



André Dahinden

Narrative-based Medicine – zwei Dutzend Edelsteine

Wie Edelsteine glänzen für mich die 24 Kapitel in diesem Buch, an dem 26 Autoren mitgewirkt haben. Innert weniger Tage habe ich es richtiggehend verschlungen. Die Lektüre hat mich sehr berührt und fasziniert. Viele Gedanken im Buch spiegeln unseren hausärztlichen Alltag wider, doch so klar formuliert habe ich sie noch selten gelesen. Dazwischen tauchen immer wieder ganz neue, unbekannte Welten auf: So werde ich jetzt evaluieren, ob ich auf meine alten Tage nicht doch noch zur elektronischen Krankengeschichte wechseln soll, damit, sollte mein Gedächtnis einmal schwinden, möglichst wenige Informationen verlorengehen. An die Gefahr des «Geschichtenverlustes» hatte ich bis anhin noch gar nicht gedacht. Am Ende der Lektüre war ich «überechtigt» und hatte das Bedürfnis, andere am Glanz dieser Edelsteine teilhaben zu lassen. So habe ich mich also hingesezt und ein paar der unterwegs aufgelesenen Gemmen (Zitate) aus verschiedenen Kapiteln für Sie zusammengestellt:

Was geht uns Narration an?

«Dass vor allem sprachliche, empathische und interpretative Fertigkeiten im Medizinstudium schonungslos durch Fähigkeiten verdrängt werden, die als «wissenschaftlich» und messbar gelten, dabei aber unvermeidlich reduktionistisch sind, ist alles andere als ein Erfolgsmerkmal des modernen medizinischen Curriculums.»

Trisha Greenhalgh und Brian Hurwitz

Leben durch Worte

«Krankheitsgeschichten sind bemerkenswert, denn meist sind sie anders als die Geschichten über unser sonstiges Leben. Aber in den Geschichten geht es nicht nur um Krankheiten oder Patienten. [...] Menschen [leben] in gesellschaftlich konstruierten Geschichten, verkörpern sie und können nicht aus ihnen herausgelöst werden: das heisst, Sie und ich wären ganz andere Menschen, wenn wir in einer anderen Kultur oder in einer anderen Zeit aufgewachsen wären.»

Anna Donald

Geschichten vom Sterben: therapeutisches Schreiben im Hospiz

«Schreiben stellt anscheinend eine therapeutisch wirksame Möglichkeit dar, Menschen, die am Ende ihres Lebens stehen, zu ermutigen, ihre Gefühle nicht zu verdrängen, sondern sie zum Ausdruck

zu bringen. Seine persönliche Geschichte zu erzählen, kann ein starkes Mittel der Kommunikation und Verständigung zwischen Mitpatienten, Ärzten, Angehörigen und Freunden sein.»

Gillie Bolton

Schmerzgeschichten

«Der Arzt muss die Krankengeschichte annehmen, nicht erheben.»

Sir Richard Bayliss

Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis

«Gemeinsame Geschichten [zwischen Arzt und Patient] schaffen starke Bindungen, die das Vertrauen aktiv fördern und eine wirksame medizinische Betreuung ermöglichen. Allerdings können sie auch erstarren, kodifiziert werden und zu gefährlichen Voraussetzungen und Selbstgefälligkeit führen, die den Arzt für relevante Veränderungen im mentalen oder körperlichen Zustand seines Patienten blind machen. Und wie stark das Band ihrer gemeinsamen Geschichten auch sein mag, so sollten Ärzte doch stets bemüht sein, ihre Patienten immer wieder von Neuem anzusehen und anzuhören, und vielleicht dem Beispiel von Isaiah Berlin folgen:

Mich interessiert vor allem, was falsch ist an den Ideen, an die ich glaube – warum es richtig ist, sie zu modifizieren oder aufzugeben. [...]

Kranksein ist das, was der Patient auf dem Weg zum Arzt empfindet, und Krankheit ist das, was er auf dem Nachhauseweg hat. [...]

Eine zu starre Geschichte verringert die Chance, traumatische Erfahrungen zu bewältigen. Manchmal gelingt es dem Arzt, seinem Patienten eine andere Geschichte anzubieten, die ihm vielleicht den Weg nach vorn weist. Auch wenn der Patient sich schon mit der Rolle des tragischen Opfers abgefunden haben mag, ist er viel-

Greenhalgh T, Hurwitz B, Herausgeber.

