

Imago Hominis

BAND IV/Nr. 1 • 1997 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 5

AUS AKTUELLEM ANLASS

N. AUNER

Wenn Menschen Menschen machen 7

J. BONELLI

Überlegungen zum Thema „Klonen“ 9

G. EISENRING

*Hebammenausbildung und
Schwangerschaftsabbruch* 11

FOCUS

R. BONELLI

Noncompliance 19

SCHWERPUNKT Arzt-Patient-Beziehung

K.H. SPITZY

*Die Arzt-Patientenbeziehung und das
Placebophänomen* 31

L.S. GEISLER

Sprachlose Medizin? 46

FALLBERICHT

Patientenvertrauen und Kollegialität 56

T. GAUDERNAK *Kommentar zum Fall* 58

R. KLÖTZL *Kommentar zum Fall* 61

TAGUNGSBERICHTE

*Patientenrechte zwischen rechtlichem
Anspruch und ökonomischen Zwängen* 64

Personsein aus bioethischer Sicht 67

NACHRICHTEN 70

*Vatikan verurteilt Legalisierung von Drogen • Moderne
Fortpflanzungsmedizin – Embryonenschutz • USA – Verbot
von Spätabtreibungen • Dritter Euthanasiefall in Australien
• Lebensqualität – Pflegequalität • Kinderarbeit – Nicht nur
in Entwicklungsländern • Beihilfe zum Selbstmord bei Pati-
enten mit HIV-Erkrankung • Orale Kontrazeptiva und ve-
nöse Thromboembolie • Schnellere Diagnose verbessert die
Prognose • Klonierungsverbot*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 73

BUCHBESPRECHUNGEN 75

IMPRESSUM 82



DVR:002987(017)



QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

DAS Unbehagen an der Medizin und am Gesundheitswesen als solches darf nicht auf ihre Ineffizienz zurückgeführt werden. Es weiß jeder, auch der ungebildete Laie, daß der wissenschaftliche Fortschritt eine ganze Reihe von beträchtlichen Erfolgen für sich verbuchen konnte. Die im Zunehmen begriffenen Beschwerden eingänge beim Patientenanwalt beziehen sich meist nicht auf medizinische Leistungen, sondern zielen viel häufiger auf einen anderen Gegenstand ab: auf die Menschlichkeit in der Medizin. Patienten fühlen sich übergangen, nicht verstanden, schlecht informiert, mit zu wenig Aufmerksamkeit behandelt. Es „krankt“ an der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Jener hat in den meisten Fällen den besten Willen und sieht sich doch relativ hilflos dem unzufriedenen Patienten oder auch seinen Anverwandten gegenüber. Ältere Ärztekollegen sind auf einmal fassungslos, weil Probleme mit Patienten auftauchen, die es früher nicht gab. Was ehemals der Rede nicht wert gewesen wäre, artet heute in einen Konflikt aus. Der mündige, aufgeklärte Kranke beansprucht ein Selbstbestimmungsrecht, das ihm bisweilen – so die Sicht des Arztes – mehr Nachteile als Vorteile einbringt. Was hilft ihm seine freie Wahl, wenn sie um den Preis einer objektiv ungünstigeren Behandlung erkaufte wurde? Die Zusammenhänge sind komplex und vielschichtig. Das ändert aber nichts an der Tatsache, daß man dieser Problematik nicht aus dem Weg gehen darf. Es wird wahrscheinlich unumgänglich sein, hier dem angehenden Arzt eine qualifiziertere Ausbildung zuteil werden zu lassen. Wann erfährt der Medizinstudent schon etwas von Kommunikation, Gesprächstechnik oder Körpersprache? Jeder, der in seinem Beruf mit vielen Menschen Umgang hat, sieht die Notwendigkeit ein, in jenen Bereichen geschult zu sein. Wie die Erfah-

rung zeigt, reichen Menschenverstand und Lebenserfahrung alleine nicht aus. Zudem läßt sich beobachten, daß die Mißstimmung zwischen Arzt und Patient auch sehr gezielt von den Medien geschürt wird. Insbesondere die Boulevardpresse, aber auch gewisse Fernsehsendungen leisten einen erheblichen Beitrag dazu. Analysiert man die Beschwerden und Anklagen gegen Ärzte, so kann man behaupten, daß sich ein Gutteil auf Umstände, Haltungen, falsche oder vorenthaltene Zuwendungen zurückführen lassen, die relativ leicht vermieden, hätten werden können. Das muß als echte Chance gesehen werden. Hoffentlich verstehen es viele sie zu nützen!

Da in Gesprächen und Diskussionen immer häufiger anklingt, daß im ärztlichen Praxisalltag die wechselseitige Beziehung zum Patienten der Reflexion bedarf, werden wir uns in dieser Ausgabe von *Imago Hominis* und auch im nächsten Heft mit dieser Thematik beschäftigen. Im Focus bringt Rafael BONELLI Analysen und Erkenntnisse in bezug auf die Noncompliance der Patienten. Der Schwerpunkt umfaßt diesmal nur zwei Beiträge, wobei Experten zu Wort kommen. Linus GEISLER, Chefarzt einer Inneren Abteilung in Gladbeck, Deutschland, will dem Gespräch zwischen Arzt und Patient wieder eine zentrale Stellung einräumen. Karl SPITZY zeigt seine Überlegungen zum Placebophänomen auf. Der Fallbericht und die beiden Kommentare bringen ebenfalls zahlreiche Anregungen zu diesem Thema. Unter der Rubrik „Aus aktuellem Anlaß“ wird nochmals die Frage der Pflicht für Hebammenschülerinnen, bei einer Spätabtreibung mitzuwirken, behandelt. Die Schweizer Juristin Gabriela EISENRING hat die Problematik aus rechts-ethischer Sicht bearbeitet. Weiters wird in einem Artikel zur Klonung Stellung genommen.

