

Nebensachen
Ansichten eines Arztes

Dieter Janz

Nebensachen

Ansichten eines Arztes

Gespräche

Mit Texten zu Hippokrates und Paracelsus,
Raffael und Dostojewski

Herausgegeben von Sebastian Kleinschmidt
und Matthias Weichelt



Matthes & Seitz Berlin

Inhaltsverzeichnis

Gespräche mit Sebastian Kleinschmidt und Matthias Weichelt	7
Texte zur Epilepsie 1948–2010	
I Wut und Anfallgeschehen	78
II Leitbilder der Epilepsie bei Hippokrates und Paracelsus	137
III Epilepsie metaphysisch betrachtet. Eine Deutung der biblischen Geschichte von dem epileptischen Jungen und von Raffaels »Transfiguration«	176
IV Anmerkungen zu Epilepsiegestalten bei Dostojewski	196

V Zum Konflikt von Kreativität und Krankheit: Dostojewskis Epilepsie	210
Editorische Notiz	235
Nachweis der Erstdrucke	236
Biographische Angaben	238

Sebastian Kleinschmidt, Matthias Weichelt

Gespräche mit Dieter Janz

I

SEBASTIAN KLEINSCHMIDT: Sie sind Arzt, Neurologe, Ihre Spezialität ist die Epileptologie. Generell aber verstehen Sie sich als Gewährsmann der anthropologischen Medizin. Was haben wir uns darunter vorzustellen?

DIETER JANZ: Es ist nicht ganz einfach zu sagen, was medizinische Anthropologie bzw. anthropologische Medizin ist, aber versuchen wir es. Die drei Stücke, die Viktor von Weizsäcker 1927 für die Zeitschrift »Kreatur« verfaßt hat, nämlich »Der Arzt und der Kranke«, »Die Schmerzen« und »Krankengeschichte«, nannte er Stücke einer medizinischen Anthropologie. Und dort sagt er, das Urphänomen der medizinischen Anthropologie und der Hauptgegenstand ihres Wissens sei der kranke Mensch, der eine Not hat, der der Hilfe bedarf und dafür den Arzt ruft. Und dieser Ursprungssituation sollte das Verhältnis von Krankheit und Medi-

zin entsprechen. Die Medizin, wie sie gelehrt wird, ist eine Medizin, die sich mehr einem Etwas zuwendet als einem Jemand. Dieses Gewichtsverhältnis zu ändern, das heißt die Beziehung zwischen Arzt und Krankem menschlich ernst zu nehmen, ist die Absicht einer anthropologischen Medizin. Bis hierhin ist das alles sehr einfach. Der nächste Schritt, der nächste Gedanke ist, sich zu fragen, was unterscheidet den kranken Menschen der anthropologischen Medizin vom Patienten der Schulmedizin? Antwort: daß man ihn als Objekt begreift, das ein Subjekt enthält, und daß der Arzt dieses Subjekt erkennt und anerkennt. Und nun beginnt ein Gespräch. Die Anamnese aus der Schulmedizin gilt natürlich auch in der anthropologischen Medizin. Aber hier wird sie zum Gespräch, in der Schulmedizin ist es eine Erhebung. Eine Erhebung von Tatsachen nach einem gewissen Schema, zuerst Familiengeschichte, also Auflistung der Krankheiten der Eltern und Geschwister, dann der Kinderkrankheiten, der Geschlechtskrankheiten und anderer Leiden, schließlich der Operationen, während in der anthropologischen Medizin der Arzt fragt: Wo fehlt es? Oder, was fehlt Ihnen? Und dann aufmerksam lauscht. Das Lauschen ist eine außerordentlich bedeutsame ärztliche Handlung, auch weil sie alle möglichen Neben-

