

Departement für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

G. Stüssi, F. Salomon

Brauchen Ärztinnen und Ärzte belletristische Literatur?

Dialog zwischen einem Enthusiasten und einem Skeptiker

Prolog

Die trockene, angeblich jegliche Subjektivität vermeidende Sprache medizinischer Publikationen der letzten Jahrzehnte ist die ideale Form, um Resultate kontrollierter klinischer Studien niederzuschreiben [1]. Hingegen hat sich das narrativ-anekdotesche Verfahren zur Gewinnung von gesichertem und generalisierbarem medizinischem Wissen als weitgehend untauglich erwiesen. Die systematische Erforschung vieler Erkrankungen hat die Diskussion um Diagnostik und Therapie den Klauen der dogmatischen Verkündigung grauer Eminenzen entzogen. Dieser Wechsel von «eminence based medicine» zur «medicine based on evidence» ist ohne Zweifel wohlthuend [2]. Wegen der enormen Vorteile einer Medizin, die auf gesichertem Wissen basiert, hat man jedoch die Bedeutung der narrativen Aspekte in der direkten Betreuungsqualität unterschätzt. Um Informationen aus randomisierten Studien auf den Einzelfall anwenden zu können, sind soziale und emotionale Kompetenzen aber ebenso gefragt. Diese erlernt man nicht, indem man Publikationen von Studien liest, sondern unter anderem durch die Erfahrung aus Patientengeschichten und medizinischen Anekdoten [3]. Die Aufgabe des Arztes* besteht darin, die Geschichte der Patienten immer wieder mit dem abstrakten Wissen aus Studien zu vergleichen, um

damit eine auf Evidenz basierende Diagnostik und Therapie zu ermöglichen. Dieser narrative Aspekt in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen ist vernachlässigt worden. In den letzten Jahren hat vor allem in den angelsächsischen Ländern eine systematischere Erforschung dieser Aspekte stattgefunden [4,5].

In einem Dialog zwischen einem Enthusiasten (E) und einem Skeptiker (S) möchten wir im folgenden auf die Rolle von belletristischer Literatur in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten eingehen.

E: Unbestreitbar können geschriebene, aber auch gefilmte, fotografierte oder gezeichnete Geschichten unauslöschliche Erinnerungen erzeugen. Das Kunsthandwerk Medizin ist eng mit dem Erzählen von Geschichten verbunden. Wir hören die Geschichte vom Leiden eines Menschen und versuchen, daraus eine Geschichte zur Linderung oder zur Genesung zu machen. In unserer Ausbildung und im Alltag ist das Anhören einer Anamnese oft als reine Informationsbeschaffung gestaltet. Aber erst wenn wir bereit sind, eine Anamnese als Geschichte zu hören und zu erfassen, haben wir die Grundlage, die Geschichte der Linderung oder Genesung den Bedürfnissen der Patienten entsprechend zu gestalten.

S: Meiner Meinung nach ist es wichtig, eine Geschichte mit einem Patienten in Verbindung zu bringen. Eine Beschreibung führt niemals zu einer so lebhaften Vorstellung wie das Betrachten

eines Patienten und seiner Krankheitszeichen. Die Synthese zwischen Wort und Bild kann die Literatur nicht vollbringen, dies kann nur durch ein direktes Gespräch mit Patienten geschehen.

E: Es ist richtig, dass das direkte Gespräch mit Patienten nicht ersetzt werden kann. Aber literarisch verarbeitete Erlebnisse von Krankheiten geben uns oft unerwartete Einblicke in die subjektive Erfahrung des Krankseins, der Ängste und Befürchtungen der Patienten und der Auswirkungen auf die Umgebung. Solche Erzählungen können die Wahrnehmung für die subjektive Dimension des Krankseins eröffnen, erweitern und schärfen, die wir Ärzte vielleicht spüren, aber kaum prägnant formulieren können. Manchmal genügen sieben Zeilen, um uns die Bedeutung einer medizinischen Handlung vor Augen zu führen:

Stress-Echo-Untersuchung

«Wir werden Ihr Herz jetzt chemisch belasten. Das geschieht via Vene in mehreren Stufen. Sagen Sie uns, wenn es unangenehm wird» –
Was, denkst du, heisst hier «wird»?
Robert Gernhardt [6]

