

Karin Birkner

IV.1.9 Erzählen im Arzt/Patient-Gespräch

Trotz zunehmender Technisierung im Gesundheitswesen gehört das Gespräch in seinen unterschiedlichsten Erscheinungsformen nach wie vor zum zentralen Handwerkszeug der sogenannten Helfenden Berufe (Graf und Spranz-Fogasy [im Ersch.]; Sator und Spranz-Fogasy 2011, 378; für einen linguistischen Forschungsüberblick vgl. Nowak 2010). Dies rückt seit geraumer Zeit wieder stärker ins Bewusstsein, so dass in der Medizin bisweilen schon von der „linguistischen Wende“ (Menz 2015, 75) die Rede ist. Dabei werden dem Gespräch verschiedenste Funktionen zugeschrieben, vom heilenden Sprechen (nicht zuletzt in der Therapie) über Beziehungstiftung und Identitätsrelevanz bis hin zum Instrument des Informationsaustausches.

Arthur Kleinman, Psychiater und Medizinischer Anthropologe der Harvard Medical School und prominenter Vertreter der narrativen Medizin, gibt den Ärztinnen und Ärzten folgende Maxime auf den Weg: „Listen to the patient, he is telling you the diagnosis.“ (Kleinman 1988, 130) Ein Akzent liegt dabei auf dem *telling*, denn den Ausgangspunkt seiner Überlegungen bildet die Überzeugung: „[P]atients order their personal experience of illness – what it means to them and to significant others – as personal narratives“ (Kleinman 1988, 49). Kleinman gilt als derjenige, der wesentlich dazu beigetragen hat, dass autobiografische Krankheitserzählungen (auch Krankheitsnarrative; vgl. Abschnitt 2) zu einem eigenen Forschungsbereich wurden. Die Ursachen für die zunehmende Bedeutung, die Krankheitserzählungen beigemessen wird, sind in verschiedenen Entwicklungen seit Mitte des 20. Jahrhunderts zu sehen: Das Auftreten von HIV/AIDS, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Krebs (wohl nicht zuletzt durch die Steigerung der Lebenserwartung), die Kommerzialisierung der Medizin wie auch niedrigschwellige Publikationsmöglichkeiten und die Verfügbarkeit von entsprechenden Texten im Internet (vgl. Jurecic 2012).

Insbesondere Beschwerdenexploration und Diagnose beruhen in hohem Maße auf dem Wissen der Betroffenen, das im Arzt/Patient-Gespräch (im Folgenden: APG) elizitiert werden muss. Da Geschichten Auskunft geben über Relevanzen, Belastungen und Bewältigungsstrategien, können Erzählungen von Betroffenen auch für medizinische Zwecke sinnvoll genutzt werden. Sie erlangen trotz ihres subjektiven und lebensweltlichen Charakters Beweisstatus, wenn ‚objektive‘ diagnostische Indikatoren fehlen (z. B. bei psychischen Störungen, Schmerzchronifizierung, medizinisch unerklärten Symptomen [MUS]). Aber nicht allein der Informationsaustausch, auch die Güte der Arzt/Patient-Beziehung ist ein Erfolgsfaktor für die Behandlung; umgekehrt sind Vertrauen, ein