

Bettina von Jagow und Florian Steger

Was treibt die Literatur zur Medizin?

Ein kulturwissenschaftlicher Dialog



Bettina von Jagow, Was treibt die Literatur zur Medizin?

Bettina von Jagow und Florian Steger

Was treibt die Literatur zur Medizin?

Ein kulturwissenschaftlicher Dialog

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-21019-2

Umschlagabbildung: Der Arzt. Allegorischer Stich von M. Engelbrecht.
Deutschland, um 1735 (Paris, Bibl. des arts décoratifs)

© 2009 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen / www.v-r.de
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke. Printed in Germany.
Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co, Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Geleitwort	7
Einleitung	9
Erste Näherung: Patientenautonomie und Literatur	17
Zweite Näherung: Psychiatrie und Literatur	35
Dritte Näherung: Kommunikation und Literatur	59
Vierte Näherung: Ärzte als Literaten – Literaten als Ärzte	75
Ausblick	95
Literatur	109
Personenregister	123

Geleitwort

Apollo ist der Gott der Heilkunst und der Künste. Medizin ist nicht nur Wissenschaft (*scientia*), sondern auch Kunst (*ars*). Alle Künste besitzen therapeutische Kräfte und gehen zugleich in dieser Funktion nicht auf. Ein berühmter Aphorismus von Hippokrates über Wesen und Aufgaben der Medizin, der bis in die Gegenwart Gültigkeit besitzt, beginnt mit dem Satz »Die Kunst ist lang, das Leben kurz« (*»ars longa, vita brevis«*). Therapie meint ursprünglich nicht nur Behandlung und Heilung, sondern immer auch Begleitung und Beistand. Die Werke der Kunst zielen bei allen Überschneidungen in eine die Medizin überschreitende Tiefe: »Poësie ist die große Kunst der Construction der transcendentalen Gesundheit. Der Poët ist also der transcendente Arzt« (Novalis, *Logologische Fragmente*, 1798).

Seit der Antike hat sich die Literatur der Medizin zugewandt, hat ihre Welt wiederholt dargestellt und gedeutet: Erscheinungen der Krankheit (Pathophänomenologie), Krankheitsursachen (Ätiologie), Methoden der Erkenntnis und Formen der Behandlung (Diagnose und Therapie), Gefühle, Wünsche und Vorstellungen des Kranken (Subjektivität des Kranken), Wissen, Denken und Verhalten der Ärzte (Arztbild), Praxis, Krankenhaus, Sanatorium (medizinische Institution), Verständnis und Unterstützung der Umwelt (soziale Reaktionen) und schließlich ideelle Bedeutung (Symbolik). Nach Kafka soll das Buch »wie die Axt sein für das gefrorene Meer in uns« (Franz Kafka an Oskar Pollak, 27. 1. 1904).

Umgekehrt hat auch die Medizin innere Verbindungen und Gemeinsamkeiten mit der Literatur hervorgehoben, hat Krankheitsbezeichnungen aus literarischen Texten übernommen, hat Intuition, Empathie, Aufklärung, Psychotherapie und Operation auf das Wesen der Kunst und ästhetische Kategorien bezogen. Zahlreiche Ärzte waren gleichzeitig in Medizin und Literatur aktiv, verfassten Texte der Lyrik und Prosa, trugen als Grenzgänger zu Wechselbeziehungen und gegenseitigem Verständnis bei. So zweifelt der Schriftsteller und Arzt Čechov nicht daran, dass seine medizinische Tätigkeit seine literarische Produktion wesentlich förderte: »Sie hat in bedeutendem Maße meinen Horizont erweitert und mich mit Kenntnissen bereichert, deren Wert für mich als Schriftsteller nur der ermessen kann, der selbst Arzt ist« (A.P. Čechov an G.I. Rossolino, 11. 10. 1899). Vier Künste sind für Medizin und Lebenswirklichkeit elementar: Lebenskunst, Kunst des Krankseins, Sterbekunst, Kunst des Beistands.

Raum und Zeit spielen eine wichtige Rolle, haben sich auf die Zuwendung der Literatur zur Medizin ausgewirkt. Fortschritte der Medizin in Diagnostik und Therapie, sozialkulturelle Veränderungen sowie der Wandel der Literatur

in den vergangenen Epochen sind von Einfluss gewesen. Auch beim einzelnen Schriftsteller lassen sich Entwicklungen in der Beziehung zur Medizin beobachten.

Die Gattungen der Literatur – Erzählung, Roman, Drama, Gedicht – haben ihrerseits spezifische Affinitäten zu den Dimensionen der medizinischen Welt; Gedichte greifen vor allem Gefühle und Gedanken des Kranken auf, während Romane Gesundheit und Krankheit eher mit sozialen Beziehungen und historischen Verhältnissen verbinden. Ebenso bieten die medizinischen Disziplinen unterschiedliche Möglichkeiten der Literarisierung; Psychiatrie unterscheidet sich von Chirurgie, Pädiatrie von Gynäkologie, Diagnostik ist mit Therapie nicht identisch, Lehre und Forschung besitzen ihre eigene Logik.

Bei allen Differenzen gibt es auch Kontinuitäten, zeit- und epochenübergreifende Aspekte und Seinsebenen der Medizin, Literatur und Anthropologie. Beispielhaft für diese komplexe Verbindung von Wandel und Dauer sind die Auffassungen über Wille und Wohl des Kranken, seine Autonomie und Abhängigkeit, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, das Bild des Arztes in seinem Gelingen oder Versagen, als Therapeut, Lehrer, Forscher oder Gesundheitspolitiker.

Bettina von Jagow und Florian Steger, die sich mit verschiedenen Veröffentlichungen und vor allem mit der gehaltreichen Edition des Lexikons *Literatur und Medizin* (Göttingen 2005) der Beziehung von Medizin und Literatur erfolgreich zugewandt haben, sind erneut mit der Untersuchung *Was treibt die Literatur zur Medizin? Ein kulturwissenschaftlicher Dialog* an die Öffentlichkeit getreten. Grundsätzliche Reflexionen über diese Begegnung stehen neben spezifischen Ausführungen zur Patientenautonomie, Psychiatrie und Kommunikation, zu Ärzten als Schriftstellern und zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff.

Wieder zeigt sich, welche vielfältigen und wichtigen Impulse Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sowie die verschiedenen Literaturwissenschaften aus diesem Dialog von Literatur und Medizin gewinnen können. »Die harte Rinde der Natur und gewöhnlichen Welt machen es dem Geiste saurer zur Idee durchzudringen als die Werke der Kunst« (Hegel, *Vorlesungen über die Ästhetik*, posth. 1835).

Weitere Themen, Disziplinen und Epochen bieten sich als Fortsetzungen an. Literaturwissenschaftler und Mediziner sowie Freunde der Literatur werden von den Beobachtungen, Hinweisen und Interpretationen angeregt sowie zu eigenen Überlegungen stimuliert. Wissenschaft und Kunst können damit im Sinne von Hippokrates das Leben des lesenden und denkenden Menschen bereichern und verlängern.