S: Gewiss, dies ist ein eindrückliches Beispiel. Aber führt dieser narrative Zugang nicht zu einer Psychologisierung, die uns wieder zu Krankheitsmodellen zurückwirft, die den Fortschritt in der Medizin behinderten und die Patienten mit unnötigen Schuldgefühlen belasteten. Lange Jahre wurden bei-

* Es wird im weiteren Text immer die maskuline Form verwendet. Selbstverständlich sind beide Geschlechter damit gemeint.

spielsweise Ulkus-Leidende als neurotische Personen mit unverarbeiteten Sorgen abgestempelt [7], und erst die Entdeckung von *Helicobacter pylori* als Hauptfaktor dieser Krankheit befreite die Patienten von solchen Vorwürfen. Aber auch dies wurde von Robert Gernhardt prägnanter formuliert.

Er ärgert sich beim Lesen eines Handbuchs

«Aus psychologischer Sicht ist die koronare Herzkrankheit oft auch Ausdruck für vorangegangene seelische Engpässe», schreibt Dipl. psych. Petra Heisterkamp, der ein intellektueller Bypass guttun würde.

Robert Gernhardt [6]

E: Ja, ja, aber die Kenntnis der psychischen Bedeutung eines Ereignisses ist nicht gleichzusetzen mit einer Psychologisierung. Es ist nicht zu bestreiten, dass Lesen eine der besten Schulen für das Verständnis psychologischer Phänomene ist. Das Wissen um die Bedeutung solcher Phänomene hilft im Umgang mit Patienten, da es ganz im Gegenteil vor einer voreiligen Psychologisierung schützt.

S: Ich stimme in diesem Punkt zu, es besteht dabei aber die Gefahr, dass man allzusehr durch das Erleben des Autors beeinflusst wird. Im medizinischen Alltag ist es wichtig, möglichst unabhängig von subjektiven Einflüssen zu entscheiden. Gerade dazu dient die das Subjektive vermeidende medizinische Literatur. Man soll als Arzt Empathie zeigen, um ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten aufzubauen, die Diagnose darf dadurch aber nicht beeinflusst werden. Die Kunst ist es, sowohl Empathie zu zeigen als auch Informationen zu sammeln. Medizinische Informationen zu sammeln ist lernbar. Kann man aber die Neugierde für eine Geschichte und empathisches Verhalten lernen?

E: Ich glaube, dass Empathie zumindest teilweise lernbar ist und dass Literatur eine exzellente Schule dafür ist. Es wird unter Ärzten immer Unterschiede bezüglich ihrer Fähigkeit zur Empathie geben, es sollte jedoch bei allen das Bewusstsein für diesen Problembereich vorhanden sein. Dass dies nicht automatisch der Fall ist, zeigt ein sehr eindrücklicher Bericht einer Internistin und Spezialistin für palliative Medizin, die selbst an Brustkrebs erkrankte. In ihrer 15-jährigen Karriere hielt sie unzählige Seminare zum Umgang mit Krebskranken. Trotzdem war sie völlig unvorbereitet auf ihre eigene Krankheit, was eigentlich verständlich ist. Das Unerwartete jedoch war, dass sie viele der Aussagen, die sie in den Jahren zuvor selber gemacht hatte, wie etwa «Machen sie sich keine Sorgen, die Haare werden nachwachsen» oder «Wir haben heute soviel bessere Möglichkeiten als früher», als völlig deplaziert und zynisch empfand. Sie hatte alle Information über Umstände und die zu erwartenden Reaktionen der Patienten, aber über die subjektive Sicht der Patienten hatte sie nie etwas erfahren [8]. Literarisch verarbeitete Krankheitserlebnisse schildern Krankheiten aus einem ganz anderen Blickwinkel und können dadurch zu ganz neuen Erkenntnissen führen. Zusätzlich kann durch Literatur auch die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden wie auch die Fähigkeit, komplexe Patientengeschichten zu erfassen und verstehen.

S: Auch bei dieser Behauptung habe ich meine Zweifel. Eine Untersuchung der Kommunikationsfähigkeit von Medizinstudenten zeigte zwar, dass zwischen der Anzahl von Ethikvorlesungen und der Fähigkeit, mit Patienten zu sprechen, eine direkte Korrelation besteht. Allerdings fand sich ebenfalls eine direkte Korrelation zwischen der Anzahl von wissenschaftlichen Vorlesungen und der Kommunikationsfähigkeit [9]. Es kommt also nicht so sehr darauf an, womit man sich beschäftigt, wichtig ist vor allem, dass man sich

geistig beschäftigt, und dass eine Grundneugierde vorhanden ist.