**Narrative-based Medicine –
Sprechende Medizin.**

**Dialog und Diskurs im klinischen
Alltag.**

Aus dem Englischen von Karin Beifuss.

Bern: Verlag Hans Huber; 2005.

Fr. 52.50 / 29.95

ISBN 978-3-456-84110-6

leicht doch noch in der Lage, diese Rolle gegen die eines mutigen Überlebenden zu tauschen, die ihm sehr viel mehr Raum für neue Selbstbestimmung, Würde und Selbstachtung lässt. [...]

Der zunehmende Zeitdruck beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit der Hausarztpraxis mit potenziell katastrophalen Folgen:

Wenn wir Konsultationen nicht als den Ort verstehen, wo eminent wichtige Entscheidungen getroffen werden, die über die weitere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bestimmen, dann wird die Kosteneffektivität [...] im Sinne eines gesundheitlichen Nettogewinns abnehmen [...]. Es dürfen keine falschen Anreize für Zeiteinsparungen durch unbedachte Somatisierungen, Verschreibungen oder Überweisungen geschaffen werden, und dem Arzt muss eine geschützte Zeit eingeräumt werden, in der er die Fähigkeiten des Patienten als einem Produzenten und nicht bloß Konsumenten [des Gesundheitssystems] fördern kann.»

Iona Heath

Narration und psychiatrische Erkrankungen in der Primärversorgung

«Und doch ist eine Diagnose in Wirklichkeit nicht mehr als ein sprachliches Konstrukt, das sich an den Erfordernissen eines einzelnen Fachgebietes orientiert und die Ansprüche anderer Gebiete nur unvollkommen oder überhaupt nicht erfüllt. Umsichtig angewandt kann eine Diagnose eine nützliche Konvention sein, die dem Arzt hilft, seinem Patienten zu helfen. Gedankenlos angewandt kann sie zu einem Instrument werden, mit dem der Arzt sich gegen seine eigenen Bedenken schützt. Sie führt möglicherweise auch zu Unachtsamkeit gegenüber den Teilen der Patientengeschichte, die beim Arzt eine kognitive Dissonanz hervorrufen. [...]

Und Ärzte, die im Schnittfeld zwischen der Welt der Geschichten und der Welt der Kategorisierung stehen, zwischen ihrer hermeneutischen Rolle und der [...] ICD-10, haben vielleicht zu Recht das Gefühl, dass ihre Position so nicht haltbar ist.»

John Launer

Sirenen, herrenlose Hunde und die Geschichte von Hilda Thomson

«Diese Art Medizin verlangt vom Arzt nicht nur Kenntnisse der Sprache und der Grammatik von Krankheiten, sondern auch der menschlichen Mythologie – einer Mythologie, die bis tief in die Ursprünge der Gattung Mensch, der ethnischen Gruppe und der Gesellschaft hinunterreicht. Außerdem verlangt sie dem Arzt die Fähigkeit ab, sich mit den Vieldeutigkeiten und Widersprüchen sowohl der Erfahrung seines Patienten als auch seiner eigenen Reaktionen darauf auseinandersetzen zu können. Und genau in diesem Sinne bilden diese unvereinbaren und ungeordneten Vorstellungen eine Taxonomie der menschlichen Gesundheit. Und noch immer [...] bleibt es die Aufgabe der akademischen Allgemeinmedizin, eine solche Taxonomie zu entdecken, zu erschaffen und umzusetzen und damit die Hauptaufgabe des Arztes zu verfolgen

– nämlich mit dem Patienten zu einem Einvernehmen darüber zu gelangen, «was ihm fehlt» und «was getan werden muss.»

Marshall Marinker

Krankenpflege, Narration und moralische Vorstellungskraft

«Die Qualität der medizinischen Versorgung, die der Patient vom Arzt erhält, hängt nicht nur von den technischen und klinischen Fertigkeiten des Arztes ab, sondern neben seiner Fähigkeit zuzuhören und sich mitteilen zu können auch von seinem Rollenverständnis und der Qualität seiner moralischen Strategien. Eine aktive moralische Vorstellungskraft entscheidet daher über die Art der Versorgung, die der Patient von seinem behandelnden Arzt erwarten kann.»

