

**Narrative Medizin – Geschichten erzählen**

PrimaryCare will die narrative Medizin, welche die Komplexität der Hausarztmedizin ausgezeichnet darstellen kann, fördern. Wir haben schon früher darüber berichtet (PrimaryCare 2003; S. 237–238 und S. 311).

Der Artikel «... willst du meine Geschichte hören?» von Michael Deppeler, ist eine interessante Einführung in die Theorie der narrativen Medizin. In den folgenden Ausgaben von

PrimaryCare wird der Autor einige gemeinsam mit Patienten erlebte Geschichten aus seiner Hausarztpraxis erzählen, welche das theoretisch Geschriebene auf den Boden des praktischen Alltagslebens stellen werden.

PrimaryCare freut sich auch auf Eure Geschichten.

*Die Redaktion*

## Willst du meine Geschichte hören?<sup>1</sup>

Gedanken über die Bedeutung und den Wert von persönlichen Geschichten in der Sprechstunde – Geschichten als bedeutende Trägerinnen des Eigenen, Botschafterinnen von Vergangenem, Gegenwärtigem und Zukünftigem, Erlebtem, Erwartetem und Erhofftem an der Grenze zwischen dem Ich und dem Du, zwischen Arzt und Patient.

Des réflexions sur le sens et l'importance des récits du parcours personnel dans la consultation l'histoire du patient est le support essentiel de sa personnalité, le messenger de son passé, de son présent et de son avenir, de son vécu, de ses attentes et ses espoirs, en suspens entre le moi et le toi, entre médecin et consultant.

*Michael Deppeler*

<sup>1</sup> Dieser Artikel wurde inspiriert durch die äusserst lesenswerte Praxis-Ausgabe zum 25-Jahre-Jubiläum des Spital Bern Ziegler Geriatrie.

Dr. med. Michael Deppeler  
Hausarzt und Mitglied der FIAM Bern  
Kirchindachstrasse 7  
CH-3052 Zollikofen  
dch@hausarzt-bern.ch

### Zuhören

*«... the doctor's role is to parent rarely, fix sometimes, translate often and listen always ...»*

Diese Worte stammen von Sir Wiliam Osler, einer der ganz grossen Persönlichkeiten der Medizin. Als Naturwissenschaftler hat er es offensichtlich geschafft, den Menschen als Ganzes im Auge – und im Ohr – zu behalten. Wir hören also immer zu – tun wir es auch wirklich?

Dazu ein weiteres Zitat. R. M. Rilke, der grossartige Dichter und Geschichtenerzähler, schrieb:

*O Herr, gib jedem seinen eignen Tod  
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,  
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.*

### Das Eigene

Wichtig scheint mir beim Zuhören von Geschichten die Betonung des Eigenen – nicht nur im Sterben, vor allem auch im Leben, gerade auch in der Beziehung zu unseren Patienten.

Wir erkennen in den Geschichten die komplexen, komplementären Innen-/ausser-Beziehungen, welchen wir gerade im medizinischen Handeln in ganz besonderer Weise begegnen. Sie führen uns häufig in Grenzbeiriche zwischen Innen und Ausser des Patienten.

Genauso führen sie uns aber auch an die Grenze zwischen dem Du und dem Ich einer Arzt-Patienten-Beziehung. Auch wenn wir uns noch so behutsam (empathisch) dem Du annähern möchten, bewegen wir uns letztlich immer auf einer ganz schmalen und hauchdünnen Linie, wo Berührungen (berührt sein und werden) nicht nur zu Grenzüberschreitungen führen können, sondern wo auch übergreifendes, sogar übergreifendes Handeln geschieht – häufig ungewollt und unbewusst.

Eine von uns Ärzten gewünschte und gewollte Veränderung greift immer in das «Eigene» des anderen ein. Da dies eine unserer Hauptaufgaben ist, geht es auch nicht darum, dies zu vermeiden. Die Frage stellt sich vielmehr: Wie geschehen solche Annäherungen,

Eingriffe – und was muss ich tun bzw. darf ich nicht tun, damit Übertretungen, Übergriffe oder gar schwerwiegende Verletzungen nicht passieren.

### **Das Story-Konzept – eine dialogische Medizin**

Eine mögliche Antwort auf diese Fragen finden wir im Story-Konzept von D. Ritschl. Der emeritierte Professor für systematische Theologie und Medizinethik, praktizierender Psychotherapeut, entwickelt darin die Grundzüge einer dialogischen Medizin. Dabei rücken bei ihm die «erzählbaren» Geschichten ins Zentrum – die Story.

Die Story ist so etwas wie der gemeinsame Nenner aller Menschen. Jede Patientin, jeder Arzt, jede Gruppe, auch die Menschheit hat ihre bzw. seine Geschichte. Wir lernen ein neues «Menschenbild» kennen. Gut bekannt und vertraut ist uns der «Mensch als Maschine» mit ihrer organzentrierten Sichtweise, wo Krankheit primär als Defekt gesehen wird, um repariert zu werden (to fix). «Der Mensch als Erzähler» (to listen and to translate) wird nun danebengestellt. Bisher kannten wir dieses Modell vorwiegend aus der Psychoanalyse. Ritschl erweitert es auf die gesamte Medizin. Seine Kernthese lautet: Geschichten stiften Identität. Jeder von uns hat seine «Story», jeder ist seine «Story».

Wenn ich Sie nun fragen würde: «Was sind Sie für ein Arzt?» – Wie würden Sie antworten?