Die Herausgeber

Wenn Menschen Menschen machen

Notburga AUNER

EIN kleiner Aufschrei ging durch die österreichische Presse, als am 12. Februar 1997 folgende Meldung bekannt wurde: Im Oktober vergangenen Jahres wurden an der Linzer Frauenklinik zwei Patientinnen verwechselt. Beide warteten auf die Einpflanzung eines künstlich befruchteten Embryos. Die Patientin A hatte bereits am Behandlungsstuhl Platz genommen, mußte aber nochmals auf die Toilette. Patientin B wurde daraufhin in den Behandlungsraum gerufen. Der Arzt, dem nicht aufgefallen war, daß statt Patientin A nun Patientin B Platz genommen hatte, pflanzte der zweiten den feinsäuberlich vorbereiteten Embryo aus dem Reagenzglas ein, der von Patientin A und ihrem Mann stammte. Für dieses Versehen hatte man auch die passende Lösung bereit: Patientin B erhielt die „Pille danach“ (wonach?). Als Schadenersatz wurde beiden Paaren zugesagt, daß sie des weiteren kostenlos behandelt würden. Normalerweise kostet eine künstliche Befruchtung öS 35.000.-

Der Schnellebigkeit unserer Zeit gemäß ist das öffentliche Entsetzen über den Vorfall längst wieder verklungen, der Alltag in jener Frauenklinik geht weiter und möglicherweise war die zugesicherte Gratisbehandlung der betroffenen Ehepaare bereits erfolgreich.

Der Vorfall mag aber als guter Anlaß dazu dienen, grundlegendere Überlegungen anzustellen. Die eigentliche Debatte um die In-vitro-Fertilisation ist längst verebbt. Seit etwa 10 Jahren verfügen wir in den europäischen Ländern über gesetzliche Regelungen, die die Herstellung, Aufbewahrung und Einpflanzung menschlicher Embryonen betreffen. Vorerst schien es so, als könnte ein Schlußstrich unter

die kontroversielle Diskussion gezogen werden. Triumphierende Befürworter gingen an die Arbeit, geschlagene Gegner wurden auf den Beobachterposten verwiesen. Sich aufs Zuschauen zurückversetzen zu lassen ist in keinem Fall angenehm, aber nicht ganz unwirksam. Man darf diese Stelle aus Solidarität und Verantwortung nicht ohne weiteres verlassen, steht noch dazu die Würde des einzelnen Menschen und damit in gewissem Sinn auch die Zukunft der Menschheit auf dem Spiel. Abgesehen von prinzipiellen ethischen, philosophischen, religiösen, aber auch rechtlichen und medizinischen Argumenten, die gegen die Anwendung der extrakorporalen Befruchtung menschlicher Embryonen ins Treffen geführt werden können, sollte man es, mit Verlaub, aber doch wagen, Bilanz zu ziehen. Gehen wir einmal davon aus, daß diese Technik für viele Ehepaare, die ungewollt kinderlos waren, den Segen der Elternschaft brachte, und ihren Lebensraum verwirklicht hat. Abbildungen mit strahlenden Gesichtern von Eltern und weinenden oder schlafenden, in jedem Fall aber entzückenden Babies, unterstreichen noch die Wohltat, die die Mediziner diesen Familien erweisen konnten. Der Blick auf Statistiken ernüchtert allerdings den Eindruck der Idylle. Der Preis, in ökonomischer und oftmals auch in emotioneller und ethischer Hinsicht, der dafür bezahlt werden muß, ist hoch. Die Erfolgsquoten sind nach wie vor niedrig, die Versager bringen viel Leid in die Einzelschicksale der Betroffenen. Mehrmaliges Wiederholen der Prozedur, Spontanabortus, ungewollte Mehrlingschwangerschaften, selektiver Fötizid und behinderte Kinder sind ebenso Folgen, aber kein

„Aushängeschild“ für die IVF und kommen daher kaum zur Sprache. Völlig unklar sind auch die psychologischen Auswirkungen auf die im Glas erzeugten Menschen. Ob der Mensch das wohl so leicht wird hinnehmen können, daß er nicht die Folge der (liebenden) Vereinigung seiner Eltern, sondern Labor-Produkt der Arbeit einer medizinisch-technischen Assistentin ist?

Es ist bemerkenswert, daß zahlreiche andere Probleme infolge der extrakorporalen Befruchtung entstanden sind, die zum Großteil die allgemeine ethische Diskussion beherrschen. Man denke beispielsweise an Sensationsnachrichten von Leihmüttern, den Großmüttern, die in der Menopause ein Kind gebären, an die Kinder, die mit dem Samen ihrer verstorbenen Väter gezeugt werden, an die Kinder, deren Väter unbekannt sind... Dem menschlichen Einfallsreichtum scheint keine Grenze gesetzt zu sein. Die Frage der Genmanipulation (das Schreckgespenst vom geklonten Menschen), der willkürlichen Geschlechterwahl, der Forschung an menschlichen Embryonen (vgl. Bioethik-Konvention) wird nicht nur von der Regenbogenpresse, sondern auch von ernstzunehmenden Ethikern und Philosophen bearbeitet. Die Tausende von elternlosen, tiefgefrorenen Embryonen, deren Schicksal völlig ungewiß ist, macht weiteres Kopfzerbrechen. Daß Embryonalzellen ersehnte und gut gehandelte Transplantate sind, ist der breiteren Öffentlichkeit noch wenig zu Bewußtsein gekommen. Um der Wahrheit gerecht zu werden, kann man nicht abstreiten, daß diese Problemkreise Folge der Anwendung und Weiterentwicklung der In-vitro-Fertilisierung sind. Die Technik hat die entscheidenden Grundlagen geliefert und den Boden dafür vorbereitet.