Dietrich v. Engelhardt (Lübeck)

Einleitung: Was treibt die Literatur zur Medizin? Methodisch-theoretische Überlegungen zum Dialog von Literatur und Medizin

Die Beziehung zwischen Literatur und Medizin besitzt zahlreiche Dimensionen und steht in einer langen Tradition, die mit unterschiedlichen Stationen und Zäsuren bis in die Antike zurückreicht. Medizin ist seit der Antike als heilkundliches Wissen über die Natur und den Menschen zu fassen (allgemein Leven 2005; speziell: Wittern 1994a und 1996a). Man denke an (1) Krankheitsbeschreibungen wie beispielsweise die bei Homer literarisch inszenierte Wundversorgung durch Machaon, an (2) Darstellungen auf antiken Gefäßen, so zum Beispiel wie Achill Patrokolos einen Pfeil aus dem Oberarm entfernt und diesen dann verbindet, man denke an (3) die attischen Tragiker, so an Sophokles und beispielsweise an seinen *Philoktet*, oder an (4) das ausgeprägte Fachschrifttum, das bis zu den Hippokratischen Schriften zurückreicht. Dietrich von Engelhardt setzt hier an und schreibt (von Engelhardt 2005a):

Krankheit und Schmerz, Geburt und Tod werden immer wieder in literarischen Texten ebenso dargestellt und gedeutet wie Patient, Arzt, Therapie und medizinische Institution. Schriftsteller sind Ärzte oder Ärzte Schriftsteller. Künstler erkranken, Krankheit bringt auch Kunst hervor. Literatur ist zwar nicht Medizin und kann doch zu einem Instrument der Therapie werden; Medizin ihrerseits unterscheidet sich von Kunst, auch wenn ärztliches Handeln künstlerische Momente enthält.

Versucht man zu verstehen, wie es zu jenen medizintheoretischen Grundlagen des Abendlandes gekommen ist, welche die Medizin bis zum Einsetzen einer zunehmend naturwissenschaftlich geprägten Ausrichtung bestimmten – man denke in diesem Zusammenhang nur an die Wirkungsgeschichte der Humoralpathologie – so ist ein dichtes Flechtwerk von Grenzüberschreitungen zu beschreiben: Impulse aus dem Vorderen Orient wurden im antiken Griechenland transformiert und modifiziert, sie wurden in Auseinandersetzungen mit eigenen Vorstellungen und Ideen verändert, von dort in das Römische Weltreich weitergegeben und erneut in einem komplexen Prozess tradiert und verändert, bevor diese Einlass in das Mittelalter fanden und erneut territoriale wie ideengeschichtliche Grenzen überschritten (vgl. Steger 2008a: Kapitel 4). Dabei ist für die Herausbildung medizinischen Wissens das Verhältnis von Philosophie und Medizin seit den ersten naturphilosophischen Studien von großer Bedeutung (Wittern und Pellegrin 1996). Das tritt in dieser Studie insbesondere für das Thema der Autonomie vor Augen, wenn sich philoso-

phisch-theoretische, medizinethische und ästhetische Diskussionen durchkreuzen.

Das Verhältnis von Literatur und Medizin steht seit längerer Zeit im Mittelpunkt der Forschung: Im deutschsprachigen Raum ist aus literaturwissenschaftlicher Sicht Walter Müller-Seidel hervorzuheben; er hat wichtige Vorarbeiten geleistet (Müller-Seidel 1997). Hieran hat sein akademischer Schüler Thomas Anz mit seiner Habilitationsschrift *Gesund oder krank?* (1989) sowie mit seinen vielfältigen psychoanalytischen Arbeiten auf dem Gebiet von Literatur und Medizin angeschlossen; ferner hat sich mit dem Verhältnis von Literatur und Medizin der Bielefelder Germanist Walter Erhart (1997 und 2004), unter anderem in dem in den Jahren 2001–2004 in Greifswald ansässigen Postdoc-Kolleg »Krankheit und Geschlecht« auseinandergesetzt. Die Arbeitshypothese des Kollegs war, »dass Definitionen von Geschlechtlichkeit im Sinne von sex/anatomisch-biologischem Geschlecht und gender/soziokulturellem Geschlecht einerseits und von Krankheit beziehungsweise Gesundheit andererseits sich überschneiden und wechselseitig zueinander in Bezug gesetzt werden können« (Krüger-Fürhoff, Nusser und Strowick 2006: 42). Auch der Stuttgarter Philologe Horst Thomé (1993) hat sich mit Literatur und Medizin auseinandergesetzt. Von medizinhistorischer Seite ist zuerst der emeritierte Lübecker Medizinhistoriker und Medizinethiker Dietrich von Engelhardt hervorzuheben, der neben dem Heidelberger Komparatisten Horst-Jürgen Gerigk und dem in Saarbrücken wirkenden Nervenarzt und Medizinhistoriker Wolfram Schmitt zu den Gründungsmitgliedern des Arbeitskreises »Psychopathologie, Kunst und Literatur« zählt. Dieser Arbeitskreis ist darum bemüht, jährlich eine wissenschaftliche Tagung auszurichten, in deren Rahmen zentrale Themen auf den Schnittstellen von Psychopathologie, Kunst und Literatur diskutiert werden. Begleitet wird die Arbeit von einer eigenen Schriftenreihe des Arbeitskreises mit dem Titel *Schriften zur Psychopathologie, Kunst und Literatur*. Dietrich von Engelhardt hat selbst zahlreiche Arbeiten vorgelegt, so etwa seine auf fünf Bände konzipierte *Medizin in der Literatur der Neuzeit*, von der bisher zwei Arbeiten (von Engelhardt 1991 und 2000) veröffentlicht werden konnten; er bereitet drei weitere Bände vor, in denen er »Literarische Texte«, »Wissenschaftliche Beiträge« und ein »Thematisches Verzeichnis« präsentieren wird; nicht weniger bedeutend ist die Tatsache, dass von Engelhardt zu vielen weiteren Arbeiten angeregt hat (so zum Beispiel Udo Benzenhöfer oder Hannah Monyer). International ist vor allem auf die umfangreichen Studien von Sander L. Gilman und nicht zuletzt auf die von Susan Sontag (*Illness as metaphor*, New York 1977) hinzuweisen. Hervorzuheben ist hier insbesondere auch Sander L. Gilmans Monographie *Disease and Representation* (Ithaca, NY, 1988). Im Zentrum dieser Arbeit stehen Darstellungen von Krankheit und Repräsentationen von Menschen, die an Krankheiten leiden. Gilman zieht hierzu fiktionale Texte und künstlerische Quellen, aber auch faktuale Texte heran, die vom Mittelalter bis in die Zeitgeschichte reichen. Es geht Gilman um die

Bedeutung der Wissenschaftsgeschichte für ein Verständnis kultureller Phänomene, also um eine soziokulturelle Konstruktion von Krankheit und Kranksein. Auch die einschlägige amerikanische Fachzeitschrift *Literature and Medicine* (hg. von Rita Charon et al.) ist von internationaler Bedeutung. In zahlreichen interdisziplinären Fachbeiträgen wird hier dieses Verhältnis unter Einbeziehung der medizinischen Ethik beziehungsweise Bioethik diskutiert (Brock und Ratzan 1988). Bedauerlich ist indessen, dass nur selten Beispiele aus der europäischen Literatur herangezogen werden.

In fiktionalen Texten werden medizinische Themen aufgegriffen: Dabei konzentrierte man sich in der Forschung vor allem auf die sogenannten Klassiker der Literatur, vornehmlich des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Stulz, Nager und Schulz 2005). Unter diesen Umständen verwundert es nicht, dass es sich bei diesen Autoren häufig um sogenannte Schriftsteller-Ärzte handelt (von Engelhardt und Gerigk 2005, Klimpel 1999 und 2006, Kulesa 2005). Dagegen sind Beispiele aus der Literatur seit 1945 und auch des Feuilletons beziehungsweise der Literaturkritik unter dem Blick auf das Verhältnis von Literatur und Medizin (noch) weitgehend unbearbeitet.

