztlichen Medizin wurden Ansätze der hier dargestellten narrativen Medizin immer schon verfolgt. Vielleicht tut sich mit ihr aber ein Weg auf, diese Ansätze weiter zu stärken und nach außen zu tragen. Ein narrativer Ansatz in der Medizin kann nur dann erfolgreich sein, wenn er letztlich einen positiven Effekt auf die tägliche ärztliche Praxis hat und keine zusätzliche Belastung ist. Die komplexen Krankheitsgeschichten, wie sie in Biographien veröffentlicht oder von Sozialwissenschaftlern aufgenommen werden, sind sinnvoll für Forschung und Ausbildung, in der ärztlichen Praxis jedoch in dieser Komplexität weder anwendbar noch notwendig [9]. Ein narrativer Ansatz in der täglichen Praxis besteht primär aus einer spezifischen Haltung gegenüber Patienten und ärztlichem Handeln, wie auch aus besonderen „narrativen Fähigkeiten“ wie Sensibilität für den Kontext von Krankheitserfahrung und einer patientenzentrierten Haltung, narrativen Kommunikationsformen, partnerschaftlichem Kontakt, Reflektieren und aktivem Zuhören [67].

Für die tägliche Praxis des Hausarztes ist die Balance zwischen herkömmlicher Aufnahme einer Krankengeschichte und Sensibilisierung für narrative, lebensweltliche Aspekte wichtig: Eine der schwierigsten Aufgaben in der Medizin sei es, jede Konsultation so zu führen, dass sie kontinuierlich sowohl den narrativen wie auch den normativen Anforderungen gerecht werde, so Launer [40]. Es braucht Zeit und Anstrengung, um die notwendigen Veränderungen in die Praxis umzusetzen. Zu Beginn kann der Weg in die narrative Medizin durch eine Phase der Destabilisierung und Zweifeln am bisherigen Ansatz medizinischer Praxis führen, auch dazu von ihr mitgerissen zu werden. Die größte Herausforderung am narrativen Ansatz sei zu wissen, wann man aufhören muss. Krankheit, Behinderung und Tod sind nicht nur Geschichten, sondern auch Fakten. Erzählungen sind nicht alles was zählt in der Medizin: auf keinen Fall sind sie dazu gedacht, medizinisches Wissen zu entwerfen. Ebenso gibt es auch Patienten, die kein Interesse daran haben ihre Geschichte zu erzählen oder ihre innersten Gefühle zu offenbaren, wie auch Themen in Konsultationen, die nicht nach einer narrativen Erforschung verlangen [40]. Insofern ist die narrative Medizin nicht ein grundsätzlich anderes Handlungsmodell für das tägliche Arbeiten in der Praxis, sondern eine Ergänzung, die allerdings ein Nachdenken über die eigene Haltung, die eigene Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung und die eigenen Kommunikationsmuster voraussetzt. Erzählungen sind neben ihrem erkenntnistheoretischen Gewinn auch ein Weg, die medizinische Welt und alltägliche Praxis menschlicher und lebenswerter zu gestalten.

Interessenskonflikte: Keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Universität Witten/
Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
E-Mail: Vera.Kalitzkus@uni-wh.de