Wie soll das weitergehen? Welch ausgeklügelte und raffinierte ethische und rechtliche Antworten wird man finden müssen, um all das zu rechtfertigen? Wir stehen vor Aporien, deren Auswegslosigkeiten noch immer nicht klar er-

kannt werden. Reflexion und vernunftgemäßes Handeln ist das Menschengemäße und erfordert die mutige Auseinandersetzung mit den gegebenen Tatsachen. Legt man die oben genannten Vor- und Nachteile der extrakorporalen Befruchtung auf die Waagschalen, dann können die „Pro's“ (erhoffter Dienst an den Menschen) die „Contras“ (technische Schwierigkeiten und ethische Problemfelder, die die IVF provoziert) kaum aufwiegen. Aber, so könnte man einwenden, gibt es überhaupt ein Zurück? Darf den betroffenen kinderlosen Eltern dieser letzte Hoffnungsschimmer genommen werden? Müssen gutmeinende Einzelne auf die Erfüllung ihres Kindeswunsches verzichten, weil andere den Weg des Mißbrauchs gehen?

Unsere hochtechnisierte Gesellschaft, für die die Machbarkeit zum Maßstab geworden ist, zahlt dafür einen Preis, der uns doch zunehmend zu hoch wird: das menschliche Leben wird profanisiert und instrumentalisiert, es kann scheinbar „gemacht“ werden. Es hat seinen Geschenk-Charakter eingebüßt. Leben wird immer weniger als „heilige“ Wirklichkeit betrachtet, sondern zunehmend als beherrschbares, manipulierbares Eigentum beansprucht. Macht und Machbarkeit tritt an die Stelle der Liebe. Würde man sich wieder mehr der nicht beanspruchbaren geheimnisvollen Wirklichkeit des Lebens erinnern, könnte man jenes Licht entdecken, das den Sinn schmerzlicher Situationen zu beleuchten imstande ist. Wir hätten weniger Schwierigkeiten, der Versuchung des Anspruchsdenkens zu widerstehen. Der nichterfüllte Kinderwunsch wäre wahrscheinlich leichter zu ertragen und würde nicht zum Sinnverlust führen. „Ehrfurcht vor dem Leben zu haben“ klingt wie ein abgegriffenes Schlagwort. Will man freilich verhindern, daß der Fortschritt, anstatt Dienst am Menschen zu sein, zur Bedrohung wird, darf man diese Haltung dennoch nie aufgeben!

Überlegungen zum Thema „Klonen“

Johannes BONELLI

IN Großbritannien wurde ein Schaf durch Klonung aus den Zellen eines erwachsenen Tieres erzeugt. Dabei wurde ein somatischer Zellkern einer Eizelle eingepflanzt.¹ Dieser „Embryo“ wurde anschließend von einem Mutterschaf austragen.

Die Wissenschaft sieht zur Zeit zwei mögliche Anwendungsbereiche für die Technik des Klonens unter den Tieren.

Einerseits hofft man damit von optimal ertragreiches Vieh züchten zu können um damit die Bevölkerung zu versorgen (Fleisch, Milch etc.). Im Prinzip ist wohl vom Standpunkt der Ethik dagegen wenig einzuwenden. Im Grunde handelt es sich hier um eine neue Züchtungsmethode. Der Haupteinwand, der dagegen geltend gemacht werden kann, ist, daß es dadurch zu einer Verarmung des genetischen Erbgutes kommen könnte. Eine Herde von genetisch identen Tieren kann dann zum großen Problem werden, wenn bei einer Seuche alle Einzelindividuen mit derselben Empfindlichkeit reagieren. Eine Epidemie könnte auf diese Weise sehr rasch riesige Tierbestände auf einmal hinwegraffen.

Die andere Anwendung ist limitierter als die erste. Zur Zeit verfügen wir bereits über gentechnisch behandelte Tiere, die beispielsweise mit der Milch Substanzen (z.B. Gerinnungsfaktoren) produzieren, die biochemisch nur schwer herstellbar sind. Die genetische Abänderung dieser Tiere ist außerordentlich kompliziert und bedarf aufwendiger Verfahren. Ist es einmal gelungen, ein solches Tier zu „produzieren“, dann wäre die Technik des Klonens am geeignetsten und billigsten, um weitere Generationen desselben Individuums herzustellen. Diese Anwendung ist jedenfalls quantitativ beschränkt, und es steht keinesfalls das Bestehen der entsprechenden Species auf dem Spiel.