P. Anne Scott

Geschichten, die wir hören und erzählen – Gesprächsanalyse in der Arztpraxis

«Immer mehr Studien zeigen, dass die «Wahrnehmungen» der Patienten über das, was sich während der Konsultation ereignet, wahrscheinlich zuverlässiger sind als auf Kodierungsstrukturen beruhende Messparameter und dass das «Entdecken einer gemeinsamen Grundlage» eher ein *wahrgenommenes* Ereignis ist als ein quantifizierbares Ergebnis. Daher brauchen wir in diesem Bereich Methoden, mit denen wir den Subtext, den sogenannten «weißen Raum» der Gedanken, Meinungsverschiedenheiten, Kummer und Unentschlossenheiten kennzeichnen, sichtbar machen können. Die Belege dafür, dass die «Beteiligung» der Patienten an Entscheidungen die spätere Inanspruchnahme von Labor- und Überweisungsleistungen signifikant vermindert, lassen darauf schließen, welche Rolle dieser entscheidende, aber nahezu vernachlässigte Aspekt der Arzt-Patienten-Interaktion bei der Nutzung gesundheitlicher Ressourcen spielt.»

Glyn Elwyn und Richard Gwyn

Elektronische Krankenakte und «Geschichtenkram»

«[...] doch zeigt die Besprechung der oben vorgestellten Technologien zur Erstellung von Krankenakten, dass wir eher am Anfang denn am Ende des technologischen Weges stehen. Noch sind wir zwar weit von der Informationsfülle entfernt, die uns die Papierversion der Krankenakte bietet, doch können wir bereits jetzt von den neuen Technologien profitieren.»

Steve Kay und Ian Purves

Narration und Ethik in der Medizin

«Idealerweise erkennt die narrative Ethik den Primat der Patientengeschichte an, ermutigt aber dazu, mehrere Stimmen zu hören

und auch die Geschichten derer vorzutragen, deren Leben ebenfalls von der Lösung des fraglichen Falls betroffen ist. So können alle, der Patient, der Arzt, die Familie, die Pflegenden, die Freundin und der Sozialarbeiter, ihre Geschichten austauschen.»

Anne Hudson Jones

Sprechende Medizin in einer evidenzbasierten Welt

«Unzutreffende Konkretheit ist auch eine passende Beschreibung für die Unstimmigkeiten, die auftreten, wenn wir versuchen, wissenschaftliche Evidenz in der klinischen Praxis anzuwenden. Als Grund dafür, warum die medizinische Praxis keine Wissenschaft ist, nennt Hunter das Fehlen von Regeln in der Medizin, die sich generell und bedingungslos auf jeden Fall, auch auf jeden Fall einer einzelnen Erkrankung, anwenden lassen. (Gestützt wird diese Auffassung auch von Tudor Harts Beobachtung, dass nur 10% der Patienten in der Primärversorgung an der Art isolierter und unkomplizierter Hypertonie leiden, die sich durch Befolgung einer evidenzbasierten Standardleitlinie behandeln lässt.) [...] Wenn wir das

interpretative Wesen des klinischen Verständnisses anerkennen, müssen wir die Vorstellung von einer «reinen Objektivität» aufgeben, denn die bloße Existenz interpretativer Möglichkeiten impliziert Subjektivität, Ambiguität und Raum für Meinungsverschiedenheiten. Die persönlichen und subjektiven Aspekte des ärztlichen Urteilsvermögens anzuerkennen, ist dabei aber nicht gleichbedeutend mit relativistischer Anarchie, denn mit Sicherheit sind nicht alle Interpretationen einer klinischen Situation gleichermaßen glaubwürdig. [...]

Es ist gerade das unwiderruflich fallorientierte (d.h. *narrative-based*) Wesen ärztlicher Klugheit, das uns zur Kontextualisierung und Individualisierung eines vor uns liegenden Problems befähigt.»

Trisha Greenhalgh

Dr. med. André Dahinden
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 1a, rue du Tempé
 2520 La Neuveville
 andre.dahinden@hin.ch

DIE VEREINSAMTE

sie sass erschöpft und ratlos da
 und zappte durch das Hoffnungslose
 versank in Rauch und Überdross
 in leeren Plistern, Bierblechdosen
 stets auf der Flucht vor ihren Ängsten
 hat sie ihr Selbst gar nie gekannt
 sie hat sich andern abgebettelt
 und keiner zeigte ihr ihr Land
 fast war sie froh, als man sie fand
 und über ihre Mauern hob
 zurück vielleicht zu ihrer Scham
 vielleicht sogar zu ihrer Not
 doch jenseits ihrer Selbsterstörung
 war nur korrekter Fachverstand
 kein aus dem Tod Zurückgekehrter
 der nichts hat als die wissende Hand

Thomas Schweizer