töne mithört. Und das, was der Kranke sagt, führt hin auf den Weg der Heilung, denn er ist es doch, der gesund werden will. Hinzu kommt, daß der Patient mehr von der Krankheit weiß als der Arzt, Dinge weiß, die sich erst im Gespräch erschließen. Und so beginnt der Arzt mit den einfachen, im gewissen Sinne klassischen Fragen: wo, wann, was und warum? Also wo: Wo spüren Sie etwas? Das geht zunächst mal auf die Anatomie zu, wobei die objektive Anatomie eine andere ist als die subjektive, das muß man im Auge haben. Dann das Wann. Wann ist das passiert, wann haben Sie das zuerst wahrgenommen, wann spüren Sie das, wann tritt das auf? Dieses Wann meint mehr als nur die Zeitangabe, es zielt auf den Kontext der Situation, in der die Symptome sich zuerst und dann immer wieder zeigten. Dann geht es zum Was, der Art der Beschwerde. Mechthilde Kütemeyer, eine befreundete Ärztin, hat mir mal erzählt, daß man aus der Heftigkeit, mit der der Kranke seine Schmerzen schildert, auf die Dramatik des Traumas schließen kann. Also auch Nuancen spielen eine Rolle. Und schließlich kommt die letzte Frage, die Frage nach dem Warum. Im schulmedizinischen Verständnis ist das eine Frage nach der Ursache, im anthropologischen aber eine nach dem Sinn. Und das ist ein entscheidender Unterschied.

Empirisch gibt es darauf ganz bezeichnende Antworten. Zum Beispiel eine solche: Das müssen *Sie* doch wissen. Das ist oft ein Hinweis darauf, daß der Kranke nicht mitmacht bei der Ursachenfindung, er bietet das Symptom, und der Arzt soll damit umgehen. Aber so geht das in der anthropologischen Medizin eben nicht. Und nun fragt der Arzt: Was meinen Sie denn, wo das herkommt? Und es ist erstaunlich, was da so herauskommt. Zunächst die Spitzen: Daß man überhaupt so was gefragt wird. Dann die Scheu zu sagen, was man sich selber dabei gedacht hat. Das sind aber Abwehrversuche, die man überwinden muß als Frager. Damit darf man sich nicht zufriedengeben, sondern muß weiter insistieren, und zwar in einer Weise, die es dem anderen erlaubt, ungeniert auch dumme Sachen zu sagen. Und die dummen Sachen sind oft die, die helfen, einen Weg zu finden. Das gilt auch für organische Krankheiten. Es kommt vor, daß sich hier eine psychoneurotische Konstellation anschultert. Zum Beispiel bei Kranken mit einer Multiplen Sklerose oder mit Gelenkrheumatismus. Wenn man fragt, wo das ihrer Meinung nach herkommt, kann einem gleich ein ganzes Familiendrama erzählt werden. Wenn man die Biographik bei chronischen Krankheiten studiert, muß man die erste Schicht wegnehmen, um zu einer tieferen

zu gelangen. Zuerst kommen etwa Aggressionen gegen einzelne Familienmitglieder zur Sprache, deren Berechtigung zweifelhaft ist. Und erst dann erscheint vielleicht etwas von Bedeutung, das man in Pathogenese und Therapie einbeziehen sollte. Also das ist die Frage nach dem Warum. So fein sind die Unterschiede zwischen Schulmedizin und anthropologischer Medizin. Das philosophische Gerüst – besser die ärztliche Einstellung – dahinter ist entscheidend. Das gilt besonders für die Sinnfrage. Die kann ja nur gestellt werden, wenn der Arzt eine Vorstellung hat, was der Sinn sein könnte, und wenn der Kranke bereit ist, mitzudenken. Man braucht ja vom Sinn nicht gleich eine umfassende Vorstellung zu haben. Es muß sich einem auch nicht alles sofort erschließen. Weizsäcker benutzt für den Begriff Sinn oft den der Bestimmung. Er fragt, welche Bestimmung hat eine Krankheit in einem Leben. Und man kann, ja, man muß unterscheiden zwischen einer vorletzten und einer letzten Bestimmung. Ich weiß nicht, wo diese Unterscheidung herkommt. Vielleicht wissen Sie es.

KLEINSCHMIDT: Nicht auf Anhieb, aber es leuchtet natürlich ein. Man muß ja nur auf die Sprache hören. Wir haben doch die Eschatologie, die Lehre von den letzten Dingen, und von da ist es nur ein Katzensprung zurück zu

den vorletzten. Und so kommt man darauf. Und schon öffnet sich ein neuer Raum.