Schwerpunktmäßig konzentrierte man sich in der bisherigen Forschung auf thematische Fragestellungen (Bergdolt und von Engelhardt 2000, von Engelhardt, Gerigk, Pressler und Schmitt 1990, von Engelhardt, Schneble und Wolf 2000, Gröne 2006, Moamai 1997, Nechwatal 1992, Pender 1998, Schonlau 2005, Schreiner 2003, Tellenbach 1992, Waller, Waller und Marckmann 2004). In der von Jochen Hörisch und Thomas Klinkert neu gegründeten Reihe *Das Wissen der Literatur* geht es auch um Medizin; in Band 1 (Degler und Kohlroß 2006) werden Konstellationen von Literatur und Pathologie untersucht, und dies an Epochen/Krankheiten thematisiert.

Ein weiteres Beispiel für eine solche Verfahrensweise ist die Habilitationsschrift von Rudolf Käser (1998) mit dem Titel *Arzt, Tod und Text*; um Käser herum besteht auch eine Schweizer AG »Literature – Medicine – Gender« (vgl. www.culturalstudies/d/arbeit/ag_litmed.html, abgerufen am 30.8.2008). Käser untersucht die kritische Spiegelung der Medizin in der Literatur in thematologischer Perspektive, indem er die Funktion medizinischer Diskurse in literarischen Werken anhand ausgewählter Beispiele beleuchtet: Der medizinische Diskurs stehe demnach immer in Zusammenhang mit anderen Diskursen, die den Anspruch haben, Normen für unser Handeln definieren zu können. Literatur biete einen diskursiven Ort, in dem auch als »unwissenschaftlich« disqualifizierte Konzepte von Leben, Krankheit und Tod thematisiert, das heißt konfligierende Kompetenzansprüche verschiedener Diskurse namhaft gemacht und diskutiert werden könnten. Die These ist hierbei, der Erfolgsgeschichte der modernen Medizin, will man eine solche denn schreiben, stünde eine Literatur gegenüber, in der vor allem negative Aspekte der Medizin und die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten herausgearbeitet seien. – Nun mag eine solche Einschätzung aus literaturwissenschaftlicher Sicht Bestand haben, medizinhistorisch sind aber Zweifel anzubringen, ob die

Geschichte der modernen Medizin nun wirklich eine Erfolgsgeschichte ist. Im Licht der Folgen moderner Medizin, die sich in heftigen Diskussionen um moderne medizinethische Probleme spiegeln, wie auch angesichts moderner Medizinhistoriographie (Eckart und Jütte 2007, Leven 2008) drängt sich dieser Schluss nicht notwendig auf – und das zeigen auch die Diskussionen zwischen Literatur und Medizin in dieser Studie.

Ein weiterer Schwerpunkt der Forschung umfasst den Aspekt, dass Literatur Beschreibungsinventare von Krankheit bieten kann, die jenseits beispielsweise psychopathologischer Möglichkeiten stehen (Anz 2002, von Engelhardt 2003, Frewer und Stockhorst 2003, Keitel 1986, Shannonhouse 2000). In der mittlerweile eingestellten Zeitschrift *Fundamenta Psychiatrica*, die von Erich Lüngershausen gegründet wurde, finden sich zahlreiche Beiträge, in denen gerade das Versagen des psychopathologischen Beschreibungsinventars respektive das Potenzial literarischer Darstellungsmöglichkeiten von Menschlichem betont wird (vgl. auch Brunner und Steger 2005a und 2005b).

Literatur kann auch als didaktische Handreichung zum Einsatz gebracht werden, um Studierenden sowie sich in Aus- und Weiterbildung Befindlichen (Pflegerkräfte, Ärzte und andere) durch literarische Darstellungen ein Verständnis für und von Krankheit und Kranksein zu vermitteln, und auch Sensibilität wecken (Hunsaker Hawkins und Chander McEntyre 2000). Literatur kann für manchen gar »therapeutischen« Wert haben. Die Integration von Krankheit ins Leben ist nicht nur ein wichtiger Aspekt des humanen Umgangs mit ihr und dem Kranken, sondern auch »therapeutisch« wertvoll (von Engelhardt 1999). In diesem Sinn kann zum Beispiel die Form der Bibliothherapie als produktiver Umgang mit Krankheit angesehen werden (von Engelhardt 2002, Nevanlinna 2005, Ridder 2008).

In diesen vielfältigen Beziehungen zwischen Medizin und Literatur steckt ein durchaus anregendes Forschungspotenzial (Brock und Ratzan 1988, Caldwell 2000, Danou, Annie und Bagros 1998, Rousseau 2003, Sprecher 2002, Stulz, Nager und Schulz 2005, Thiher 1999).

Gerade für kulturwissenschaftliche Untersuchungen ist Literatur und Medizin ein äußerst ergiebiger und faszinierender Gegenstand. Aus dem Greifswalder Kolleg sind einige wichtige kulturwissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen (Erhart, Nusser und Strowick 2003, Nusser und Strowick 2002). Ein anderes Beispiel einer gelungenen kulturwissenschaftlichen Arbeit ist die Dissertation von Brigitte Weingart *Ansteckende Wörter* (Weingart 2002). Hier werden Austauschprozesse zwischen Medizin, Politik, Literatur und Film untersucht, indem eine Reihe besonders einschlägiger Figuren und Topoi im Rahmen des Diskurses über AIDS in den Blick geraten. Zentrales Thema ist der (bundes-)deutsche Diskurs über »westliches AIDS«. Der Fokus liegt hierbei auf der »AIDS-Hysterie« und der »Katastrophenstimmung« in den 1980er Jahren, das heißt in einer Phase epistemologischer Unsicherheit hinsichtlich der Entwicklung lebensverlängernder Therapien. Weingart verfolgt dabei die These, AIDS lasse sich als Resümee lesen, und zwar als Ge-

schichte eines Phänomens, die von der Geschichte seines Signifikanten nicht zu trennen ist. Zentrale kulturwissenschaftliche Ansätze sind auch umgesetzt in Mayer und Weingart 2004; vgl. weiter Hahn, Person und Pethes 2002. Zuletzt sei hier noch auf das von uns 2007 begründete *Jahrbuch Literatur und Medizin* verwiesen, in dem eben jener kulturwissenschaftliche Dialog zwischen Literatur und Medizin geführt wird.

Bei Literatur und Medizin handelt es sich um ein Thema, das seine Reichhaltigkeit vor allem durch einen interdisziplinären Zugang erlangt. Die Zusammensetzung von Literatur und Medizin umfasst dabei zwei differente Themenbereiche, die auf den ersten Blick nur wenig gemein haben, bei näherer Betrachtung aber ergiebige Schnittstellen erkennen lassen. Dietrich von Engelhardt (1978 und 1991) hat jene Schnittstellen exemplarisch aufgezeigt und in drei Funktionen der Beziehung von Medizin und Literatur unterteilt:

Die medizinische Funktion der Literatur: Literarische Texte sind wichtige Quellen für die Medizinhistoriographie und mit ihren ganzheitlichen Beschreibungen von Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod, Arzt und Patient auch für die Medizin und den medizinischen Unterricht.

Die literarische Funktion der Medizin: Medizin und Medizingeschichte können zur Interpretation der Literatur einen Beitrag leisten. So können Krankheiten, therapeutische Verfahren und medizinische Theorien im literarischen Werk durch entsprechende medizinische Kenntnisse und Erläuterungen verständlicher werden.

Die genuine Funktion der literarisierten Medizin: Schließlich ist die Wiedergabe der Medizin in der Literatur nicht nur ein Gegenstand für Literaturwissenschaftler und Medizinhistoriker oder Mediziner, sondern eine Anregung für alle Menschen in deren Umgang mit Krankheit und Tod sowie mit den diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten der Medizin (vgl. Maio und Roelcke 2001). Insofern trägt Literatur maßgeblich zu den Medical Humanities bei.

