

# Poetische und erlebte Wirklichkeiten

DR. MED. GERNOT RÜTER

In medizinischen Artikeln werden regelhaft die Symptomatologie, der diagnostische Prozess, die Differentialdiagnose, Therapie und Prognose von Krankheiten abgehandelt. Das subjektive Erleben von Kranksein, das damit verbundene Leiden, die resultierend zu treffenden Lebensentscheidungen und die ärztlichen Positionen dazu sind viel seltener Gegenstand solcher Artikel.

Prinzipiell wundert das nicht, da in der Medizin und besonders den Naturwissenschaften die Wissenschaftlichkeit auf der Suche nach generalisierbaren Regeln beruht. Der tätige Hausarzt hat die Erkenntnisse seiner Profession, niedergelegt in dafür erstellten Leitlinien in Ausübung seiner Tätigkeit zu kennen und zu berücksichtigen. Die Grundlage solcher Leitlinien ist wesentlich die Evidenz aus unterschiedlich angelegten klinischen Studien als so genannter externer Evidenz. Im (Be)handeln werden auch die klinische Erfahrung der Ärztin und die Wünsche, Bedürfnisse und Lebenskonzepte des betroffenen Patienten und seines sozialen Umfeldes zum Tragen kommen. Letztere sind eher selten Gegenstand wissenschaftlicher Artikel.

Wird bei einem Menschen eine nicht nur harmlose oder vorübergehende Erkrankung diagnostiziert, dann hat dieses Ereignis erhebliche Auswirkungen auf die betroffene Person. Besonders bei Erkrankungen, die mit einer statistisch begrenzten Lebenserwartung, der Befürchtung von Schmerz, Leid, Einschränkung, dem Verlust von Selbstbestimmungsfähigkeit und Würde verknüpft sind, verändert sich das Leben vollkommen. Für den Philosophen Hermann Schmitz ist das Einbrechen des Plötzlichen in ein ruhig dahinwährendes Leben ein wichtiger Bestandteil dessen, sich selbst infolge der emotionalen Betroffenheit als die Person wahrzunehmen, um die es geht. Schmitz sagt für diesen Vorgang zusammengefasst: Ich spüre, **hier** geht es **jetzt**

um **mich**, um ein **Dieses**, das mein **Sein** existenziell berührt. (Schmitz 2015)

Diese Veränderungen können äußere sein, vorgeben durch entstehende Handlungsnotwendigkeiten, etwa Operations- und Nachsorgetermine, Festlegungen auf Durchführung von Chemo- oder Radiotherapien, Einnahme bestimmter, oft eingreifender Medikamente. Die Veränderungen betreffen besonders aber auch das innere Erleben seiner selbst beim Betroffenen. Dazu gehört die Wahrnehmung von Gefühlen wie Ängsten und Verzweiflung, eine veränderte Position zu Angehörigen, zu Lebenspartnern, zur engeren und weiteren Familie, zum sozialen Umfeld. Die Hausärztin als die vertraute Person, oft schon aus noch gesunden Tagen, wird in der Regel in diese Prozesse einbezogen sein, auch wenn es hier Grenzen gibt. Nicht alle emotionalen Vorgänge und Überlegungen wird der betroffene Patient dem Hausarzt gegenüber offenbaren, wie auch den anderen Personen seines Umfeldes nicht. Mehr noch, ähnlich einem Eisberg im Wasser, ist nicht die ganze Welt der Empfindungen der bewussten Wahrnehmung zugänglich. Einiges wird sich in körperlichen Symptomen offenbaren, in Verspannungen, Schmerzen, Hauterscheinungen, Verhaltensänderungen, Gedächtnis- und Schlafstörungen. Diese Symptome sind nicht eindeutig Kausalitäten zuzuordnen und bedürfen der Interpretation, der Deutung, eines hermeneutischen Vorgehens. Wo körperliche Symptome sich allzu weit von empfundenen Gefühlsqualitäten ablösen, drohen Somatisierungen und Chronifizierungen. Die Gefühle wieder zugänglich zu machen, können psychosomatische Ansätze nötig werden.