JANZ: Und wenn man einen Sinn hat dafür, daß es das Vorletzte und Letzte gibt, ist man viel freier, auch danach zu fragen. Das ist doch das Merkwürdige, daß die letzten Dinge auf die vorletzten abfärben. Philosophisch gesehen ein interessantes Phänomen. Deswegen ist die anthropologische Medizin für den nachdenklichen Arzt so anziehend.

KLEINSCHMIDT: Genaugenommen sprechen Sie ja jetzt über Formen der kooperativen Diagnostik zwischen Arzt und Patient. Und da sollte man die Hermeneutik ins Spiel bringen, und zwar in ihrer Gadamerischen Form. Hans-Georg Gadamer hat sein langes Gelehrtenleben lang immer wieder neue Auslegungen dessen gegeben, was Hermeneutik ist. Und eine davon lautet, daß der hermeneutische Zugang zu einem Text – im Falle der Krankheit müßte man sagen zum Text der Erkrankung – darin besteht, ihn als Antwort zu verstehen, genauer gesagt als Antwort auf eine Frage, die man noch nicht kennt. Das Gespräch bestünde dann darin, vom Antwortcharakter des Textes zur Rückgewinnung der verborgenen Frage zu gelangen.

JANZ: Ja, das ist ganz richtig. Das muß auch hier der Zugang sein, nämlich auszugehen von

der festen, auf Erfahrung gegründeten Zuversicht, daß hinter der Krankheit ein verborgener Sinn liegt, den der Kranke nicht unmittelbar weiß und den auch der Arzt nicht weiß, und in diesem gemeinsamen Erforschen, diesem gemeinsamen Erkennen sich am Ende einig zu werden, worin dieser Sinn besteht. Das ist übrigens etwas, was man auch in der Psychotherapie erfährt, daß nämlich nur die Deutung wirkt, die dem Patienten einleuchtet.

KLEINSCHMIDT: Man müßte nicht einmal sagen, daß die Deutung stimmt, es genügt festzustellen, daß sie wirkt.

JANZ: Das ist der Schlüssel in der Medizin. Das Wirksame ist das Wahre. Entscheidend ist, zu verstehen, daß Krankheit immer in einen lebensgeschichtlichen Zusammenhang eingebettet ist und daß die ihr zugrunde liegenden Konflikte und Spannungen verborgen sind. Will man sie ans Licht bringen, muß man in die Biographie des Kranken einsteigen. Aus der biographischen Einbettung der Krankheit ergibt sich, daß der Mensch ein zeitgebundenes Wesen hat. Auch Krankheit hat daran teil. Zeitgebundenheit der Krankheit bedeutet, daß durch die Behandlung keine Restitution des vor der Krankheit herrschenden Zustandes erfolgt, daß Heilung nicht heißt: nach der Krankheit ist vor der Krankheit.

KLEINSCHMIDT: Im Gegensatz zum Fußball, wo die Trainer immer sagen: Nach dem Spiel ist vor dem Spiel. Natürlich, der Vergleich hinkt ein wenig ...

JANZ: Ja, ja. Und es ist ungeheuer wichtig, das ernst zu nehmen, daß der Mensch nach der Krankheit nicht der Mensch vor der Krankheit ist, nicht sein kann. Auch wenn er selber meint, es zu sein.

KLEINSCHMIDT: Also keine Wiederherstellung. Es gibt zwar Gesundheit, aber Heilung ist keine Rückkehr zum vorigen Zustand.

JANZ: Es gibt sie nicht, die *Restitutio ad integrum*. Gesundheit ist keine Wiederherstellung.

KLEINSCHMIDT: Da der laienhafte Patient ja mitsprechen darf in der anthropologischen Medizin, würde ich sagen, daß in der Gesundheit doch ein Moment der Wiederherstellung steckt. Da muß man gar nicht das Bild der Reparatur bemühen. Jede Erkrankung wirft den Menschen aus der Bahn, und jede Gesundheit führt ihn in die Bahn zurück. Das ist eine Art Wiederherstellung. Aber natürlich nur eine auf Zeit. Als ich eben bei Ihrer Formel »nach der Krankheit *ist nicht* vor der Krankheit« zum Kontrast auf die Fußball-Formel »nach dem Spiel *ist* vor dem Spiel« verwies, merkte ich erst hinterher, daß dies, übertragen auf unser Ge-

biet, in einem anderen Sinne doch stimmt. Denn niemand kann nach einer Heilung sicher sein, daß er fortan nicht wieder krank wird. Insofern gilt: nach der Krankheit *ist* vor der Krankheit. Die nächste Herausforderung wartet schon auf uns.