Schon wird in den Medien aber die Frage diskutiert, inwieweit auch beim Menschen diese Methode angewendet werden darf oder soll. Pro und Contra prallen aufeinander. Von vielen Seiten wird ein generelles Verbot gefordert, diese Methode am Menschen anzuwenden. Dagegen wird behauptet, daß die wissenschaftliche Entwicklung durch Einschränkungen nicht aufzuhalten sei. Und in der Tat sei daran erinnert, daß bereits 1993 Klonungsexperimente auch beim menschlichen Embryo von Ärzten der George Washington Universität durchgeführt wurden. Man kann durchaus annehmen, daß diese Ärzte wohlüberlegt ihre Experimente durchgeführt haben. Dennoch darf bemerkt werden, daß die wirklich großen Entdeckungen in der Medizin auch ohne Verletzung der Menschenwürde gemacht werden konnten. Es ist wahr, daß primär an das gebildete Gewissen der Forscher appelliert werden muß und weniger an Verbote und Gebote. Wenn mit der obigen Aussage allerdings auch gemeint ist, daß gegenüber der Wissenschaft überhaupt keine Rechte geltend gemacht werden dürfen, dann ist der Begriff der Wissenschaftsfreiheit entschieden zu weit gefaßt. Denn das Recht auf menschenwürdige Behandlung bzw. das Recht auf Leben überhaupt kann wohl nicht von der „gewissenhaften“ Entscheidung einzelner, nicht von Mehrheitsbeschlüssen und auch nicht von Ethikkommissionen abhängig gemacht werden. Hier wird die Freiheit der Wissenschaft in einer Weise unstatthaft so grenzenlos verherrlicht, daß sie sich gegen den Träger dieser Freiheit, nämlich den Menschen selbst, richtet. Menschenwürde besteht darin, daß der Mensch niemals als Mittel für einen anderen Zweck (und seien dies auch „noch so hohe“ sogenannte wissenschaftliche oder sonstige Ziele) mißbraucht werden darf, sondern daß er immer

das höchste Schutzobjekt jeglicher menschlichen Ordnung sein muß.

Man hat damals versucht, die Klonungsexperimente damit zu rechtfertigen, daß man auf analoge Phänomene in der Natur (Mehrlingsbildungen) hingewiesen hat. Eine solche Argumentation ist allerdings in zweifacher Hinsicht fragwürdig. Zunächst handelt es sich bei der Klonierung von Menschen nicht „nur“ um eine „gewöhnliche“ Mehrbildung. Während nämlich die Individualität der natürlichen Mehrlinge durch die zeitliche Parallelität ihres Lebens abgesichert ist, wird sie bei der Klonung in gewisser Weise aufgelöst. Das Duplikat wird zeitlich so versetzt, daß es bei Bedarf jederzeit als Reservemensch für seinen Vorgänger dienen kann, was einer Einschränkung der Einmaligkeit des Individuums gleichkommt. In gewisser Weise wird der „Klonling“ wohl vom „Produzenten“ als sein Eigentum betrachtet werden“

Zweitens ist es grundsätzlich verfehlt, wenn der Mensch sein Handeln mit der Natur rechtfertigen will, denn für Naturereignisse sind wir Menschen bekanntlich nicht verantwortlich, für unsere Taten hingegen sehr wohl. Die Tatsache zum Beispiel, daß der Mensch ohnehin „natürlicherweise“ stirbt, rechtfertigt wohl weder den Krieg, noch die Euthanasie und auch nicht die Erzeugung und Verwerfung von Em-

bryonen. Vor allem darf nicht vergessen werden, daß bei der Klonung der Zellkern aus einem Embryo entfernt und durch den „Spendekern“ ersetzt wird. Die bedeutet nichts anderes, als daß der ursprüngliche Embryo sterben muß, damit das gewünschte Duplikat entstehen kann. Der menschliche Embryo ist aber kein verbrauchbares Rohmaterial, das man nach Bedarf einfrieren, auftauen, verwerfen oder weiterverarbeiten kann.

Der Umstand, daß planvoll Menschen multipliziert werden sollen, zeigt im übrigen neuerlich die Tatsache auf, daß dort wo die Grenzen der natürlichen Zeugung mißachtet werden, der Mensch zwangsläufig zum Versuchsobjekt wissenschaftlicher oder sonstiger Interessen mißbraucht wird.

Ein gesetzlich verankertes Klonierungsverbot für Menschen wäre daher ein wirksamer Schutz für die unantastbare Menschenwürde von Anfang an. Es wäre für den ethisch denkenden Wissenschaftler eine Bestätigung und für den Forscher, der im Rahmen seiner Tätigkeit der Versuchung nicht widerstehen könnte andere Wege zu gehen, ein klarer Wegweiser für wahre Menschlichkeit.

Referenz

1. Vgl. *Nature*, 27.2.1997, Seite 769ff.

Hebammenausbildung und Schwangerschaftsabbruch

Rechtsethische Überlegungen

Gabriela EISENRING

ZUSAMMENFASSUNG

Wer sich in Zürich zur Hebamme ausbilden lassen will, muß bereit sein, bei Spätabtreibungen im Gebärsaal mitzuwirken. Dies hat der Zürcher Kantonsrat am 23. September 1996 entschieden. Schülerinnen, die sich von vorneherein weigern, werden gar nicht mehr zur Ausbildung zugelassen, was einem praktischen Berufsverbot gleichkommt. Das Hebammenproblem wurde im Kanton Zürich auf dem politischen Weg behandelt, die Lösung ist ethisch nicht vertretbar: Die aktive Teilnahme darf nicht in den Zulassungsbedingungen vorgeschrieben werden. Auch rechtlich wird die Gewissensfreiheit in der Anwendung zu wenig geschützt. Aus diesem Grund braucht es einen umfassenderen Schutz der Gewissensnot während der Ausbildung und am Arbeitsplatz. Dieser kann durch Gewissensklauseln in den kantonalen Gesundheitsgesetzen erreicht werden.