Sie würden mir wahrscheinlich eine Geschichte erzählen, ihre Geschichte, wie, wodurch und warum sie Arzt geworden sind und was sie als Arzt tun. Dabei würden sie nicht nur Biographisches berichten, sondern Vergangenes mit Gegenwärtigem und sogar Zukünftigem vermischen, denn die momentane Auswahl ihrer Erinnerungen ist geprägt von ihren zukünftigen Plänen, Wünschen, Hoffnungen und Zielen. Erfahrung und Erwartung fallen so in der Gegenwart zusammen.

### **In der Mitte sein**

Ritschl betont in seinem Konzept: die Korrespondenz von Eingedenken, was geschehen ist – die Retentio – und Aussein auf das, was noch bevorsteht und möglich ist – die biographieprägte Intentio. In «seiner Mitte»

zu sein, bedeutet demnach nichts anderes, als in der Mitte «seiner Story» zu sein, und im Gespräch mit dem Patienten meint, gegenwärtig und präsent zu sein, «sich in dessen Story wiederfinden wie auf einer Reise in einem fremden Land, wo wir eine neue Sprache finden müssen und uns den neuen Lebensumständen anpassen sollten ...»

Geschichten versus Geschichte: Anders als im Deutschen kennt das Englisch eine eindeutige Unterscheidung zwischen «history» und «story». History meint Geschichte als einen gerichteten Zeitstrahl, wo jeder neue Augenblick chronologisch, perlschnurartig, aneinandergelagert wird. Es ist ein lineares Geschehen. «Geschichten» (stories) sind wie wandernde Punkte zwischen Geburt und Sterben, wo die Gegenwart sich ständig verändert. Diese Mitte kann in die Vergangenheit oder auch in die Zukunft verschoben werden, je nachdem, was mich gerade berührt: Ich kann von einem frühen, dramatischen Erlebnis erzählen oder von meinen Befürchtungen über ein kommendes Ereignis. Immer fühle ich mich in meiner individuellen Gegenwart, von wo aus sich sowohl Vergangenheit und Zukunft anders zeigen. Es ist immer ein Prozess, manchmal kreisförmig, dann wieder chaotisch. Im Zuhören gelingt es mit der Zeit, die Geschichten als Ganzes besser zu integrieren und den Menschen in seinem Wesen darin besser zu verstehen.

### **Die Story als Tor in die Welt des Kranken**

Wir wissen alle, dass der Kranke mehr ist als die Krankheit bzw. sein krankes Organ, das ihn zum Patienten macht. Der Zustand ist für ihn bedrohlich und immer die Mitte der Story.

So geht es in der Begegnung zwischen dem Arzt und dem Kranken um weit mehr als um die äusseren Daten einer noch so guten Anamnese; es geht auch um die subjektiv gedeutete, oft symbolisch verschlüsselte und nur begrenzt sprachlich mitteilbare Sicht einer individuellen Wirklichkeit inmitten anderer Welten voller Lebenserfahrungen und Lebensentwürfe. Dabei ist die ärztliche Aufgabe mit der Suche nach der objektiven Wahrheit noch nicht erfüllt, sondern es bedarf der Integration der einzigartigen Geschichte des Patienten so wie er «seine Story»

erlebt und was er subjektiv daraus macht. Der Patient schafft damit immer wieder an seiner Wirklichkeit und verändert sich diese fortwährend. Medizinisches Handeln ist demnach neben Lindern und Heilen auch immer wieder Mitgestaltung von zukünftigen Lebensgeschichten!

### **Die Geschichte des Arztes und des Patienten**

Wir benötigen bei dieser unserer ärztlichen Tätigkeit nicht nur einen eigenen klaren ethischen Boden, den wir in der eigenen Geschichte finden und immer wieder erarbeiten müssen, sondern auch eine Vision der Gesamtstory eines Menschen oder einer Gruppe. Selbstverständlich deckt sich diese Vision nicht mit unseren eigenen Vorstellungen ...

Gerade wenn sich eine «Patientengeschichte» absolut nicht an unsere Wertmassstäbe oder an EBM halten will, geraten wir in innere Gewissenskonflikte.

Es ist wichtig, anzuerkennen, dass es unüberschreitbare Grenzen gibt. Grenzen zwischen dem eigenen Selbst und dem Eigenen des Anderen. Ritschl nennt dies die Nicht-

erzählbarkeit der Gesamt-Story. Ein anderer kann wohl in meine Fussstapfen treten, nicht aber meine Geschichte weiterschreiben.

Trotzdem helfen Geschichten immer wieder, sich dem Gegenüber anzunähern. Dabei geschieht idealerweise folgendes Phänomen, welches das gegenseitige Verständnis verbessern hilft: «Den Arzt im Patienten wecken und gleichzeitig den Patienten in mir (dem Arzt).»

Damit würde wohl auch die Compliance verbessert, mehr als 50% der abgegebenen Medikamente geschluckt. Vielleicht würden aber auch 50% weniger Medikamente abgegeben werden ...?

Vergessen wir nicht: In unserer Praxis verbinden sich zwei Wirklichkeiten, unsere eigene und die der Patienten – letztlich sind es auch zwei Netzwerke, die sich in der Praxis zu verknüpfen beginnen. Der Kern ist und bleibt dabei die Arzt-Patienten-Beziehung. Nirgendwo anders erleben wir Kranksein und Gesundwerden näher und intimer als in der Beziehung.

Daran können Tarmed, Kontrahierungszwang und welche böse Welten uns auch alle bedrohen, nichts ändern. Allerdings beeinflussen sie uns und alle Welten ...