Gefühle sind infektiös, so dass spätestens seit Michael Balints Standardwerk „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ (Balint 1976) die Ärztin auch bei sich selbst wahrgenommene Empfindungen diagnostisch nutzen kann um etwas über die Patientin zu erfahren.

## Poesie ein Weg zur Erlebniswelt von Patienten

Ein anderer Weg erscheint zunächst als Umweg: Er führt über die Einbeziehung poetischer Darstellungen des Erlebens von Kranksein, beeinträchtigt Sein, vital bedroht Sein. Nicht nur in der Ausbildung Studierender der Medizin (Gummersbach 2019, Wohlmann 2016) und der Weiterbildung von Ärzten (Wohlmann 2019) werden inzwischen diese Wege beschritten, auch im Journalismus (Marinic 2020)<sup>1</sup> bis hin zu wegweisender Literatur (Solschenizyn 1968) finden sich Darstellungen.

Besondere Arbeit über den Zusammenhang literarischer Texte und ärztlichem Handeln leisteten Rita Charon und ihr wissenschaftliches Umfeld an der Columbia University New York. (Charon 2000, Hunter 1995)

Hier möchte ich Pascal Merciers „Gewicht der Worte“ als Beispiel vorstellen. (Mercier 2020) Dabei geht es mir darum, die Wahrnehmung möglicher Patientenwelten auch für den erfahrenen Arzt zu erweitern, indem er sich der poetischen Wirklichkeit literarischer Texte aussetzt. In Erzählungen oder Romanen bietet sich der Raum, Gedanken- und Gefühle der literarischen Personen in „epischer“ Breite darzulegen. Die Schriftstellerin wird dieses Erleben der Protagonisten den Figuren deren Umgebung gegenüberstellen und alternative Handlungsweisen, Gedanken und Geschichten zuordnen, sie ihnen in den Mund legen. So können emotionale Reaktionen unterschiedlich erlebt und aus verschiedenen Blickwinkeln erzählt werden. Gehen wir davon aus, dass unsere Patienten Ähnliches erleben wie die Romanfiguren, so können sich neue Zugangswege zum Patienten erschließen. Meinem Mitempfinden in 4 Jahrzehnten hausärztlicher Arbeit nachspürend ereignen sich diese Vorgänge bei Menschen der unterschiedlichsten sozialen und formalen Bildungsschichten.

Pascal Mercier ist ein Pseudonym und steht für Peter Bieri, einen Schweizer Philosophen mit international beeinflusstem Werdegang. Besonders bekannt machte ihn sein Buch „Nachtzug nach Lissabon“. Auch „Das Gewicht der Worte“ führte zeitweise die Bestsellerliste des „Spiegel“ an.

Der Protagonist dieses Buches, Simon Leyland wird als Mann geschildert, dessen Begeisterung, Neugier und Begabung für Sprachen und Sprechen schon in seiner Kindheit offenkundig werden. Seine Mutter war früh verstorben, den Vater und das College verlässt er als Heranwachsender, um in London seinen eigenen Weg zu gehen. Zunächst schlägt er sich als Nachtportier eines Hotels durch. Bald ermöglichen seine Sprachkenntnisse erste Einkünfte als Übersetzer. Im Haus eines Onkels, Professor für orientalische Sprachen, weckt eine Karte des Mittelmeers den Wunsch, die Sprachen aller Völker zu lernen, die diesem Meer anliegen. Seine spätere Frau Livia, Journalistin, lernt er kennen, als diese über einen Prozess und den verantwortlichen Richter schreibt. Der