Schlüssenwörter: Hebammenausbildung, Spätabtreibung, Gewissensfreiheit, Berufsverbot, Gewissensklauseln in den kantonalen Gesundheitsgesetzen.

ABSTRACT

Anyone, who wishes to be trained as a midwife in Zürich, should be ready to take part in late-stage abortions in the delivery room. The Canton council has decided upon it on September 23, 1996. Students, who refuse to do so at the very beginning, would not even be admitted to the training, which is practically equal to a prohibition of choice of profession. The problem of the midwives was dealt with in a political way, and the solution is not ethically justifiable: The active participation should not be laid down in the registration requirements. In its application, the freedom of conscience is moreover protected too little juridically. For this reason, an all-encompassing protection against this moral dilemma is necessary in the education and in the place of work. This can be achieved through the introduction of a clause on conscience in the cantonal health laws.

keywords: training of midwives, late-stage abortion, freedom of conscience, prohibition of choice of profession, clause on conscience in the cantonal health laws

I. Problemstellung

Die Frage nach der Wahrung der verfassungsmäßig garantierten Glaubens- und Gewissensfreiheit von Medizinalpersonal, das sich weigert, aktiv an sogenannten „legalen“ Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen, hat durch den „Hebammenstreit“ in Zürich - von dem in der vorherigen Nummer von *Imago Hominis* berichtet worden ist¹, erneut an Aktualität gewonnen: Wer sich in Zürich zur Hebamme ausbilden läßt, muß bereit sein, bei Abtreibungen im Gebärsaal mitzuwirken. Dies hat der Zürcher Kantonsrat am 23. September 1996 entschieden. Ein Postulat, das Ausnahmen aus Gewissensgründen verlangte, wurde mit 92 zu 48 Stimmen abgelehnt².

Der Entscheid des Kantonsrates wirft einen schwerwiegenden ethischen und rechtlichen Konflikt auf: Die Aufnahmekommission der kantonalzürcherischen Hebammenschule verlangt seit 1995, daß zukünftige Schülerinnen verpflichtet sind, an Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen. Diesen Schülerinnen bleibt es somit versagt, sich auf ihre Gewissensnot zu berufen, wenn sie sich an einer Abtreibung nicht beteiligen möchten: eine Tatsache, die in der Praxis durch die pränatale Diagnostik immer häufiger geworden ist. Schülerinnen, die sich von vorneherein weigern, werden gar nicht zur Ausbildung zugelassen, was einem praktischen Berufsverbot gleichkommt.

Nach diesem Entscheid müssen vor allem folgende rechtsethische Fragen untersucht werden: Was kann eine angehende Hebamme tun, wenn sie nun doch diese Ausbildung machen möchte? Was geschieht, wenn sie sich bei der Aufnahme mit diesen Bedingungen einverstanden erklärt, dann aber im gegebenen Fall sich einfach nicht an einem Schwangerschaftsabbruch beteiligt? Mit diesen Fragen werden wir uns in der Zukunft auseinandersetzen müssen.

II. Ethische Überlegungen zum Problem

In der Schweiz gehen Gesetz und Praxis in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch weit auseinander. Das Schweizerische Strafbuch (StGB) erlaubt in Art. 120 Abtreibungen, wenn bestimmte Umstände gegeben sind. Während von Gesetzes wegen die Abtreibung restrikt geregelt wird³, herrscht in vielen Kantonen eine sehr liberale Praxis. Ein zeitliches Limit der Abbrüche wurde bei der restriktiven Gesetzgebungen nicht festgesetzt. Dies kann zu späten Schwangerschaftsabbrüchen führen.

Wie schon dargelegt, muß bei späten Schwangerschaftsabbrüchen eine „Geburt“ eingeleitet werden, welche die Betreuung und Begleitung einer Hebamme verlangt. Hebammen, welche den Schwangerschaftsabbruch ablehnen, geraten durch diese Entwicklung in den letzten Jahren in einen Gewissenskonflikt. War dies schon seit Jahren für den Arbeitsplatz von Hebammen an öffentlichen Spitälern gegeben³, scheint dieses Problem nun durch die Aufnahmebedingungen der kantonalen Hebammenschule in Zürich auch bei der Ausbildung größte Aktualität zu bekommen. In diesem Fall geht es um die Frage der Zulassung zur Hebammenschule. Bis 1994 gab es an der Hebammenschule zwar keine Gewissensklausel, aber pro Klasse wurde wenigstens eine Frau aufgenommen, die aus Gewissensgründen nicht assistieren wollte. Es stellt sich die ethische Frage, ob eine Zulassungsbeschränkung zur Ausbildung der Hebammen nicht eine Diskriminierung aufgrund ethischer Überzeugungen ist.

Der Entscheid des Kantonsrats konfrontiert uns mit einer klaren Gewissensfrage. Es handelt sich um eine ethische Frage, auf die leider weder der Regierungsrat noch der Kantonsrat eingegangen ist. Das Nichteintreten auf diese Frage wurde bei der Behandlung im Kantonsrat (Parlament) dann auch von einigen Ratsmitgliedern heftig kritisiert⁴: Darf eine Hebammenschülerin gezwungen werden, etwas zu tun, das sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren kann? Oder hat auch sie das Recht auf eine ethische Überzeugung? Darf man

solchen Frauen, die sich von Anfang an weigern, diese Bedingungen zu akzeptieren, den Zugang zur Hebammenausbildung verweigern? Diese Fragen sollen als erstes ethisch beantwortet werden.