JANZ: Aber doch mit einer Erfahrung hinter uns.

MATTHIAS WEICHELT: Vielleicht muß man den Gedanken der Wiederherstellung ein bißchen genauer fassen. Natürlich geht es darum, daß der Mensch wieder mit sich ins reine kommt, daß er nicht mehr sagt, mir fehlt etwas. Nur muß man die Entwicklung dabei mitdenken. Der Mensch, der eine Krankheit durchgemacht hat und von ihr genesen ist, ist nicht mehr derselbe, der er ohne diese physische und geistige Erfahrung war. Er ist ein anderer geworden, und trotzdem wieder bei sich.

JANZ: Ja, so ist es. Und noch mehr. Man erlebt sich wieder neu. Diese Krankheit hatte man ja vorher nicht gehabt. Und es war noch von einem anderen Punkte aus zu zeigen: Der Umgang mit einer Krankheit sollte darauf gerichtet sein, dahinterzukommen, was jemanden krank gemacht hat. Das bedeutet für Arzt wie Patient, die Wahrheit der Krankheit zu finden. Weizsäcker sagt: Jede Krankheit ist eine Krise der Wahrheit und eine Anerbietung von

Wahrheit. Wird man wieder gesund, hat man sich also mit dieser neuerrungenen Wahrheit restituiert. Und noch ein Gedanke. Nämlich die Frage, was wird dieser Mensch? Und zwar sowohl in der Krankheit wie in der Gesundheit. Der Mensch ist immer auf dem Weg. Auf dem Weg zu seiner Bestimmung.

KLEINSCHMIDT: Das berühmte »Werde, der du bist«. Ein Paradox, deswegen ist es ja so schön.

JANZ: Ich hatte jetzt mehr an die Beziehung von Krankheit und Gesundheit gedacht. Ich würde sagen, der Mensch ist immer auf dem Weg hin zur Gesundheit oder weg von der Gesundheit. Er ist immer auf dem Weg hin zu seiner Bestimmung oder weg von seiner Bestimmung. Das meint Weizsäcker.

KLEINSCHMIDT: Ja, das gibt zu denken.

JANZ: Das führt zur Frage des Gesundheitsbegriffs. Für Freud ist die Genußfähigkeit das Leitbild von Gesundheit. Für die Schulmedizin ist es die Leistungsfähigkeit, für die Sozialmedizin die Arbeitsfähigkeit. Das sind alles mehr oder weniger Fremdbestimmungen. Weizsäcker versucht davon wegzukommen, er sagt einmal, Krankheit sei genauso eine Art von Menschlichkeit wie Gesundheit. Gemeint ist, sich menschlich in der Zeit verändern, wachsen, reifen, sterben können.

WEICHELT: Das ist doch eine sehr positive Grundsicht von Krankheit.

JANZ: Ja, ich finde es auch positiv, und zwar im Sinne eines ernstesten Zurüstens auf Leben, Lebendigkeit, Entwicklung, und am Ende auf den Tod.

WEICHELT: Das ist das Gegenteil dessen, was heutzutage als erstrebenswert gilt, nämlich das Leben verlängern, immer älter werden, vor allen Dingen den Tod hinauschieben.

KLEINSCHMIDT: Sie haben von der Wahrheit gesprochen, Herr Janz. Und Sie haben gesagt: Wahr ist, was wirksam ist. Man könnte auch sagen: wirksam ist nur die Deutung, über die sich Arzt und Patient im Laufe der Gespräche einig werden. Aber sind denn Wahrheit und Deutung immer heilungsfördernd? Es kann doch auch eine Wahrheit festgestellt werden, die keine Aussicht auf Gesundung eröffnet.