Prozess richtet sich gegen einen Mann, der seine sterbenskranke Frau – einvernehmlich mit ihr – durch Ersticken mit einem Kissen getötet, sie von ihrem Leiden erlöst hatte. Livia und Simon haben zusammen eine Tochter – sie wird Krankenschwester, später Medizinstudentin – und einen Sohn, im Verlauf Student der Rechte. Leylands Leben wird durch wiederkehrende Migräneattacken nur wenig beeinträchtigt. Livia, Leyland reserviert ihr den Kosenamen Cara –, erbt nach dem Tod ihres Vaters einen Verlag in Triest. Auch Livia stirbt früh, ein übergroßer Verlust. Leyland schreibt der verstorbenen Cara immer wieder lange Briefe mit dem Ziel, für sich das aktuelle Geschehen und sein eigenes (Er)leben einzuordnen und zu hinterfragen. Er wird geschildert, schildert sich selbst, als exzellenten Übersetzer, der immer wieder um Worte und Begriffe in der je richtigen Sprache ringt. Englisch und italienisch, auch deutsch – Livia ist zur Hälfte deutschstämmig – aber auch seltene Mittelmeersprachen wie albanisch werden zu seiner sprachlichen Heimat. Geografisch sind die Hauptplätze des Geschehens Triest und London.

In Triest ereignet sich dann der große Lebensbruch Leylands, wie oben bei Schmitz beschrieben: Plötzlich kommt es zu Lähmungserscheinungen der rechten Körperhälfte, zu Störungen des Sprechens und Schreibens, nicht aber des Denkens. Unter der Befürchtung eines Schlaganfalles alarmiert Leyland seine Tochter Sophia („Weisheit“ *Anm.* GR), die den Rettungstransport in die Klinik veranlasst. Auch ihr Bruder Sidney, Jurastudent, wird dazu geholt. Im Krankenhaus wird nach kursorischer klinischer Untersuchung ein Magnet-Resonanz-Tomogramm veranlasst. Tochter Sophia leitet den Vater an, wie er das trotz seiner claustrophobischen Ängste überstehen kann.

Um das Erleben dessen, der nun zum Patienten geworden ist, darzustellen, zitiere ich Originalpassagen aus Merciers Buch.

„Der plötzliche Verlust war mit einem Erschrecken verbunden, das tief in mich hineinschnitt. Mir war, als hätte ich die Hälfte meiner selbst verloren. Dass die Worte nicht mehr kamen wie sonst, merkte ich erst, als ich Sophia anrief. Zum Glück war das Telefon in Reichweite, und ich wählte mit meiner ungeschickten linken Hand mühsam ihre Nummer. Als sie sich meldete, geschah es: Ich konnte keine normalen ganzen Sätze bilden. Das Entsetzen über die Lähmung der Glieder war nichts, verglichen mit dem Erlebnis dieser Unfähigkeit. Es war keine Unfähigkeit des Denkens, sondern des Sprechens: Ich wusste, was ich sagen wollte, doch die Wörter, die sich zu einem vollständigen Satz gefügt hätten, kamen nicht. Sie kamen nicht! „Papà?“ fragte Sophia. „Yes“, sagte ich. „Come. Quick. Stroke.“ S. 63

...Bei der Radiologie war Hochbetrieb, es ging hektisch zu, in meiner Erinnerung fliegen die weißen Mäntel, die Türen schwingen und knallen, die Stimmen sind laut und gereizt. Im Warteraum saßen mehrere Leute im Rollstuhl. Ich bin einer von ihnen, dachte ich und es kam mir vor, als sei ich im

<sup>1</sup> Jagoda Marinic plädiert unter dem Titel „Maß aller Dinge“ für eine neue Form des Erzählens und der Auseinandersetzung. „Ich suche nach den Geschichten dieser Kinder und Eltern heute. Ich will sie nachempfinden. Ich will von ihnen wissen, und zwar nicht nur, wie viel Prozent einen eigenen Schreibtisch haben. Es geht um den Austausch von Erlebniswirklichkeit. Ich will in einer Gesellschaft leben, die auch in einer Krisenzeit wie dieser ihre kulturellen Errungenschaften zu pflegen weiß“. (Marinic 2020)