Literaturverzeichnis

1. Hogart S, Marks L. The golden narrative in British medicine. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg) *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 1998, 140–148
2. Morris D B. How to Speak Postmodern. *Medicine, Illness, and Cultural Change*. Hastings Center Report 2000; Nov/Dec 7–16. S.8, 15
3. Lurija A R. *Romantische Wissenschaft. Forschungen im Grenzbezirk von Seele und Gehirn*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1993
4. Lurija A R. *Der Mann dessen Welt in Scherben ging. Zwei neurologische Geschichten*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1997
5. Sacks O. *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte*. Reinbek: Rowohlt, 1987
6. Sacks O. *Eine Anthropologin auf dem Mars*. Reinbek: Rowohlt, 1995
7. Shem, Samuel. *Psychiatry and Literature: a relational perspective*. *Literature and Medicine* 1991, 10: 42–65
8. Vgl. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin: Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Huber, 2005
9. Launer J. *Narrative Based Primary Care: A Practical Guide*. Radcliffe Medical Press, 2002
10. Konitzer M, Doering T J, Fischer G C. *Patientenhistorie – Narrative based medicine: Neuorientierung qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin? Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven*. *Z Allg Med* 2002; 78:565–570
11. Konitzer M. *Narrative based Medicine. Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin? Sozialer Sinn* 2005; 1: 111–129
12. Greenhalgh T. *How to Read a Paper: The Basics of Evidence Based Medicine*. London: BMJ Books, 1997
13. Greenhalgh T. *Narrative based medicine in an evidence based world* In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg) *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 1998: 247–265 [dtsh. Übersetzung: 2005]
14. Charon R, Whyer P. *The art of medicine. Narrative evidence based medicine*. *The Lancet* 2008, 371: 296–297
15. Rimpau W, Hrg. *Von Weizsäcker. Ein Lesebuch*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2008
16. Uexküll Th. v. *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Reinbek: Rowohlt, 1963
17. Uexküll Th. v. (Hrsg). *Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. 6. neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer, 2003
18. Rogers C R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt, Fischer, 1995
19. Balint M, Balint, E. *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Bern-Stuttgart: Klett, 1961
20. Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980 [1950]
21. Stewart M et al. *Patient-Centered Medicine – Transforming the Clinical Method*. 2nd edition. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003
22. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Why study narrative?* In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg) *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 1998: 3–16 (zit S. 14)
23. Kreher S, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wollny A. *Hausärztliche Krankheitskonzepte*. Bern: Hans Huber, 2009
24. Montgomery Hunter K. *Doctors' Stories: the Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton: Princeton University Press, 1991. S. 46f; s.a. Konitzer [11] S. 115
25. Matthiessen PF. *Ärztliche Praxis und wissenschaftlicher Status der Medizin. Forschende Komplementärmedizin* 2006; 13: 136–139 (zit. S. 138)
26. www.degam.de/fachdefinition.html, acc. 22.12.2008
27. Helman CG. *Disease versus illness in general practice*. *J Royal Coll Gen Pract* 1981; 31: 548–52
28. Kleinman A. *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. In: Currer C, Stacey M, Hrg. *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Leamington Spa: Berg; 1986: 29–47 (zit S. 38 ff)
29. Zimmer M. *Tinnitus – Leiden als Chance*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2007. S. 53
30. Lucius-Hoene G. *Narrative Medizin. Die besondere Rolle des Erzählens und Zuhörens*. *Berliner Ärzte* 2006; 43(2): 14–18 (zit S. 17)
31. Lucius-Hoene G. *Krankheitserzählungen und die narrative Medizin*. *Rehabilitation* 2008; 47: 90–97 (zit. S. 93)
32. Frank A W. *Mit dem Willen des Körpers. Krankheit als existenzielle Erfahrung*. Hamburg: Hoffmann und Campe, 1991 (zit. S. 94f)
33. Z.B. Ripke T. *Der kranke Arzt. Chance zum besseren Verständnis des Patienten*. *Deutsches Ärzteblatt* 2000; 97, Heft 5: A-237-A-240
34. Rosenbaum E E. *Der Doktor: ein Arzt wird Patient*. Zürich: Kreuz-Verlag, 1992
35. Vgl. Zimmer [28] S. 58.
36. Ripke [33] S. A-238
37. DasGupta S, Charon R. *Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy*. *Academic Medicine* 2004; 79: 351–356 zit. S. 355)
38. Bolton G. *Reflective Practice: Writing and Professional Development*. London: Chapman, 2001
39. Matthiessen P F. *Befund und Befinden in ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie*. *Themen* 2, 1984: 8–11
40. Launer J. *New stories for old: narrative-based primary care in Great Britain*. *Families, Systems, & Health* 2006; 3: 336–344
41. Siehe bspw. Morris D B. *Krankheit und Kultur: Plädoyer für ein neues Körperverständnis*. München: Kunstmann, 2000
42. Le Breton D. *Schmerz: eine Kulturgeschichte*. Zürich: Diaphanes, 2003
43. Duden B. *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1987
44. Stolberg M. *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Köln, Weimar: Böhlau, 2003
45. Mattingly C, Garro L C (Hrsg). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press, 2000
46. Etwa Hunt L M. *Strategic suffering: illness narratives ass social empowerment among Mexican cancer patients*. In: Mattingly C, Garro L C (Hrsg). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press, 2000: 88–107
47. Garro L C. *Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through accounts of illness*. In: Cheryl Mattingly C, Garro L C (Hrsg). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press, 2000: 70–87
48. Berger J, Mohr J. *Geschichte eines Landarztes*. Frankfurt am Main, Wien: Büchergilde Gutenberg, 1999
49. Brody H. *Foreword*. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg) *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 1998 (zit. xiii-xv)
50. Charon R. *What to do with stories. The science of narrative medicine*. *Canadian Family Physician*, *Le Médecin de famille canadien* 2007; 53: 1265–1267
51. Bahrs O, Matthiessen PF. *Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chance einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Hans Huber, 2007
52. Charon R. *Narrative Medicine: Attention, representation, affiliation*. *Narrative* 2005; 13: 261–270
53. s.auch: Rabin St, Maoz B, and Matalon A. *Narratives and Medicine*. *Balint Journal* 2004; 5: 18–23
54. In Anlehnung an: Labov W, Waletzky J.