JANZ: Ja, es gibt Krankheiten, die nicht heilen. Franz Rosenzweigs Krankheit, das war so eine. Er litt an einer amyotrophen Lateralsklerose, einer unaufhaltsam fortschreitenden Erkrankung des motorischen Nervensystems. Und daran ist er auch zugrunde gegangen.

KLEINSCHMIDT: Nein, nein, das meinte ich nicht. Sie haben einmal vom Wahrheitsexhibitionismus in der heutigen Ärzteschaft gesprochen, während früher das Gegenteilige

galt, nämlich extreme Wahrheitsscheu. Die Scheu bezog sich aufs Mitteilen, nicht aufs Erkennen. Der Arzt wußte mehr und hat es dem Patienten nicht gesagt. Wie steht es mit der Offenheit des Arztes, wenn die Wahrheit bitter und nichts als bitter für den Kranken ist?

JANZ: Offenheit muß nicht zu Reden führen, eine bittere Wahrheit kann man auch schweigend zum Ausdruck bringen. Weizsäcker erzählt, daß Rosenzweig, nachdem er ihn untersucht hatte, nur gesagt habe: Ich frage meine Ärzte nicht, denn ich will nicht, daß sie lügen. »Wir setzen uns zu Tische, als ob nichts vorgefallen wäre.« Das war eine Situation unter Freunden, die sich gut kannten. Dem mit ihm befreundeten Internisten Siebeck, der ihn fragt, ob er sich nicht falsch verhalten habe, ob er den sein Magenkarzinom strikt leugnenden Chirurgenkollegen nicht eindringlich mit der wahren Diagnose hätte konfrontieren müssen, gibt Weizsäcker schlicht zur Antwort: »Hat er wirklich seine Fragen mit der Aufrichtigkeit und Ruhe gestellt, bei der eine wahrheitsgemäße Antwort dann auch gar nicht mehr so unmöglich schwer ist?« Das ist die Aufgabe für den Arzt, eine Situation zu ermöglichen, in der Aufrichtigkeit und Ruhe entsteht als Vorbedingung für die Wahrheit, »die dann nicht mehr so schwer ist«. Man sagt, daß heute die meisten

Menschen im Krankenhaus sterben. Darum ist auch Weizsäckers nächster Satz, den er seinem Freund schreibt, von brennender Aktualität: »Ein hilfloses Hineingleiten in eine Situation vor dem Tode, zu deren bewußter Beherrschung doch nicht nur Charakter, sondern auch eine bestimmte geistige Form gehören würde, ist mir eigentlich sehr verständlich und eine ganz gradlinige Folge der ganzen Unsinnigkeit der wissenschaftlichen Medizin« – worunter er eine rein naturwissenschaftliche Medizin versteht. In der alten Medizin ist der Arzt gegangen, wenn der Tod kam. Zu einer humanen Medizin gehört das Sterben mit dazu.

Wahrheit am Krankenbett ist eine bipersonale Beziehung. Der Arzt muß zwischen sich und dem Kranken immer wieder neu die Situation von Frage und Antwort herstellen, von Weiterfragen und Weiterantworten. Und dann zeigt sich, daß sich beide um die Krankheit bemühen, aber das können sie nur, indem sie an das Verborgene herankommen. Und das, was verborgen ist, ist die Wahrheit über diese Krankheit. Natürlich ist das eine absolute ideale Vorstellung, die wir uns jetzt machen, denn wir haben noch nicht vom Widerstand gesprochen, der in jedem Patienten steckt und der schon in dem Satz erscheint: Ich komme zu Ihnen, weil ich gesund werden will. Der Arzt,

der weiß, was auf ihn zukommt, müßte das Gespräch eigentlich so beginnen: Wissen Sie, was Sie damit sagen? Wissen Sie, was das bedeutet? Wissen Sie, was für Sie gesund ist? Aber so geht das natürlich nicht. Es kommt darauf an, das Angemessene zu tun, und zwar in jeder Situation. Und das Gespräch ist nicht immer das Angemessene. Nehmen wir jemanden mit akutem Bandscheibenvorfall, der über die Notaufnahme in die Klinik kommt. Er ist vollkommen krumm und steif und hat wahnsinnige Schmerzen. Hier ist unmittelbare Hilfe gefordert. In diesem Zustand beginnt man kein Arzt-Patienten-Gespräch.