Laufe der letzten Stunde aus der Welt der Gesunden hinabgestürzt in die Welt der Versehrten, die im Dämmerlicht des Raumes, wie in einer Vorhölle, auf ihre schreckliche Diagnose warteten. (S. 65)

Wenig später kommt es zum Arztgespräch über das Ergebnis der Untersuchungen:

Die Hand schloss sich fest um den Zeigestock. „Es gibt keine Möglichkeit, Ihnen das schonend beizubringen“, sagte er jetzt, drehte sich zu den Bildern um und fuhr mit dem Stock die Kontur eines unregelmäßigen, in vielfältigen Grau- und Weißtönen heraustretenden Gebiets entlang, das sich vom übrigen Teil des Gehirns grell und schreiend abhob, wie eine Mondlandschaft mit Kratern von giftiger Helligkeit und sandigen, nach außen wuchernden Flächen in matterem Grau. „Es ist ein Tumor“, sagte Leonardi. „Und leider bösartig. Ein Glioblastom. Glioblastome multifforme in der Fachsprache. Was Sie hier sehen...“ wollte er fortfahren, da bin ich abrupt aufgestanden und die wenigen Schritte zum offenen Fenster gegangen. S. 72

...Ich wünschte mir, in diesen Regen hinausspringen und auf der Stelle alles beenden zu können. „How much time“? fragte ich. Es waren die einzigen Worte, die kamen, und ich war froh, dass überhaupt welche kamen. (S. 73)

Die jetzt im Buch entstehenden Situationen sind Hausärzten sehr gut bekannt. Eine Ausdrucksweise bürgerte sich in den letzten Jahren ein, die früher nicht üblich war: „Ich habe die Diagnose bekommen“. Es wird oft nicht mehr gesagt: „Ich erkrankte an..“, sondern der diagnostische Vorgang wird gleichsam so nach außen verlagert, als sei er für das Faktum der Erkrankung mitverantwortlich. Liegt darin eine Fortschreibung der Trennung von „mein Körper“ und dem Ich? Eine Fortschreibung der Vergegenständlichung des Körpers und der Bagatellisierung des Ich-Erlebens, das keinen Raum in der Medizin mehr hat?

Anders als viele der erlebten „echten“ Patienten entscheidet die Romanfigur Leyland sich gegen jede Therapie. „Nobody cut ..my brain, nobody open head. No rays“, so lauten seine Entscheidungen.

Dennoch bleibt nicht aus, dass er sich mit der Endlichkeit seines Seins – ein paar Monate, mit Glück ein Jahr – auseinandersetzen muss, wie Patienten in der hausärztlichen Praxis dem auch nicht entfliehen können. Auch wenn therapeutische Wege dort oft schon von den behandelnden Onkologen, Chirurgen, Radiotherapeuten gebahnt sind, so wünschen doch Patienten oft, darüber mit dem vertrauten Hausarzt zu sprechen. Auch wenn bei einigen Erkrankungen der Benefit an Zeit, gemessen an gewonnener Überlebenszeit oder symptomfreier Zeit bis zum ersten Rezidiv, gering ist, entscheiden sich die meisten Patienten für eine Behandlung. Auch bei statistisch geringen Chancen ist das

Ergreifen der Hoffnung, zu den wenigen Prozenten zu gehören, die profitieren, zu wirkmächtig.

Für Leyland ist, obgleich die Symptome sich rasch und vollständig zurückbilden, das Schlimmste der Verlust der zeitlichen Lebensperspektive. Er bemerkt, dass seine Kinder, sein Umfeld sich scheuen, über Urlaube, Festivals in der Zukunft, Planungen zu sprechen, da er, Leyland, ja nicht mehr dabei sein würde. So verändert sich sein soziales Dasein grundlegend. In einem der Briefe an seine Frau schreibt er:

..heute ist der erste Tag vom Rest meines Lebens....