Die ethische Reflexion bedeutet allgemein, über die Ziele und Handlungen des Menschen nachzudenken. Zur Ethik gehört es, gesellschaftliche Realitäten zu hinterfragen. Die Frage nach dem Beginn und Wert des Lebens ist eine ethische Frage und muß als solche auch respektiert werden: Die Frage des Mitwirkens an einem Schwangerschaftsabbruch kann aus ethischer Sicht als Gewissensentscheid bewertet werden.

Die konkrete Ausführung des Schwangerschaftsabbruches kann von einer Hebamme, welche den Abbruch aus Gewissensgründen ablehnt, nicht verlangt werden. Umgekehrt darf aber die Hebamme die Grundpflege und Betreuung einer Frau, welche einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen will oder vorgenommen hat, nicht verweigern. So wurde es im Gutachten des Ethik-Zentrums der Universität Zürich vom 4.3.1996, das im Auftrag des evangelischen Kirchenrats des Kanton Zürich erstellt wurde, klar ausgedrückt.

Als Folge der Entwicklung der pränatalen Diagnostik gehören Schwangerschaftsabbrüche nach Aussagen des Regierungsrates zur Berufsrealität der Hebamme und das Berufsbild der Hebamme müsse sich diesen „gesellschaftlichen“ Realitäten anpassen. In der Tat wird im Prospekt der Hebammenschule unter dem Aufgabenbereich der Hebamme folgendes genannt: „In seltenen Fällen begleitet und betreut sie auch Frauen oder Paare, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch wegen Fehlbildung des Kindes entschieden haben“. Ein Wechsel ist im heutigen Hebammenkodex zu beobachten: Galt bisher der Grundsatz, daß eine Hebamme keine Dinge tun muß, die sie ethisch nicht vertreten kann, hat sie nach der neuen Auffassung vor allem die Pflicht, Frauen in jeder Lebenslage zu betreuen und ihnen beizustehen.

Aufgrund der Argumentationen des Regierungsrates und der Voten im Kantonsrat muß gesagt werden, daß die Einstellung einer konsequentialistischen Ethik vorherrscht: Man versucht

demjenigen, der die ethische Frage stellt, mit einer entsprechenden Kosten-Nutzen-Analyse zu antworten. In jenen Kreisen, in denen diese Einstellung vorherrscht, erhält die ethische Frage der Hebammen eine liberale Antwort. Gut ist, was die Patientin als gut empfindet und schlecht ist, was ihr schadet. Die Medizin wird zu einer Dienstleistung, die man kauft. So muß ein öffentliches Spital diese Dienstleistung erbringen, sie versteht den legalen Schwangerschaftsabbruch als ihren Handlungsauftrag. Dazu braucht es aber genügend Personal, das bereit ist, diese Handlung auszuführen. Wenn sie dieses nicht hat, rechtfertigt man auch die Tatsache, daß die Gewissensfreiheit nicht gilt. Man kann sogar jemanden von der Zulassung ausschließen. Diese konsequentialistische Ethik hat die Gefahr, daß das Medizinalpersonal in seiner Beziehung zum Patienten verpflichtet wird, sich an Normen zu halten, die den freien Austausch von Gütern und Dienstleistungen regeln. Diese Normen sind grundsätzlich rechtlicher Natur. Diese konsequentialistische Ethik geht von der Abschätzung der Folgen zu rein kommerziellen Denkschemata über, um sich schließlich in eine bloß rechtliche Frage zu verwandeln. Sie hört auf, Ethik zu sein, d.h. Reflexion darüber, was man tun und unterlassen soll. Oder aber diese Überlegungen, was man tun oder unterlassen soll, orientieren sich an einem rein rechtlichen Rahmen: nämlich daran, was die Gesetzgebung, die Rechtsprechung und die Verfassungsrechte an Rechten einräumen. Die Einschränkung, die diese Sichtweise für die ethische Reflexion in der Medizin bedeutet, liegt auf der Hand. Der Gewissensentscheid der Hebamme muß somit auf Kosten der Interessen der Patientin oder des Arztes geopfert werden. Die sogenannte „wertfreie“ Wissenschaft macht es heute möglich, „wertes“ und „unwertes“ Leben zu unterscheiden. Auch die Hebammen sind Menschen und sie haben ethische Grundwerte, genau wie die Eltern. Die aktive Teilnahme an einer Abtreibung darf sicherlich nicht obligatorisch vorgeschrieben werden; eine solche Bestimmung wäre ethisch unhaltbar.

III. Ungelöste Rechtsfragen bezüglich der Wissensnot während der Ausbildungszeit

Eine staatliche Klinik ist rechtlich verpflichtet, den vom Gesetz gestützten – für das Kind aber tödlich endenden – Eingriff, durchzuführen. Damit wird das Dilemma aber offensichtlich: Wer in einem Staatsbetrieb arbeitet, der hat sich an die Regeln seines Arbeitgebers zu halten. Nur dafür wird er bezahlt. Verweigert er die Ausführung eines Auftrages, den der Staat zu erledigen hat, verletzt er die Dienstpflicht. Dafür hat er die Konsequenzen zu tragen. Ein verweigerter Auftrag kann für den Angestellten der öffentlichen Verwaltung die Kündigung bedeuten. Das kann sogar schon dann der Fall sein, wenn innerhalb eines Arbeitsteams die Kolleginnen und Kollegen mit einer Freistellung aus Wissensgründen nicht (mehr) einverstanden sind und keine Mehrbelastung mehr hinnehmen wollen. Dieses Problem weitet sich nun immer mehr auf die Ausbildung aus.