Werke der Kunst, Musik und Literatur ermöglichen eine Überwindung der Differenz zwischen Wahrnehmung und Kommunikation. Sie bringen Erfahrungen im Bereich der Ästhetik zur Sprache (von Jagow und Steger 2005: 10):

Literatur und Medizin durchkreuzen einander im Feld der Sprache und über ein Wissen, das beide auf genuine Weise speichern und mit dem sie spezifisch umgehen: die Medizin in Theorie und Praxis vornehmlich zur Versorgung des kranken Menschen; die Literatur in Ästhetik und ihrer Rezeption zur intellektuellen Bereicherung des neugierigen Menschen.

Diese Durchkreuzungen lassen Schnittstellen erkennen, an denen das Verhältnis von Literatur und Medizin untersucht werden kann. Für diese Studie haben wir aus dem reichen Feld exemplarisch vier Bereiche ausgewählt, denen wir uns jeweils nähern wollen. Es ist dies erstens die Näherung an das Verhältnis von Patientenautonomie und Literatur, das insofern von größter Ak-

tualität ist, als das Selbstbestimmungsrecht im Mittelpunkt der medizinethischen Diskussion steht. Man denke nur an die derzeit verhandelten Fragen, welche die Patientenverfügung (aktuell etwa Dreier 2008) oder die Organtransplantation betreffen. Die zweite Näherung behandelt das Verhältnis von Psychiatrie und Literatur. Hier werden mit dem spezifischen Fokus auf Psychiatrie Fragestellungen des ersten Kapitels aufgenommen und vertieft. Zugleich wird auf die besondere Virulenz psychischer Störungen für die Literatur und deren Möglichkeiten der Reflexion aufmerksam gemacht. Die dritte Näherung fokussiert auf Kommunikation und Literatur; damit werden alte Fragen der Mensch-Mensch-Interaktionen erinnert, die heute zahlreiche medizinethische Konflikte betreffen. Hier wird insbesondere auf ein großes Forschungsdesiderat aufmerksam gemacht, welches die Geschichte der Kommunikation in der Medizin – gewonnen aus literarischen Repräsentationen – aus subjektzentrierter Sichtweise von der Antike bis heute meint. Zu wünschen ist den hier aufgezeigten Forschungsansätzen, dass sie zu Folgestudien anregen und so von vielen Seiten und aus unterschiedlichen Perspektiven eine Geschichte der Kommunikation in der Medizin entstehen könnte, deren Mittelpunkt Literatur als reiche Quelle einer solchen Geschichte bildete. Aktuell ist dieses Thema auch angesichts der Technisierung der Medizin, durch die sich ein kommunikatives Ungleichgewicht einstellt, das auf empfindliche Weise die Patient-Arzt-Beziehung trifft. In diesem Rahmen sind beispielsweise Fragen der elektronischen Kommunikation zwischen Patient und Arzt oder der elektronischen Kommunikation des Patienten in medizinischem Rahmen (etwa der online-Apotheke) zu berücksichtigen. Diese neue Form des kommunikativen Umgangs des Patienten wird auch als E-Health bezeichnet. Und die vierte Näherung greift das Thema von Ärzten als Literaten – Literaten als Ärzte auf. Es ist dies sicherlich die konventionellste Option, sich dem Feld von Literatur und Medizin anzunähern. Zugleich ist es aber auch eine so weit tragende und vor allem historisch wertvolle, zumal, wenn bisher unbekannte Literaten erschlossen oder eher untypische Ärzte-Literaten wie Sigmund Freud erörtert und Techniken der Psychoanalyse als literarisch anmutende Schreibprozesse erklärt werden. Nicht zuletzt wird hier immer wieder auch die Frage nach dem Humanen im 20. Jahrhundert gestellt. Zudem können wir in diesem ohnehin sehr spannenden Bereich auf neue Quellenfunde hinweisen. Welche Synergie im Feld von Literatur und Medizin im Allgemeinen liegt, wird gerade dadurch deutlich, dass Literatur eine Überwindung der Differenz zwischen Wahrnehmung und Kommunikation ermöglicht und Erfahrungen im Bereich der Ästhetik zur Sprache bringen kann. Dieser Frage gehen wir dann auch ausblickend im Abschlusskapitel nach, in dem aus literaturwissenschaftlicher und theoretischer Perspektive eine metareflexive Position bezogen wird, die Literatur als Ort der Rede über Gesundheit und Krankheit etabliert, zugleich aber auch problematisiert. Außerdem werden Funktionen und Rollen von Literatur ersichtlich, und zwar immer im Vergleich zu den empirischen Wissenschaften. Diese Erörterungen

klären zugleich auch die Frage, die mit dem Titel des Buches aufgeworfen wird: Was treibt die Literatur zur Medizin?

Wir verstehen das Gebiet von Literatur und Medizin in der Tat als eine Herausforderung an die Humanwissenschaften. Insofern ist die Bedeutung der Literatur für die Medizin nicht zuletzt in einer humanen Bestimmung des Menschen zwischen Gesundheit und Krankheit zu sehen, die unweigerlich mit dem Blick auf das Subjekt verbunden ist und zugleich mit dem Respekt vor dem Blick des Subjekts auf sich selbst. Aus solch einem subjektzentrierten Blick ergibt sich eine Ethik der Betrachtung und der Behandlung, die im Kontext einer humanen Medizin anstrebenswert ist. Hierin liegt also eine wesentliche Funktion der Literatur für die Medizin: in der Erinnerung an das Humanum. Ein humaner Umgang mit Kranken macht eine Integration von Krankheit in das Leben unabdingbar. Und insofern kann Literatur als produktiver Umgang mit Krankheit und Kranksein angesehen werden. Es ist dieser Bereich der Literatur und der Künste, der als Repräsentationsquelle der Darstellungen von Gesundheit und Krankheit anzusehen ist, der keineswegs linear und unipolar, vielmehr dialogisch zu verstehen ist.

Wir möchten allen, die uns seit längerer Zeit mit Rat und Tat im Feld von Literatur und Medizin zur Seite stehen, sehr herzlich danken. Ohne ihr Mitdenken und Mittun wären unsere Studien und unsere Projekte nicht vorstellbar, begründen sie sich doch auf einem interdisziplinären und kulturwissenschaftlichen Dialog, der von der Überzeugung getragen wird, dass Wissenschaft insbesondere auch durch kommunikative Prozesse vorangetrieben wird. Bedanken möchten wir uns bei Vandenhoeck & Ruprecht dafür, dass sich der Verlag für unser Thema interessiert und diese Studie in sein Programm aufgenommen hat.