..das waren Doktor Leonardis Worte. Er sprach vom Tod, wie ihn der Tumor herbeiführen würde. Es würde Dich nicht überraschen zu lesen, dass das nicht die Grenze ist, die ich mir setzen lasse. Denn bereits lange davor würde ich mich in dem, was ich bin und was mich ausmacht, verlieren. Diesem Verlust, der ein Verlust von schlechthin allem wäre, was zählt, werde ich zuvorkommen. (S. 94)

Leyland plant demnach, seinem Leben ein Ende zu setzen, bevor verloren ist, was er ist und was ihn ausmacht. Ein Verlust von allem, was zählt, ist unerträglich. Gemeint ist sein exzellent funktionierendes Gehirn, seine Verwurzelung in einer ganzen Anzahl von Sprachen, auch arabischen, und damit verbunden der Zugang zum Denken und Fühlen, verbalisiert, verschriftlicht und zugänglich gemacht durch die Tätigkeit des Übersetzens.

Einen befreundeten Kellner einer Triester Trattoria bringt er dazu, sich dem Risiko und der Schuld auszusetzen, ihm Gift zu besorgen.

### **Erlebniswelt der Patienten im Spiegel der hausärztlichen Wegbegleitung**

Einige Patienten mit Glioblastoma multifforme, die ich behandelte, sind mir gut erinnerlich.

Mit einem von ihnen, Franz, führte ich zeitnah nach der Diagnosestellung ein Gespräch, bei dem auch die Option bedacht wurde, das Ende seines Lebens selbst, evtl. mit meiner/fremder Hilfe herbeizuführen. Er hatte einen schweren Herzinfarkt mit Kammerflimmern beim Sport überlebt und war mit Bypässen erfolgreich behandelt worden. Wenig später war es zu einem schweren epileptischen Anfall und in diesem Kontext zur Diagnose des Glioblastoms gekommen. Tätig in der sachlichen Welt des Maschinenbaus reifte in ihm der Plan, in die Schweiz zu reisen und den Tod durch eine Sterbehilfeorganisation herbeiführen zu lassen. Als er dieses Vorhaben mit mir besprach –die Ehefrau war beim Gespräch anwesend –, war ich sehr erschreckt. Beihilfe zum Suizid hätte ärztliches Neuland für mich bedeutet. Die – sehr gläubige – Familie hielt massiv dagegen. Mich hätte die Bitte um Beihilfe bei der Selbsttötung in schwere Konflikte gestürzt, da ich diese Beihilfe nicht als ärztliche Aufgabe sehe. Das

Thema wurde letztlich nicht mehr angesprochen, und ich habe Franz behandelt und besucht, bis er zu Hause sterben konnte. Ich kann Leylands Bedenken verstehen, aber nicht uneingeschränkt bestätigen. Auch wenn Franz zuletzt nicht mehr bei Bewusstsein war, durch Dexamethason aufgeschwemmt, und inkontinent war, so blieb mir und seiner Familie doch immer präsent, wer er war und was ihn ausmachte. Einen Hausarzt mit der Möglichkeit zum Gespräch, zum Dialog mit dem Ziel, sich selbst besser zu finden, gibt es übrigens in Merciers Buch nicht.

Martin erkrankte schon früh, er war noch keine 50 Jahre alt. Gemeinsam mit seiner Ehefrau führte er sein selbständiges Unternehmen. Die Erkrankung und ihre Umstände trafen die Familie, es gab ein Kind in der Adoleszenz, schwer. Hier führten Krämpfe im Schlundbereich zur Diagnose. Alle therapeutischen Maßnahmen konnten nicht verhindern, dass Martin acht Monate nach der Diagnosestellung im Hospiz starb. Zuletzt lag die Hauptbetreuung beim Arzt und den Mitarbeitern des Hospizes, mit denen ich die Behandlung teilte und beriet.