E: Ob man diese Neugierde wecken kann, ist nicht klar, hingegen liess sich auch statistisch belegen, dass (norwegische) Ärzte im Vergleich mit anderen Akademikern ein überdurchschnittliches Interesse an Literatur und anderen kulturellen Aktivitäten haben [10]. Es könnte durchaus sein, dass Neugier bereits wesentlicher Bestandteil der Motivation zum Medizinstudium ist und nicht erst im Studium erlernt wird. Naturwissenschaftliche «Forschung» ist sicherlich Ausdruck dieser Neugier und benötigt auch ein hohes Mass an Kommunikationsfähigkeit. Im Gegensatz zur Literatur fehlt aber häufig der Bezug zum Menschen. Ein zentraler Punkt, den Literatur vermitteln kann, ist das Innenleben unserer Patienten. Wegen des täglichen Umgangs mit modernsten Technologien vergessen Mediziner oftmals, dass die meisten Patienten zum ersten Mal damit konfrontiert werden und eine häufig nicht artikulierbare Angst davor haben. In Geschichten, Tagebüchern und Gedichten drücken Schriftsteller ihre Ängste vor einer Krankheit und vor Krankenhäusern häufig viel ehrlicher aus, als sie es ihrem Arzt erzählen würden. Das Studium dieser Berichte kann unsere Aufmerksamkeit auf derartige Probleme lenken und uns helfen, unsere Worte etwas bedächtiger zu wählen und mehr auf die Ängste unserer Patienten einzugehen.

S: Ich möchte nicht bestreiten, dass man als Mediziner aus gewissen, ausgewählten Werken einen Nutzen für seine eigene Arbeit ziehen kann. Generell ist es aber zu zeitintensiv, Literatur zu lesen, nur um ab und zu ein wenig medizinisch Relevantes darin zu finden. Deshalb schlage ich vor, dass wir einen Kanon medizinisch wichtiger Literatur aufstellen, anhand dessen man sich dann in bestimmten Situationen weiterbilden kann. So könnte beispielsweise ein Assistenzarzt, der zum ersten Mal mit einem terminalen Patienten in

Kontakt kommt, in einer zentralen Datenbank nach einem Buch suchen, dass ihm in dieser Situation helfen kann. Das Internet wäre ein ideales Medium für eine solche Datenbank.

E: Das wäre dann die moderne Variante von William Oslers «Bed-side library for medical students». Er empfahl täglich eine halbe Stunde Lektüre vor dem Einschlafen. Das vorgeschlagene elektronische Abrufen literarischer Texte in bestimmten Situationen überzeugt mich nicht und erinnert an «Kochbuchwissen». Was eigentlich gefördert werden sollte, ist das Interesse für das subjektive Erleben während einer Krankheit. Dies müsste schon während des Medizinstudiums beginnen. Dazu bedarf es allerdings grundlegender Veränderungen in der Struktur des Medizinstudiums. Wenn wir diese Neugierde fördern wollen, müssen wir die Freiräume dazu schaffen. Das hiesse zum Beispiel, den hoffnungslos überlasteten Stundenplan zu straffen. Dann sehe ich insbesondere für Studenten grosse Möglichkeiten in der Literatur. So könnte eine Vorlesung über Tuberkulose in Zukunft nicht nur medizinische Aspekte darlegen, sondern gleichzeitig mit Hilfe von literarischen Texten, z.B. Adalbert Stifters Novelle «Sterben» oder Thomas Manns «Zauberberg», das Verständnis einer Krankheit erweitern und vertiefen.

S: Ich glaube, dass sich Ärzte und Medizinstudenten während des Tages schon genügend mit Krankheiten beschäftigen. Meiner Meinung nach ist es essentiell, dass man sich am Abend nicht auch noch mit den gleichen Themen auseinandersetzt. Gerade weil die Medizin als Beruf sehr zeitintensiv und emotional belastend ist, muss die verbleibende Zeit sinnvoll und anderweitig genutzt werden. Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen und hängt von den Vorlieben des Einzelnen ab. Dabei sehe ich durchaus auch eine Berechtigung für die Literatur. Ein Krimi von Donna Leon bietet Spannung und Lesevergnügen, doch müssen wir Ab-

stand davon nehmen, dass das Lesen eines Buches immer noch der Fortbildung als Arzt dienen soll.