II

WEICHEL: Wie kamen Sie eigentlich zu dem Entschluß, Medizin zu studieren?

JANZ: Ich hatte einen Mitschüler, der zu Hause ein kleines Laboratorium besaß und chemische Experimente machte. Das hat mich beeindruckt. Und der war entschlossen, Medizin zu studieren. Außerdem hatte ich mit siebzehn gehört, daß man sich melden könne, wenn man auf der PÉpinière in Berlin Medizin studieren wolle. Die PÉpinière war eine Pflanzstätte für Militärärzte, dort konnte man umsonst stu-

dieren. Man wäre, wenn man genommen worden wäre, Fähnrich geworden und hätte sich festlegen müssen, auf zehn oder zwanzig Jahre beim Militär zu bleiben. Mein damaliger Pfadfinderführer, er war vier oder fünf Jahre älter als ich, war Medizinstudent beim Militär. Der ist noch im Krieg Militärarzt geworden. Und der hat mir in gewisser Hinsicht Eindruck gemacht. Er gefiel mir in seiner Uniform. Ich wußte nicht, ob ich je eine so eindrucksvolle Gestalt würde abgeben können. Ich habe mich nicht so gutaussehend, nicht so kerzengerade gewachsen gesehen. Im übrigen fragt man sich, was kommt denn überhaupt in Frage. Es kam eigentlich nur in Frage: entweder Lehrer oder Richter oder Pfarrer oder eben Arzt. Was gab es denn sonst?

WEICHEL: Journalist.

JANZ: Nein, das kam nicht in Frage. Mein Vater war Pfarrer, er hat es ungern gesehen, wenn ich Zeitung las. Er fand das Deutsch, das in der Zeitung geschrieben wurde, nicht besonders förderlich für den Stil. Er hat gesagt, wenn du in der Schule einen Aufsatz zu schreiben hast, lies einige Tage vorher keine Zeitung.

Mit der Vorstellung, Pfarrer zu werden, hatte ich auch gespielt. Vor der Aufgabe zu stehen, jeden Sonntag für eine halbe oder dreiviertel Stunde etwas Wesentliches, Bedeutsames und

Biographische Angaben

Janz Dieter, geb. 1920 in Speyer, Nervenarzt, lebt in Berlin. Studium der Medizin in Marburg, Frankfurt, Prag und Freiburg, 1961 außerplanmäßiger Professor in Heidelberg, 1973–88 (emeritiert) ordentlicher Professor für Neurologie an der Freien Universität Berlin. Sein Standardwerk »Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie« erschien 1969 (unveränd. 2. Auflage 1998). Mitherausgeber der Gesammelten Schriften Viktor von Weizsäckers.

Sebastian Kleinschmidt, geb. 1948 in Schwerin, 1991–2013 Chefredakteur von Sinn und Form, lebt in Berlin. 2014 erschien, von ihm herausgegeben, »Botho Strauß. Allein mit allen. Gedankenbuch«, 2015 »Gedicht und Gedanke. Neun Interpretationen«.

Matthias Weichelt, geb. 1971 in Hohenstein-Ernstthal/Sachsen, seit 2013 Chefredakteur von Sinn und Form, Mitherausgeber der kommentierten Nelly-Sachs-Werkausgabe.

Abbildungsnachweise

Raffael, Transfiguration (Öl auf Leinwand, 1520),
S. 178 und als Beilage

Raffael, Mann mit von Dämonen besessenem Sohn
(Rötelzeichnung, um 1515), S. 190

Aufnahme eines postural fit,
Universitätsklinik Bonn, S. 192

Erste Auflage Berlin 2017

Copyright © 2017

MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH

Göhrener Str. 7 | 10437 Berlin

info@matthes-seitz-berlin.de

Alle Rechte vorbehalten.

Satz: psb, Berlin

Druck und Bindung: Art Druk, Szczecin

Umschlaggestaltung nach einer Idee

von Pierre Faucheux

ISBN 978-3-95757-343-8

www.matthes-seitz-berlin.de