Bei Achim lag die Situation wiederum ganz anders. Sonst ein sehr gewissenhafter und „pingeliger“ Mann, bei Diagnosestellung schon hoch in den Achtzigern, äußerte sich hier das klinische Bild in massiver Eigensinnigkeit, Sturheit und zunehmender Verwahrlosung. Alle ärztliche Überzeugungskraft und die der Praxismitarbeiter waren nötig, seine Zustimmung zur Versorgung in einer Pflegeeinrichtung zu erhalten. Wir konnten uns einigen, dass nur eine palliative Betreuung erfolgen sollte. Die ärztliche Versorgung blieb bei mir, obgleich das Pflegeheim außerhalb meines Versorgungsbereiches lag. Es war sonst niemand zur ärztlichen Betreuung bereit.

In allen exemplarisch geschilderten Behandlungsverläufen war nicht nur der Arzt in seiner medizinischen Kompetenz und mit seinem Beziehungsangebot, den Gesprächen bedeutsam, sondern auch die Praxismitarbeiterinnen. Auf vielen Ebenen brachten sie ihr Erleben der gemeinsamen Geschichte aus noch gesunden Tagen der Patienten ein und konnten so zu deren Stabilisierung und Beheimatung beitragen. Der bei Mercier angesprochene Sturz aus „der Welt der Gesunden hinab in die Welt der Verehrten“ konnte in einem vorbestehenden Beziehungs- und Achtungsgeflecht gemildert werden.

### Zurück zur Poetik als Möglichkeit

Bei Leyland hingegen nimmt der Verlauf eine völlig andere Richtung: Die Diagnose Glioblastom erweist sich als nicht auf ihn zutreffend, da die Röntgentüten verwechselt worden waren und das mit der Erkrankung verknüpfte, erwartete Schicksal nun auf einen anderen Mann zutraf. Leylands Symptome wurden nun auf eine Sonderform der Migräne mit neurologischen Ausfällen, *migraine accompagnée zurückgeführt*. Jetzt plötzlich eröffnen sich für Leyland wieder Lebensperspektiven, die vorher verstellt waren. Andererseits waren unter dem Eindruck der Diagnose Entscheidungen getroffen worden, die nicht mehr rückgängig zu machen

waren und wiederum neue Positionierungen erforderlich machten.

Als wir später auf einer Bank saßen, brach sich die Erleichterung in Tränen Bahn, ich zitterte und schlotterte, die Angst und das Entsetzen von elf Wochen, die ich stets von neuem hatte im Zaum halten müssen, brachen aus mir heraus, roh und ungebremst, und es war noch viel mehr davon in mir, als ich all die Zeit gespürt hatte, der Strom der aufgestauten Gefühle brach alle Dämme und versiegte erst allmählich. (S. 210)

In dieser Lage bricht sich noch eine andere Entwicklung Bahn: Tochter Sophia, zunächst Krankenschwester mit Leib und Seele, später ebensolche Medizinstudentin mit Aussicht auf ärztliche Tätigkeit für *médecins sans frontières*, beginnt mit der konzipierten ärztlichen Arbeit zu hadern. Sie sucht das Gespräch mit Dr. Leonardi, der dem Vater die falsche Botschaft, fußend auf verwechselten Röntgenbildern, übermittelt hatte. Der Verlauf des Gespräches festigt endgültig ihren Entschluss, nach der letzten Medizinprüfung sich komplett aus dem Beruf zurückzuziehen:

„Ich will keine Klinik mehr riechen, ich will keine Kranken mehr sehen und ich ertrage diese eitle, selbstgefällige Clique der Mediziner nicht mehr“, sagte sie. „Es ist wie eine Loge, die Loge der Weißkittel, ein öffentlicher Geheimbund: Du sprichst ihre Sprache, ihr Kauderwelsch, Du machst ihre Witze, lachst ihr Lachen, sprichst auf bestimmte Weise über die Kranken in ihren Zimmern. Du bist auf die richtige Weise abgerichtet worden, jetzt gehörs Du dazu. Und ja: *abgerichtet, addestrato*, ist das treffende Wort, in seiner scheußlichen Härte ist es das einzige Wort, das die Sache trifft. (S. 284)