Das Hebammenproblem wurde im Kanton Zürich auf dem politischen Wege behandelt, die Lösung ist ethisch nicht vertretbar. Dieser Entscheidung wirft aber auch als Folge viele rechtliche Probleme und Fragen auf, die noch nicht gelöst sind. Hier sollen nur einige genannt werden:

- Hat die Aufnahmekommission der kantonalen Hebammenschule rechtlich die Kompetenz, eine Teilnahmepflicht an legalen Abtreibungen zu erlassen?
- Verstößt diese Teilnahmepflicht gegen die Glaubens- und Wissensfreiheit gemäß Art. 49 der Schweizerischen Bundesverfassung?
- Liegt ein überwiegendes öffentliches Interesse für eine solche Teilnahmepflicht vor?
- Ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewährleistet?

a) Das verfassungsmäßige Recht der Wissensfreiheit

Die Schweizerische Bundesverfassung (BV) garantiert den Bürgerinnen und Bürgern das Recht der

Glaubens- und Wissensfreiheit im Verfassungsartikel 49 Abs. 1. Diese wird auch durch Art. 9 der EMRK geschützt. Die Wissensfreiheit ist ein hohes Gut unserer modernen Kultur. In der speziellen Frage der Verweigerung zur Beihilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen durch medizinisches Personal liegen in der Schweiz keine Bundesgerichtsurteile vor. Hingegen äußerte sich der Bundesrat auf die Interpellation vom 20. Dezember 1995 folgendermaßen: Die Hebammenausbildung sei Kompetenz der Kantone. Primäres Ziel bei der Ausbildung zur diplomierten Hebamme sei die Erlangung der Fähigkeit, die Betreuung und die Überwachung von Mutter und Kind beim normalen und beim pathologischen Geburtsverlauf zu gewährleisten. Zur Arbeitsrealität der Hebamme gehöre auch die Betreuung von Frauen während eines legalen Schwangerschaftsabbruches. Der Bundesrat bejahe aber den grossen ethischen Konflikt der Hebammen, die aus Wissensnot nicht an einer Abtreibung mitwirken können. Eine Wissensnot der Hebamme, aber auch der betroffenen Ärztinnen, Ärzte und des Krankenpflegepersonals sei auf jeden Fall ernst zu nehmen. So könne niemand verpflichtet werden, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, wenn er dies aus Wissensgründen nicht verantworten kann⁵. Umgekehrt betonte der Bundesrat aber auch, daß die medizinische Versorgung der betroffenen Patientinnen sichergestellt sein muß. Bei den Lösungsversuchen müsse eine Abwägung zwischen den verschiedenen Interessen stattfinden. Eine wesentliche Bedeutung komme dabei dem Verhältnismäßigkeitsprinzip zu. Man müsse auf die Glaubens- und Wissensfreiheit der Hebammenschülerinnen Rücksicht nehmen, aber wie diese Lösung konkret erfolgen soll, falle in die Zuständigkeit der Kantone.

In der Tat handelt es sich bei der Aufnahmeordnung um einen Erlass der Aufnahmekommission, der in einer neuen Fassung durch die Schulkommission am 19. 11. 1996 genehmigt wurde. Die Bereitschaft zur Spätabtreibung wird anhand der Auslegung des folgenden Satzes

gerechtfertigt: „Anforderungsprofil: *Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Neuem*. Betreuung von Frauen und Paaren in schwierigen persönlichen oder schwierigen ethischen Lebenssituationen“. Wie ersichtlich, wird der Schwangerschaftsabbruch in dieser Aufnahmeordnung nicht klar genannt, aber die zukünftigen Schülerinnen werden beim Aufnahmegespräch gefragt, ob sie in konkreten Fällen diese Spätschwangerschaftsabbrüche machen würden. Sind sie von Anfang an nicht bereit, werden sie zur Schule nicht zugelassen.

b) Die Grundrechtsposition der Schülerinnen

Die Schweizerische Bundesverfassung schützt zwar die Glaubens- und Gewissensfreiheit, aber die Frage, ob solche Zulassungsbestimmungen nicht eine Verletzung dieser Freiheit sei, wurde vom Bundesgericht noch nie beurteilt. Ein solcher Entscheid wäre jedoch von höchster Wichtigkeit. Hier ist die Frage der Gewissensnot noch komplexer als bei der in einem Arbeitsverhältnis, denn es geht hier nicht um das Dienstrecht, sondern um die Ausbildung zur Hebamme. Art. 49 BV Abs. 1 garantiert die Glaubens- und Gewissensfreiheit; da aber dieses Freiheitsrecht negativen Charakter hat, ist die Durchsetzung des Rechts nicht gesichert. Nach Jean-François AUBERT⁶ bedeutet Glaubens- und Gewissensfreiheit das Recht für jedermann, seine eigene Meinung über die Beziehung zwischen Gott und Mensch zu haben, an den Gott der Juden oder der Mohammedaner, an mehrere Götter oder an keinen Gott zu glauben. Geschützt sind alle Überzeugungen, die sich auf das Verhältnis des Menschen zum Göttlichen beziehen. In 49 Abs. 1 BV geht es um Religion, auch wenn dieses Wort nicht ausdrücklich erwähnt wird. Allerdings muß Religion in einem weiten Sinn verstanden werden. Zur Glaubens- und Gewissensfreiheit in diesem Sinn gehört auch die Überzeugung, daß menschliches Leben -und um solches handelt es sich beim Ungeborenen ab der Zeugung- grundsätzlich nicht durch einen Schwangerschaftsabbruch ausge-

löscht werden darf, um nicht das Gebot „Du sollst nicht töten“ zu verletzen.