Erste Näherung: Patientenautonomie und Literatur

Patientenautonomie ist in der Diskussion aktueller Medizin ein viel diskutiertes Thema. Aber auch die Literatur beschäftigt sich seit jeher mit dem Thema der Autonomie, und mit Blick auf das Gebiet von Literatur und Medizin mit dem Spezifikum der Patientenautonomie. Zugleich birgt das Gebiet Schnittstellen mit der Philosophie und der Ethik. Es repräsentiert damit ein seit der Antike bestehendes Diskussionsfeld, das nicht nur genuin medizin-historischer oder literarhistorischer Natur angehört. Vielmehr stellt das Thema der Patientenautonomie im Kontext des Themas von Autonomie einen typischen Bereich interdisziplinären Arbeitens dar, der durch unterschiedliche Stimmen aus differenten Wissenschaften und auch Wissenstraditionen markiert ist. Zum einen ist die Patientenautonomie ein aktuelles Thema in der medizinethischen Debatte. Fragen nach Einwilligung (»informed consent«; vgl. hier auch das Kapitel zu Kommunikation und Literatur), gemeinsamen Lösungen von Therapiemöglichkeiten zwischen Arzt und Patient (»shared decision making«) oder Patientenverfügungen stehen hier im Mittelpunkt. Zum anderen ist einleuchtend, dass die Literatur die Diskussionen, die in diesen Bereichen geführt werden, nicht unmittelbar verarbeitet, das heißt eins zu eins abbildet. Literatur kann im besten Fall solche Diskussionen in transformierter Form repräsentieren und sie reflexiv verarbeiten; sie avanciert also zum Diskussionsfeld über aktuelle Debatten. Das wiederum ist in ihrer poetischen und ästhetischen Verbürgtheit begründet und in ihrer Eigenschaft, im Modus fiktionalen Sprechens Kommunikation zwischen Wirklichem und Imaginärem zu realisieren. Dieser Modus gestaltet auch ihre Formen und Funktionen: Zum einen kann sie in typischen Gattungsformen affirmieren, negieren, persiflieren oder etwa ironisieren – und damit literarische Traditionen fortführen. Zum anderen kann sie aber auch kontrapunktartig neue Spielformen annehmen und mit ihnen neue Funktionen erproben. Gerade solche Muster sind interessant – und sie stehen mit zwei exemplarischen Beispielen der Gegenwartsliteratur, nach einer Hinführung zur Patientenautonomie auf dem Gebiet von Literatur und Medizin, zur Diskussion.

Patientenautonomie als Spezifikum von Autonomie wird, das sei anfangs festgehalten, nur verborgen in der Literatur reflektiert – ähnlich dem Phänomen von Gesundheit. Beim Thema der Patientenautonomie mag ein Grund darin liegen, dass die Bedeutung, die der Patientenautonomie zugestanden wird, relativ neu ist; allerdings eben versteckt immer auch in der Literatur – insbesondere gekoppelt an Fragen der Autonomie des Menschen – verhandelt wird. Dennoch: Anhand der Frage nach Patientenautonomie und Literatur tritt beispielhaft vor Augen, welche Rolle die Literatur im Ideenhaushalt der

Moderne einnimmt, etwa verglichen mit klassischen analytischen Denkformen wie der Philosophie, aber auch mit den pragmatisch orientierten Wissenschaften wie der Medizin, hier vor allem mit einem Fokus auf die Ethik in der Medizin, und welche Bewältigungsmodelle und möglichen »Antworten« Literatur als reflexives Medium in der Moderne für anschlussfähiges Verstehen bereithält.

Die folgende Vorgehensweise beleuchtet in einem ersten Schritt die medizinethischen Diskussionen im Feld der Patientenautonomie. In einem zweiten Schritt wird erörtert, wie Autonomie und Literatur zusammenhängen. Und in einem dritten Schritt wird an zwei Beispielen aus der zeitgenössischen Literatur das methodisch-theoretische Wissen praktisch angewendet, das heißt, es wird textanalytisch und in einer kulturwissenschaftlichen Perspektive gedeutet.

Patientenautonomie

Die Selbstbestimmung des Patienten ist neben Verantwortung und Gerechtigkeit ein ethischer Grundwert (Hick 2007: 304–308). »Der ethische Grundwert der Selbstbestimmung oder Autonomie fordert, dass jeder über sein eigenes Schicksal selbst und ohne Einflüsse von außen frei bestimmen darf.« (Ebd.: 305). Jeder hat ein Recht auf körperliche Unversehrtheit, das heißt jeder hat auch ein Recht darauf, dass ein Arzt keinen Eingriff bei ihm vornimmt. »So kann das Recht auf Selbstbestimmung als Recht auf Nicht-Einmischung die Zurückweisung einer ärztlicherseits vorgeschlagenen und sogar indizierten Behandlung rechtfertigen.« (Ebd.: 306). Solches Recht kann auch durch den vorausverfügten Willen eingefordert werden, wie das in einer Patientenverfügung vorgesehen ist. Noch immer ist der Status einer Patientenverfügung Gegenstand kontroverser Diskussionen, die mittlerweile Einlass in das deutsche Parlament gefunden haben (vgl. hierzu auch den aufschlussreichen Artikel von Dreier 2008). Dies ist in Anbetracht von bisher etwa acht Millionen formulierter Patientenverfügungen zu begrüßen. Grundsätzlich hat jeder Mensch das Recht, über sich selbst zu entscheiden. Die Patientenverfügung kann dazu einen wesentlichen Beitrag leisten, insofern hier der Wille festgehalten wird. Die Patientenverfügung kann also helfen, das Recht auf Selbstbestimmung zu verfestigen.

Zweitens hat jeder ein Recht auf Handlungsfreiheit, das heißt, jeder kann über den Lauf seines Lebens frei entscheiden, was nicht zuletzt die Frage des Lebensendes betrifft. Gerade diese Handlungsfreiheit ist in der ärztlichen Praxis gefährdet, wenn man sich der Tatsache besinnt, wie häufig die Wünsche des Patienten nicht erfasst und wie oft diese Wünsche (zum Beispiel bei der Therapieentscheidung) nicht berücksichtigt werden.

Drittens hat jeder ein Recht auf Selbstzweckhaftigkeit. »[Der Mensch] ist an sich selbst ein Ziel, unabhängig von dem was er geworden ist oder anstrebt: er

ist sich ›Zweck an sich selbst‹ in der Formulierung von Kant (...)« (Hick 2007: 307). Diese Selbstzweckhaftigkeit macht zugleich die menschliche Würde als absoluten Wert aus. In logischer Konsequenz darf ein Mensch dann nicht instrumentalisiert werden. Exemplarische Situationen, in denen diese Selbstbestimmung gefährdet ist, sind etwa gegeben, wenn es um Fragen des Schwangerschaftsabbruchs geht oder zum Beispiel wenn einem Menschen eine psychische Störung zugeschrieben wird. Dieser letzte Aspekt soll durch folgende klinische Situation als Kasuistik verdeutlicht werden:

Ein junger Mann befindet sich seit mehr als einem halben Jahr als Patient in einer psychiatrischen Klinik. Akut kam er mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom. Seitdem ist er zunächst öffentlich-rechtlich, dann zivilrechtlich untergebracht. Vor der Unterbringung bestand eine Betreuung. Innerhalb von ca. drei Monaten zeigte der Patient unter Therapie eine Remission der akuten Symptomatik, dennoch blieben Negativsymptomatik sowie kognitive Störungen bestehen. Zu diesem Zeitpunkt konnte auch nicht ausgeschlossen werden, dass psychotische Symptome persistierten. Über Monate hinweg war mit dem Patienten keine Perspektive für eine nachstationäre psychiatrische Behandlung und eine angemessene Wohnsituation nach der Entlassung zu erarbeiten. Während eines Abendausgangs beging er sogar einmal einen Hausfriedensbruch. Auch auf Station fiel der Patient durch sein dissoziales Verhalten auf. Bei raptusartigen Wutausbrüchen kamen auch andere Menschen zu Schaden. Dieses Verhalten ist aus der langjährigen Vorgeschichte des Patienten bekannt. In der Regel erfuhr dies dadurch eine Verstärkung, dass der Patient eigenständig die angeordnete Medikation absetzte. Bisher führten solche Episoden zu hoher Aggressivität sowie Gewaltanwendung gegenüber anderen. Der Patient äußerte in den letzten Wochen seines stationären Aufenthalts immer wieder den Wunsch nach Eigenständigkeit und Freiheit. Er wolle eine eigene Wohnung beziehen und eine Familie gründen. Aktuell ist der Patient compliant, das heißt er kooperiert mit den behandelnden Ärzten. Er nimmt seine Medikamente regelmäßig ein, wirkt motiviert und hat mit Unterstützung einer Sozialarbeiterin sogar eine Wohnung im Haus eines älteren Ehepaars gefunden. Der Unterbringungsbeschluss läuft aus. Die Krankenkasse fragt wiederholt nach dem Grund für die Fortsetzung des stationären Aufenthalts. Die Eltern des Patienten äußern nachdrücklich den Wunsch nach einem weiteren stationären Verbleib ihres Sohnes, da sie sich mit ihrem Sohn überfordert fühlen.