...Die Sprache der Medizin, dieses Kauderwelsch aus Latein und Griechisch, erleben die Patienten als die Sprache einer fremden, mächtigen Kaste. Die Mitglieder dieser Kaste, sie haben schon lange jenen inneren Abstand zu dieser Sprache verloren, ihr Geist ist verklebt und verätzt durch die umständlichen Wörter aus Rom und Athen, neuerdings auch aus Harvard, und deshalb können sie nicht ermessen, wie groß und beängstigend die Fremdheit ist, die jene Wörter für die Menschen in ihren Betten und Rollstühlen haben. (S. 285)

Dann, am nächsten Morgen, kam die Begegnung im Flur, die alles besiegelte. Der Professor blieb mit leutseligem Blick vor mir stehen. „Das war ja schon sehr interessant, was Sie da gestern sagten, und sicher gibt es auch vieles, was bedenkenswert ist. Aber Sie sind ja noch jung und werden sich bestimmt an die Usancen in unserem Beruf gewöhnen.“ *Usancen* – in jenem Moment, genau in jenem Moment ist es passiert und ist meine Entscheidung gefallen. (S. 287)

## Was kann Poesie über Kranke uns lehren?

Die Äußerungen, einer zunächst begeisterten, nun Aussteigerin in den Mund gelegt, könnten Ärzt\*Innen Anlass bieten, der immer wieder reflektierten und geübten Kommunikation zwischen sich (bzw. anderen Angehörigen der eigenen Profession) und den betroffenen Patient\*innen sowie ihren sozialen Bezugspersonen vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Kommunikative Fähigkeiten sollen in den neuen Konzepten der medizinischen Ausbildung gelehrt, gelernt und geprüft werden. Die Curricula laufen allerdings meiner Wahrnehmung nach Gefahr, als technische Leitfäden wahrgenommen zu werden, die den Weg in emotionale Authentizität der Ärzt\*Innen verpassen. Das Erleben in Rollenspielen oder mit Schauspielerpatienten leiblich zu spüren ist sicherlich sehr viel hilfreicher auf dem Weg zur Ärztin als reines Lernen kommunikativer Techniken. Die Beschäftigung mit Literatur, auch Schreiben eigener Texte eröffnet eine weitere Dimension, ist hierzulande aber noch nicht so verbreitet. Ziel ist die Schulung einer triadischen empathischen Einfühlung der literarischen Figuren, der Patient\*innen und des ärztlichen Selbst. (Charon 2000, Hunter 1995, Wohlmann 2016, 2019, Gummerbach 2019)

Merciers „Das Gewicht der Worte“ beleuchtet noch weitere Erzähl- und Handlungsstränge, die hier außen vor bleiben, weshalb meine Überlegungen keine Buchbesprechung sein können. Der Bruch zwischen Poesie und erlebter Wirklichkeit bleibt darin bestehen, dass die Auseinandersetzung mit Krankheit, Beeinträchtigung und Vergänglichkeit im Buch gleichsam spielerisch verläuft, da auf einer Verwechslung beruhend. Den echten Patienten und den echten Ärztinnen eröffnet sich der Weg in das „was wäre gewesen, wenn“ nicht. Sie müssen sich mit dem auseinandersetzen, was sich ereignet, was sich verändert und was sie zu spüren bekommen. Solch gravierende Verwechslungen wie bei Mercier geschildert, ereignen sich wegen der mehrfachen Befundüberprüfungen im wirklichen Leben kaum. Unklare und unsichere Diagnosen werden in der Regel als solche benannt und lassen Raum für Zweifel und Überprüfung im zeitlichen Verlauf. So bleibt der Vorwurf des Kauderwelsch, der Kastenzugehörigkeit und der verklebten Geister zwar bestehen, die geschilderten Lebensverläufe der erwähnten Echtpatienten lassen diese Vorwürfe aber in einem anderen Licht erscheinen.