- Mündliche Versionen persönlicher Erfahrung. In: Ihwe J (Hrsg). *Literaturwissenschaft und Linguistik. Eine Auswahl Texte zur Theorie der Literaturwissenschaft*. Frankfurt/M: Athenäum Fischer 1973, Band 2
55. Kallmeyer F, Schütze F. Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner D (Hrsg). *Gesprächsanalysen*. Hamburg: 1977
 56. Vgl. auch Schwantes U. „Erzählen Sie doch bitte...“. *Berliner Ärzte*; 2006, 43(2), 19–21
 57. Langewitz W et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *British Medical Journal* 2002; 325: 682–683
 58. Stunder W A. Spontane Redezeit von Patienten zu Beginn der Konsultation in einer Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2004; 80:49–52
 59. Lalouschek J. *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995
 60. Zippel Ch. *Das Gespräch – ein unterschätztes Therapiemittel im Alter*. *Berliner Ärzte*; 2006, 43(2): 22–24
 61. Bolton, G. *Stories of dying: therapeutic writing in hospice care*. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg) *Narrative based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books, 1998: 45–54
 62. Vgl. Sakalys, Jurate A. Restoring the patient's voice: The therapeutics of illness narratives. *Journal of Holistic Nursing*; 2003, 21: 228–241
 63. Conolly Baker K, Mazza N. The healing power of writing: applying the expressive/creative component of poetry therapy. *Journal of poetry therapy* 2004; 17: 141–154
 64. Hatem D, Rider E A. Sharing stories: narrative medicine in an evidence based world. *Patient, Education and Counseling* 2004; 54: 251–253
 65. Charon R. Narrative Medicine: Form, function, and ethic. *Annals of Internal Medicine*, 2 Jan 2001; 134:83–87.
 66. Frank A W. Acts of witness: forms of engagement in illness. Presentation at narrative based medicine conference, 3 September, Cambridge, UK. Cited acc. to Launer J. *Narrative based primary care: a practical guide*. Oxford, Radcliffe Medical Press: 2002; S. 1.
 67. Launer [9], S. 39–41.