Der ethische Konflikt besteht augenfällig zwischen der Autonomie des Patienten und der ärztlichen Fürsorge für den Patienten und dann auch für andere, die durch den Patienten gefährdet sind (Steger 2007d). Eine Eigengefährdung des Patienten sowie eine von diesem ausgehende Fremdgefährdung sind so gering als möglich zu halten. Insofern wird der Patient auch untergebracht, um seine Störung zu behandeln sowie ihn vor sich selbst und andere vor ihm zu schützen. Durch die ärztliche Fürsorge wird aber die Autonomie des Patienten

empfindlich eingeschränkt – immerhin wird der Patient seiner Freiheit beraubt. Er muss in dieser akuten Phase sogar fixiert und zwangstherapiert werden. Aber: Die Behandlung zeigt Erfolg, und die akute Symptomatik bessert sich. Dennoch bleiben ausgeprägte Restsymptomatik und dissoziales Verhalten des Patienten bestehen. Dies ist weiterhin so gravierend, dass seine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik aufrechterhalten werden muss. Der Patient wehrt sich in dieser Zeit gegen nahezu jede Regel, die ihm auferlegt wird. Er ist auch nicht bereit, für sich eine (nachstationäre) Perspektive zu entwickeln. Er kann sich schlichtweg nicht mit einem Ordnungssystem arrangieren, mit dem er von außen konfrontiert wird. All dies reicht aus, um den Patienten seiner Freiheit zu berauben. Der Unterbringungsbeschluss und damit die Rechtsgrundlage des stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen des Patienten bleiben bestehen. Wird man dem Patienten, wird man einem Menschen damit gerecht? Warum wird kein Unterschied bei der Beurteilung seines Verhaltens gemacht, obwohl die akute Symptomatik remittiert ist? Es bleibt eine ausgeprägte Restsymptomatik bestehen. Aber: Ist das dissoziale Verhalten wirklich krankheitswertig? Ist es nicht verständlich, wenn sich ein Mensch gegen Regeln und Normen auflehnt, die er selbst nicht akzeptieren will respektive kann? Wer will schon gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht sein? Wie soll der Patient verstehen, dass er trotz der Besserung seiner akuten Symptomatik nicht »frei« kommt? Man kann wohl nachvollziehen, dass der Patient dagegen rebelliert, wenn auch die Aggressivität und noch mehr die Gewaltanwendung abzulehnen sind. Der Patient lebt in seiner eigenen Welt, die mit der normativen Welt, der er ausgesetzt wird, nur schwer zu vereinen ist. Es bleiben Spannungen und es entstehen Konflikte, und zwar eben aus jenen Schnittpunkten der Ordnung und Normierung. Der Patient kommt mit der ihm entgegengehaltenen Welt, an der er gemessen wird, nicht zurecht. Doch ist das gleich Krankheit? Sollte man nicht seinen eigenen Standpunkt kritisch prüfen, von dem aus man misst, wertet und beurteilt. Wer sagt uns denn, dass wir ein solches Verhalten überhaupt verstehen können? Und was gibt uns das Recht, einen Menschen wegen bestimmter Symptome und wegen eines Verhaltens, das wir »dissozial« nennen, gar seiner Freiheit zu berauben? Realistisch ist, dass wir uns mit der gegebenen Ordnung arrangieren müssen, um ein Zusammenleben in einer Gemeinschaft möglich zu machen. Insofern ist es richtig und nachvollziehbar, wie man sich bei diesem Patienten verhalten hat. Es sollte nur klar sein, dass dies nötig ist, um gemeinschaftliches Miteinander möglich zu machen. Fürsorge für die anderen und auch in der akuten Situation für den Patienten selbst geht hier auf Kosten des Einzelnen, wenn seine Autonomie eingeschränkt wird.

Nach diesem praxisorientierten Einstieg, der das Dilemma zwischen Autonomie einerseits und Fürsorge andererseits klar vor Augen führt, soll nun noch einmal theoretisch und mit Blick auf die historische Entwicklung der Diskussion auf die beiden Prinzipien eingegangen werden. Dabei ist im Kopf

zu behalten, dass die sich widerstrebenden Prinzipien in ihrer Eindeutigkeit und Schärfe, wie sie in den 1990er Jahren diskutiert wurden, heute nicht mehr gesehen werden. Das heißt auch, dass Meinungen, die referiert werden, aus heutiger Perspektive Extremmeinungen sind. Sie sollen aber zur Verdeutlichung auch der historischen Diskussion dargestellt werden.

In den 1990er Jahren hat man nachdrücklich festgehalten, dass in der heutigen Medizin ein Widerspruch zwischen Patientenautonomie und Paternalismus, verstanden als die überzeugte Auffassung eines Arztes, stets selbst zu wissen, was für den Patienten das Beste ist, besteht (Leist 1994). Dabei wird deutlich, dass die Hippokratische und die aufgeklärt-autonome Tradition neu gestaltet werden müssen. In der Hippokratischen Medizin wird das Prinzip des Paternalismus favorisiert (Steger 2008a), wohingegen die moderne Medizin immer auch darum bemüht ist, den Patienten in das Geschehen einzubinden, ihn aufzuklären und als autonome Person zu wahren (Hildt 2005). Eine Neugestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses ist aber in den Details mit teils tief greifenden Diskussionen verbunden. Insbesondere betrifft das die Frage nach der Patientenautonomie in Grenzfällen, in denen der Patient beispielsweise nicht mehr alleine entscheiden oder einwilligen kann. Das Verhältnis der Autonomie im Kontext der Ethik hat grundlegend Haworth (Haworth 1986) diskutiert. Einzelne Fallbeispiele in diesem Feld diskutieren auch Battegay und Rauchfleisch (Battegay und Rauchfleisch 1990). Ausgehend von diesen Diskussionen lässt sich konstatieren: Das Arzt-Patient-Verhältnis kann im Kontext der Patientenautonomie nicht als ein »Auftrags-Ingenieur-Modell« definiert werden, das heißt der Arzt erfüllt als »Mechaniker« seine Rolle als »Heiler«. Dies gilt auch, wenn man spätestens seit 1900 den Eindruck gewinnt, dass die Medizin einer stetigen Technisierung und Apparatisierung unterliegt. Dem gegenüber und zugleich an dessen Seite steht der Arzt als paternalistisch Handelner: Paternalismus umfasst im weiten Sinne der Hippokratischen Tradition jede fürsorgliche Handlung durch den Arzt. Das philosophische Verständnis dagegen ist enger gefasst: Hier wird Paternalismus als Verstoß gegen den Willen des anderen verstanden, das heißt in diesem Fall gegen den Patientenwillen. Konkret ist hiervon das tägliche Arzt-Patient-Verhältnis bestimmt. Der Paternalismus kann so nicht unbedingt positiv bewertet werden, im Gegensatz zu eher positiv besetzten Begriffen wie »Fürsorge« oder »Autonomie«.