E: Literatur, die sich im weitesten Sinne mit Medizin beschäftigt, kann ebenso Vergnügen bereiten. Dass man dabei auch noch etwas lernen kann, muss nicht zwangsläufig im Vordergrund stehen, das heisst, ich lese Literatur nicht, um mich als Mediziner weiterzubilden, aber das Lesen von Literatur kann mir neue Erkenntnisse als Arzt bringen. Andererseits ist es sinnvoll, gewisse Texte zielgerichtet während der Aus- oder Weiterbildung als Arzt zu lesen. Ich möchte hier als Beispiel Oliver Sacks anfügen, der medizinisches Wissen exemplarisch mit Literatur verbindet.

S: Gerade die Aus- und Weiterbildung sollte sich mit Fachliteratur beschäftigen. Die Lektüre dieser Literatur muss gelernt werden, und es ist wichtig, dass Mediziner Fachliteratur beurteilen können. Belletristische Literatur kann deshalb höchstens von zweitrangiger Bedeutung sein.

E: Es ist klar, dass die fachspezifische Weiterbildung unter der Beschäftigung mit Literatur nicht leiden darf. Allerdings möchte ich auch für eine gewisse humanistische Allgemeinbildung plädieren. Ich halte die unbedingte Spezialisierung und Fokussierung auf ein Thema für eine gefährliche Tendenz, die nicht nur in der Medizin, sondern in vielen akademischen Berufen vorherrscht. Gerade in der Medizin braucht es aber eine Weltoffenheit, um mit Patienten überhaupt sprechen zu können. Meist ist es für einen adäquaten Zugang zum Patienten wichtig, eine Tageszeitung gelesen zu haben und die Neuigkeiten aus der Welt zu wissen. Diese Brücke zwischen Fachwissen und Allgemeinbildung müssen wir einfach schlagen.

Epilog

Man könnte dieses Gespräch lange weiterführen, ohne zu einem eindeutigen Ergebnis zu kommen. Vielleicht ist eben gerade diese Vieldeutigkeit ein Merkmal der Literatur und literarischer Diskussionen. Ganz im Gegensatz zu medizinischer Fachliteratur, deren Ziel es ist, eine klar definierte Frage mit möglichst reproduzierbaren Fakten zu beantworten, bleiben Fragen in der belletristischen Literatur häufig unbeantwortet. Was nützen uns aber bloss Fragen ohne Antworten, auch wenn sie noch so gekonnt formuliert sind? Es ist die Unsicherheit der Interpretation, mit der wir konfrontiert werden, die uns zwingt, unsere Gedanken zu ordnen und strukturieren, um eine Lehre aus einem Text ziehen zu können. Und dennoch sind wir am Ende nicht sicher, ob es die richtige Interpretation gewesen ist. Aber die Fähigkeit der Interpretation kann in vielen Lebenssituationen sehr hilfreich sein und wird durch Literatur geschult. Deshalb hilft das Lesen und Interpretieren von Literatur allen, die sich auf dieses Wagnis einlassen. Die Frage, die wir aber in diesem Artikel stellen, lautet, ob Literatur dem Arzt etwas Zusätzliches bringt, das über diesen allgemeinen Nutzen hinausgeht. Anders gefragt, hilft Literatur, die Fähigkeit der Ärzte zur Kommunikation und Empathie zu schulen? Das medizinische Gespräch ist ein komplexes Zusammenspiel aus Informationsgewinnung und der Begegnung mit einem Patienten. Diese beiden Aspekte sind eng miteinander verbunden und können während des Gespräches nicht klar voneinander abgegrenzt werden. Dennoch ist diese Unterscheidung wichtig, da sich verschiedene Arten von Antworten aus diesen beiden Ebenen der Kommunikation ergeben. Die Informationsgewinnung zielt darauf ab, in möglichst präziser Form, einen Überblick über das Leiden des Patienten zu bekommen, um die medizinisch notwendigen Schritte in die Wege leiten zu können. Das ist ein relativ klar definierter Prozess, in dem Literatur