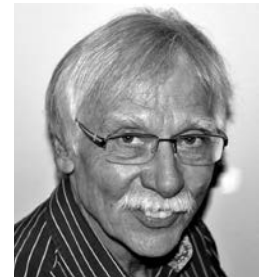
Mercier legt der „weißen Kaste“ nachdrücklich nahe nachzudenken und nachzuspüren. Er benennt darüber hinaus eine „schwarze Kaste“, die praktische Rechtsprechung, aus der sich der Sohn Sydney mit einem, dem seiner Schwester vergleichbaren, Vorwurf zurückzieht und sich rechtswissenschaftliche Bereichen zuwendet. Wohlmann (Wohlmann 2019) weist auf die Bedeutung hin, welche mit dem so genannten „narrative turn“ ausgangs des 20. Jahrhundert und dem „story telling“ für die Strukturierung von Identität, Wissen und Macht verbunden ist. Die Auseinandersetzung mit Literatur bietet der „weißen“, der „schwarzen“ und anderen Kasten Chancen, die eigene (professionelle) Identität, Haltung, Fragen von Macht und Wissen zu überdenken und zu erden.

## Literatur

- Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit: Stuttgart Klett-Verlag, 1976 4. Aufl.  
 Charon R (2000). Reading, Writing, and Doctoring: Literature and Medicine. The American Journal of the Medical Sciences Vol 319 Issue 5, May 2000: 285-291  
 Gummerbach E, Hager C (2019). „Ärzte in der Literatur“- Wahlfach im Curriculum Humanmedizin an der HHU Düsseldorf. Der Mensch 59 2-2019: 36-39  
 Hunter KM Charon R, Coulehan JL (1995). The study of literature in medical education. *Academic Medicine*,70(9): 787-794  
 Marinic J: Maß aller Dinge Süddeutsche Zeitung. 15.05.2020  
 Mercier P: Das Gewicht der Worte (2020) München: Carl Hanser Verlag, 2020  
 Schmitz H (2015).selbst sein. Über Identität, Subjektivität und Personalität Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2015: 158f  
 Solschenizyn A (1968). Krebsstation Bd. I u. II 1968 Neuwied und Berlin: Luchterhand-Verlag 1968  
 Wohlmann A, Halstein M (2016). Narrative Medizin: ein Pilotprojekt im Skills Lab der Universitätsmedizin Mainz. Z Allg Med 2016; 92: 456-460  
 Wohlmann A (2019). „Zwischen Selbstsorge und Heilsversprechen: Über den Einsatz von literarischen Texten in der Narrativen Medizin“. Der Mensch 59 2-2019 7-13

## Gernot Rüter

ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Chirotherapie und Palliativmedizin. Er war von 1980 bis 2020 als Hausarzt niedergelassen, inzwischen im Ruhestand. Viele Jahre akademischer Lehrarzt der Universität Tübingen. Knapp 3 Jahrzehnte Moderator eines hausärztlichen Qualitäts- und Forschungszirkel. Wissenschaftliche Kooperation mit allgemeinärztlichen Lehrstühlen und dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg. Forschungsthemen: Tumorpatienten in der Hausarztpraxis, Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus. Langjährige Balintgruppenarbeit. Mehrfach Referent für das Philosophicum für Mediziner der Universität Würzburg.



## KOMPETENTE BERATUNG VON MENSCHEN MIT UNERKLÄRLICHEN, PARANORMALEN ERFAHRUNGEN



Sarah Pohl

### Einführung in die Beratung von Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen

Vom Grundlagenwissen bis zur praktischen Arbeit

Mit 50 farbigen Bildkarten

V&amp;R

2020. 304 Seiten, mit 50 farbigen Bildkarten in separater Kartenbox, gebunden  
 € 49,00 D

ISBN 978-3-525-40397-6

Normalisieren statt pathologisieren oder bagatellisieren: Dieses Handbuch führt in die Beraterische und therapeutische Arbeit mit Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen ein.



Vandenhoeck &amp; Ruprecht Verlage

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com