Fürsorge verlangt jedoch im Falle eines »unzuverlässigen oder problematischen«, also eines entscheidungs- und einwilligungseingeschränkten oder -unfähigen Patientenwillens den Paternalismus. Die viel diskutierte und ethisch relevante Frage ist nun, was man unter »unzuverlässig oder problematisch« verstehen will, wann also paternalistisch gehandelt werden sollte. Es haben sich sodann zwei – nicht unumstrittene – Formen des Paternalismus in dieser Diskussion herauskristallisiert: Der *schwache* Paternalismus rechtfertigt das Handeln gegen den Patientenwillen mit »Kompetenzdefekt«. Der *starke* Paternalismus fragt nicht nach dem Patientenwillen, sondern tut, was

für diesen als das Beste erscheint. Besonders fraglich ist aber, ob eine solche »Bevormundung« zu rechtfertigen ist. Das Dilemma besteht im Widerspruch von körperlichem wie seelischem Wohl des Patienten und der Respektierung des autonomen Willens.

Was ist grundsätzlich wichtig zur Wahrung der Patientenautonomie, vorausgesetzt, der Patient ist entscheidungs- und einwilligungsfähig? Wichtiges Prinzip ist hier das der informierten Einwilligung (»informed consent«; Vollmann 2000 und grundlegend zum Thema 2008). Hier muss der Arzt den Patienten in die Lage versetzen, über Behandlungsoptionen selbstständig entscheiden zu können. Dieser sollte also auch Gründe angeben können, warum er sich für oder gegen eine Behandlung entscheidet. Ziel ist ein gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozess. Es besteht ein großer Unterschied zwischen einer sogenannten kompetenten Zustimmung, also einer Bejahung nach umfassender Aufklärung, und dem schlichten »Ja-Wort« des Patienten, das aus der Tatsache geboren wird, einfach nicht verweigern zu wollen oder zu können – im einen Fall entscheidet sich der Patient aktiv für eine Behandlung, im anderen nickt er einfach nur die Entscheidung des Arztes ab. Wie ist es aber bei einem Patienten, der nicht informiert werden will und sein Recht auf Nichtwissen proklamiert? Seine autonome Entscheidung ist nur dann nicht zu wahren, wenn durch sein Nichtwissen Dritte gefährdet werden. Und auch das ist umstritten. So muss ein Arzt zum Beispiel nicht unbedingt darauf bestehen, über eine HIV-Infektion aufzuklären. Hier liegt eine schwere Güterabwägung vor.

Was lässt sich also bisher konstatieren? Das ärztliche Ethos war ursprünglich ein Ethos der Fürsorge. Im Hippokratischen Eid wird der Begriff der Autonomie nicht genannt. Wohl gibt es aber in der antiken Literatur zahlreiche Belege für ein erstarkendes Ich. Man denke nur an die sophokleische Antigone. Heute ändert sich die Rolle stark, die man der Patientenautonomie zuschreibt. Dies liegt an der zunehmenden Individualisierung von Werten und Lebensvorstellungen, der Ablehnung eines religiösen oder metaphysischen Menschenbildes sowie dem Zuwachs an »medizinischer Verfügungsgewalt« über Leben und Tod, wobei es immer wichtiger erscheint, dass der Einzelne entscheidet, was er für sein Wohl hält (Eibach 1997).

Die normative Kraft des Patientenwillens hat das ärztliche Handeln verändert. Allerdings erscheint es gefährlich, sich nur nach den Wünschen der Patienten zu richten – nur als Mittler für deren Selbstverwirklichung zu fungieren. Man versucht also im besten Fall, gemeinsam zu einer Lösung zu kommen, was unter dem Begriff des »shared decision making« in die Forschung eingegangen ist.

Diese neueren Entwicklungen, in denen der Patient als Subjekt ernst genommen wird, stehen konträr zu einer ebenfalls und von Patienten als negativ empfundenen Situation: In der heutigen Medizin wird der Patient zu oft nicht mehr als Subjekt, sondern als zu behandelndes Objekt gesehen, dessen Zustimmung zur Therapie man noch irgendwie erhalten muss. Es liegt also,

neben den Bestrebungen für die Autonomie des Patienten zugleich auch eine gewisse Entindividualisierung der Medizin vor; sogleich könnte man kritisch einwenden, dass die molekulare Wende in der Medizin zu einer Stärkung der Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen geführt hat. In diesem medizinisch-ethischen Diskussionsfeld werden Fragen nach Patientenautonomie kontrovers betrachtet.

Nach diesem kurzen Überblick über medizinethische Diskussionen im Feld der Patientenautonomie stellt sich die zentrale Frage, wie Autonomie und Literatur zusammenkommen. Damit wird ein weiter Schritt gemacht von der medizinischen Diskussion und ihrer praktischen, also ärztlichen Handlungsrelevanz hinein in die Kulturgeschichte Europas. Zur Verdeutlichung der Dimensionierung der Schnittstellen von Autonomie und Literatur wird deshalb eine breite Informationsbasis erörtert.

Die Frage nach Autonomie in einer ideengeschichtlich ausgerichteten ästhetischen Perspektive stellt sich in doppelter Weise (von Jagow 2005): Zum einen als Frage nach der Autonomie der Literatur, zum anderen als Frage nach Autonomie in der Literatur; letztere wird später an einem Beispiel erörtert. Im modernen Sinn wird die Autonomie der Literatur und Kunst erst durch Kant diskutiert. Bereits Platon und Aristoteles verhandeln indirekt darüber in der Mythos-Logos-Debatte und der damit verknüpften Frage von der Nachahmung (gr. *mimesis*) der Künste. Während Platon den Mythos gegenüber dem Logos im Paradigma von Wahrheit abwertet (*Politeia*), beschreibt Aristoteles in seiner *Poetik* über die Form des Mythos, wie ein Kunstwerk am besten, das heißt am wirkungsvollsten aufgebaut werden kann. In seiner Folge ist Autonomie immer auch an die Wirkungsästhetik gebunden; so zum Beispiel bei Cicero (*De oratore*), wenn Dichtung die Forderung nach Schönheit und Zweckmäßigkeit gleichermaßen erfüllen soll (Horaz: »prodesse et delectare«). Mit der »Entdeckung« der Fiktionalität im 12. und 13. Jahrhundert erhält Literatur zusehends Autonomie, und zwar immer dann, wenn sie sich als »Medium der Sinnvermittlung« (Walter Haug) selbst problematisiert. Das 17. und 18. Jahrhundert wertet die produktionsästhetischen Kategorien, wie sie in der Renaissance durch den Dichter als gottähnlichen Schöpfer gebahnt wurden, auf und erkennt vor allem Imagination – und damit Autonomie von Literatur – als Kategorie von Kunst an (Karl Philipp Moritz: *Über die bildende Nachahmung des Schönen*, 1788). Seit Immanuel Kants *Kritik der reinen Urteilskraft* (1790) gilt Literatur als eigenständiger Bereich der »reinen« und »praktischen« Vernunft. Autonomie von Poesie ist also dadurch definiert, dass sie nicht ohne Verluste in ein anderes diskursives System übersetzt werden kann. Im Kontext der Etablierung der Disziplin der philosophischen Ästhetik kommt es in der Literatur zu einer Rezeption Kants, vor allem durch Friedrich Schiller (*Ästhetische Briefe*, 1795) und zu seiner Entwicklung des Programms einer ästhetischen Erziehung des Menschen. Im 19. Jahrhundert wird vor allem bei den französischen Realisten die Frage nach Imagination und Autonomie von Literatur nochmals aktuell: Stendhal (Henri Beyle) hat in *Le*