Bibliographie

1. Horton R. *The rhetoric of research*. *BMJ* 1995;310:985-7.
2. Isaacs D, Fitzgerald D. *Seven alternatives to evidence based medicine*. *BMJ* 1999;319:1618.
3. Greenhalgh T. *Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world*. *BMJ* 1999;318:323-5.
4. Charon R, Banks JT, Connelly JE, Hawkins AH, Hunter KM, Jones AH et al. *Literature and medicine: contributions to clinical practice*. *Ann.Intern.Med.* 1995;122:599-606.
5. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine: why study narrative?* *BMJ* 1999;318:48-50.
6. Gernhard, Robert. *Herz in Not. Tagebuch eines Eingriffs in einhundert Eintragungen*. In: *Lichte Gedichte*. Haffmanns Verlag AG, Zürich. 1997.
7. *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. von Uexküll, Thure (Hg): Verlag Urban & Schwarzenberg, München. 2.Auflage 1981.
8. Poulson J. *Bitter pills to swallow*. *New England Journal of Medicine* 1998;338:1844-6.
9. Fitzgerald FT. *Curiosity*. *Ann.Intern.Med.* 1999;130:70-2.
10. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. *Survey of Norwegian doctors' cultural activities*. *Lancet* 1996;348:1692-4.
11. von Matt, Peter. *Kultur und Geschwindigkeit. Überlegungen vor einem namenlosen Gedicht*. 1996 In: *Die verdächtige Pracht. Über Dichter und Gedichte*. Carl Hanser Verlag, München Wien 1998.
12. *Die Zeit vom 13.7. 2000 (Nr. 29). Gesänge vor und nach dem Tisch*. Der Verleger Klaus Wagenbach wird 70.

nichts verloren hat. Die Schulung dieser Fähigkeit ist ein wichtiger Aspekt in der Ausbildung zum Mediziner. Die Begegnung aber umschreibt, was sich in einem Gespräch zwischen Arzt und Patient ereignet. Der Arzt muss sich dabei dem Gespräch als Person und nicht nur als Informationsempfänger oder -vermittler stellen und muss umgekehrt auch den Patienten als Person erfassen. Das ist eine ungleich schwierigere Aufgabe, die viel Einfühlungsvermögen verlangt. Sie ist aber unbedingt notwendig, um ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufbauen zu können. Die Begegnung mit dem Patienten wurde lange Zeit als weniger wichtig erachtet, da sie bei der Informationsgewinnung keinen Beitrag leisten konnte, und wurde deshalb während des Studiums auch kaum beachtet. Empathie, hiess es, wird durch Vorbildfunktion vermittelt und muss von Studenten durch Nachahmung erlernt werden. Erst in den letzten Jahren ist die Bedeutung der Begegnungsebene erkannt worden. Dies führte dazu, dass an vielen amerikanischen Universitäten das Fach Medical Humanities eingeführt wurde, das als Subspezialität auch das Gebiet der Literatur in der Medizin umfasst. Das Einfühlungsvermögen kann durch Literatur geschult werden, sei es durch die Lehren, die man aus dem Inhalt eines literarischen Textes zieht oder durch die bereits oben erwähnte Fähigkeit, Informationen zu interpretieren. Der Germanist Peter von Matt hat in seinem Essay «Kultur und Geschwindigkeit» gezeigt, dass es zweierlei Arten von Fragen gibt, nämlich solche, auf die mit einer Information geantwortet werden kann, und solche, auf die nicht mit einer Information geantwortet werden kann [11]. Die Informationsgewinnung und die Begegnung fallen genau in diese Kategorien von Fragen. Die erstere lässt sich mit klaren Informationen beantworten, die Erkenntnis aus einer Begegnung aber unterliegt anderen Gesetzmässigkeiten und entzieht sich der offiziellen Geschwindigkeit der Zivilisation und des normalen Krankenhaus-

betriebes. Dennoch muss der Arzt diese Fragen erkennen und sich ihnen stellen, denn oft sind es genau diese, die den Patienten verängstigen. Und genau mit diesen Fragen beschäftigt sich auch die Literatur. Der Verleger Klaus Wagenbach sagte zu diesem Thema in einem Interview mit der Zeitung «Die Zeit»: «Man darf ja nicht vergessen, Literatur dient der Verlangsamung und nicht der Beschleunigung der Zeit» [12]. Diese Verlangsamung wird im Zeitalter der Informationsbeschleunigung auch für Ärzte einen immer wichtigeren Stellenwert einnehmen müssen, damit sie auch in Zukunft ihren Patienten adäquat begegnen können, und dadurch das Vertrauen in den Arztberuf festigen. Diese Verlangsamung können wir durch Literatur erlernen.

Korrespondenzadresse

PD Dr. F. Salomon
Medizinische Klinik B, DIM
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

E-mail: franco.salomon@dim.usz.ch