rouge et le noir (1830) die Formel vom Roman als Spiegel geprägt, und zwar im Kapitel *L'opéra bouffe*. Hieraus wie aus weiteren poetologischen Aussagen kann – auch für den europäischen Realismus – auf eine »Phantasie der Realisten« (Rainer Warning) geschlossen werden, die Literatur als autonomes Modell der Darstellung von Welt kennzeichnet. Kulturkritische Betrachtungen der Autonomie von Literatur (Theodor W. Adorno: *Engagement in den Noten zur Literatur*, 1966) haben sich am Ästhetizismus und der Ablehnung jeder Zweckhaftigkeit von Literatur entzündet, wie besonders im Symbolismus und dem sogenannten *L'art pour l'art*-Prinzip deutlich wird. In den neueren Literaturtheorien (vor allem in kulturanthropologisch angereicherten Modellen) wird die Frage nach der Autonomie von Literatur virulent diskutiert: Die Formel von der Literaturwissenschaft als Kulturwissenschaft macht dabei das Argument der Autonomie stark und sieht Literatur als einen eigenen Ort der Wissensspeicherung und teils auch -generierung an, der durch ästhetische Vermittlung markiert ist.

In der Literatur kommt Autonomie immer dort ins Spiel, wo Menschen denken und handeln und sich ihr Denken und Handeln im Sinn ihres eigenen oder gegen ihren Willen vollzieht. Autonomie wird vor allem am Beispiel von Sozialisationsprozessen von Menschen zu autonomen Individuen diskutiert, wie sie exemplarisch der Bildungs- und Entwicklungsroman darstellt. Damit ist Literatur ganz nahe an der Medizin. Im sogenannten Bildungs- und Entwicklungsroman – der Bildungsroman ist eine deutsche Gattungstypologie des europäischen Entwicklungsromans – steht die harmonische Entfaltung des Subjekts als autonomer Mensch im Mittelpunkt. Nicht Persönlichkeits- und Charakterentwicklung, sondern der Weg, meistens des Kindes zum »ganzen Menschen«, zum Individuum wird in der Auseinandersetzung mit seelischen Erfahrungen und der ihn umgebenden personalen wie kulturellen Umwelt als innerseelische »Reifung« beschrieben. Ziel dieser Menschwerdung ist es, die Anlagen einer humanitären und verantwortungsbewussten Gesamtpersönlichkeit zur Vollendung zu bringen. Im Prozess dieser Menschwerdung gelingt es den »Helden« der Bildungs- und Entwicklungsromane, im Widerstreit mit ihren Gefühlen und der sie umgebenden Menschen und Objekte ihre eigene Autonomie im Sinn von Selbstständigkeit (ein typisches Muster ist der Weg »aus den Kinderschuhen« in die weite Welt, dann in die Berufs- oder Künstlerwelt), Selbstbestimmtheit und schließlich Unabhängigkeit zu behaupten. Dabei richten sich Denken und Handeln, welche dem Subjekt Freiheit gewähren, nach Normen und Regeln der zeitimmanenten sozialen Verhältnisse und beides wird im Prozess intersubjektiver Kommunikation realisiert und aktualisiert. Zu den bekanntesten Bildungs- und Entwicklungsromanen, die diesem Muster weitgehend folgen, gehören Christoph Martin Wielands *Geschichte des Agathon* (1766/73/9), Karl Philipp Moritz' *Anton Reiser* (1785–90), Johann Wolfgang von Goethes *Wilhelm Meister* (1795/96, 1821/29), Ludwig Tiecks *Franz Sternbalds Wanderungen* (1798), Novalis' (Friedrich von Hardenbergs) *Heinrich von Ofterdingen* (postum

1802), Charles Dickens' *David Copperfield* (1849/50), Gottfried Kellers *Der grüne Heinrich* (1854/55), Roman Rollands *Jean-Christophe* (1904–12) und schließlich Thomas Manns *Der Zauberberg* (1924).

Eine neuzeitliche Besetzung von Autonomie im Sinn individueller Handlungsfreiheit wird in Griechenland von Sophokles am Beispiel Antigones exemplarisch vorgeführt: Wenn Antigone gegen die Gesetze des Staates, die sie als unethisch empfindet, ihren Bruder Polyneikes begräbt, der vor den Toren der Stadt in der Glut der Sonne verwest, handelt sie als autonomer Mensch, dessen ethisches Empfinden höher steht als die geltenden Normen; zugleich könnte ihr Denken und Handeln zur allgemeinen Norm erhoben werden – denn Antigone handelt im Sinn des Humanen. Im Kontext solcher Ziele handeln auch die »Helden« der Ritterromane des Mittelalters, etwa des Artusromans, der sich als ritterlich-höfische Dichtung in der Stauferzeit herausbildet (Mitte 12. bis Ende 13. Jahrhundert). Das Neue dieser höfischen Literatur bestehe darin, so Max Wehrli, dass eine Schicht von Laien als Literaturträger eine autonome Ideologie entwickle, die in einer neuen dichterischen Bilder- und Gedankensprache zu ihrer eigenen Weltlichkeit stehe. Die Artusdichtung folgt einem besonderen Strukturschema, in dessen Zentrum die *aventure* des Ritters steht: Er bricht aus dem Artushof auf, um während der Isolierung von und im Dienst der Gesellschaft eine Ordnungstat zu begehen, die ihm eine Reintegration in die Gesellschaft des Artushofes ermöglicht. Hierin wird die wechselseitige Bezogenheit von Einzelnem und Gesellschaft deutlich und die Funktion der *aventure* als Modell der Regelung dieser Verhältnisse. Wiederum im Prozess intersubjektiver Kommunikation (hier über die Waffentat als Mittel der Konfliktregelung) wird dem Menschen Autonomie zuteil. Die »*conquête du bonheur individuel*« mündet zeitgleich mit der Reintegration in der Liebe. Der Begründer der Artusdichtung, Chrétien de Troyes, hat dies in seinen Romanen *Erec et Enide* (ca. 1165/79), *Cligès* (ca. 1170–76), *Yvain* (1177–81), *Lancelot oder Le Chevalier de la Charette* (1177–81) und in *Perceval oder Le Conte du Graal* (1181–90) beschrieben. Zur Rezeption kam es durch Hartmann von Aue (*Erec*, um 1180/85, *Yvain*, um 1200) und durch Wolfram von Eschenbach (*Parzifal*, um 1200/10). Zu dieser Gattung kann, wenngleich nicht zur Artusepik im engeren Sinn, der Tristanstoff gerechnet werden (Tristanfragmente von Thomas, um 1175, *Tristan* von Gottfried von Straßburg, um 1210, und der *Roman de Tristan* von Berol, um 1160/70). Auf der »*chasse au bonheur*« – und immer im intersubjektiven Widerstreit um Autonomie – befinden sich auch noch die Protagonisten der Romane Stendhals (Henri Beyle). Die Autonomie ist auch am Beginn des 20. Jahrhunderts zentraler Fokus allen Denkens und Handelns im Widerstreit zu den sie umgebenden Welten der Subjekte und Objekte der Protagonisten, ganz virulent in den Romanen und Erzählungen von Franz Kafka. Kafka hat in seinem Schreibprojekt der Moderne (vgl. von Jagow und Jahraus 2008) wie kaum ein anderer die Möglichkeiten der Beschneidung von Autonomie in Szene gesetzt. Zentrale Orte und Anlässe dieses Geschehens sind insbesondere