Bei unserem Fall handelt es sich nicht um ein öffentlichrechtliches Anstellungsverhältnis, sondern um ein Ausbildungsverhältnis, das die Problematik noch vertieft. Die Schülerin befindet sich zwar in einem Sonderstatusverhältnis, das gewisse Einschränkungen der Grundrechte mit sich bringen kann, aber dennoch gelten auch hier die Grundrechte. Im Kanton Zürich besteht somit nur noch die Möglichkeit, auf dem rechtlichen Weg vorzugehen, da der politische erschöpft ist.

Es geht hier um den Lehrinhalt an einer staatlichen Bildungsinstitution. Um das Problem rechtlich zu erfassen, muß unterschieden werden, ob es sich dabei um eine Unzufriedenheit mit dem vermittelten Stoff handelt, über den diskutiert und in der Prüfung abgefragt werden muß, oder ob die Unzufriedenheit über eine Tätigkeit da ist, die aktiv vorgenommen werden muß. Es geht hier um eine konkrete Tätigkeit, nämlich die der Beihilfe zum Schwangerschaftsabbruch. Diese Handlung kann nicht einfach so in Kauf genommen werden.

Bezüglich des Arguments, daß die Hebammen diesen Vorgang auch lernen müssen, ist das Problem differenzierter: Es ist anders, ob es genügt, daß man bei der Tätigkeit zusehen muß, um sie später in einem Notfall durchführen zu können oder ob manuelle Fertigkeiten erworben werden müssen, die mehrfaches Üben erfordern. In unserem Fall ist dies nicht notwendig, denn es handelt sich ja gerade um den „gleichen Vorgang“ wie bei einer Geburt. Auch ist die Tätigkeit für die umfassende Bildung nicht so wichtig, daß der Titel nicht erteilt werden könnte. Das öffentliche Interesse ist somit gewahrt, auch wenn einige Schülerinnen sich auf diese Gewissensfreiheit berufen. Meines Erachtens rechtfertigt das öffentliche Interesse diesen Eingriff nicht, der zu einem praktischen Berufsverbot führt.

Auch kann das freiwillige Eingehen auf den Sonderstatus hier als Einwand nicht gebracht werden, da man in der Schweiz die Hebammen-

ausbildung nur an staatlichen Institutionen machen kann. Man hat praktisch keine Ausweichmöglichkeiten mehr. Für einige Schülerinnen mag ein noch eventuell mögliches Ausweichen auf einen anderen Kanton praktisch unzumutbar sein.

Das öffentliche Interesse an einem Titel, der eine umfassende Ausbildung gewährt, ist im Fall der Hebammen gewährt und rechtfertigt einen Eingriff in die Gewissensfreiheit nicht. Da es um die Ausbildung der Hebammen geht, wäre ein solcher Eingriff unverhältnismäßig. Die Position der Patientin, die rechtlichen Anspruch darauf hat, daß sie umfassend beraten wird und daß alle legal zur Verfügung stehenden Mittel ihr effektiv angeboten werden, ist nicht verletzt. Die Verpflichtung des Staates, den service public effektiv anzubieten, wird zwar erschwert, aber er wird nicht unmöglich.

Das öffentliche Interesse ist meines Erachtens nicht gewichtig genug, um Schülerinnen die Zulassung zum Hebammenberuf zu verweigern, zumal das Berufsbild der Hebamme immer noch vorwiegend die primäre Aufgabe beinhaltet, Leben auf die Welt zu bringen. Eine Abweisung widerspricht der Glaubens- und Gewissensfreiheit und ist nicht verfassungskonform. Die Verhältnismäßigkeit eines solchen Eingriffs ist nicht gegeben.

c) Konkrete Möglichkeiten für die Schülerinnen

Was sollen die Schülerinnen in der Zukunft machen? Im Kanton Zürich bleibt nur noch der Rechtsweg offen, denn der politische Weg ist für die nächsten Jahre sicherlich verschlossen. Es handelt sich bei den Aufnahmebedingungen um eine Rechtsverordnung, die dem Bürger die Möglichkeit von Rechtsmitteln gibt. Der Erlaß kann aber in unserem Fall nicht mehr direkt angefochten werden, da die Fristen abgelaufen sind. Man hat zwar keinen positiven Anspruch auf Bildung, aber in diesem Fall geht es doch um eine klare Diskriminierung und um ein faktisches Berufsverbot aufgrund einer bestimmten ethischen Überzeugung.

Gemäß Auskunft der Hebammenschule wird im Aufnahmeverfahren ein Gespräch mit der möglichen Kandidatin gemacht. Unter anderem wird sie gefragt, ob sie mit den Aufnahmebedingungen einverstanden ist, d.h. auch in gewissen Fällen bereit wäre, die Frau zu betreuen, die sich für einen späten Schwangerschaftsabbruch entschieden hat. Wenn sie dies klar verneint, wird sie gar nicht aufgenommen. Diese Verfügung könnte die Schülerin zuerst verwaltungsintern und dann auch mit einem gerichtlichem Verfahren gemäß kantonalem Recht anfechten. Die Aufnahmebedingungen könnten dann akzessorisch geprüft werden. Dann bleibt der betroffenen Schülerin nur noch eine staatsrechtliche Beschwerde ans Bundesgericht, sofern alle Voraussetzungen dieser Beschwerde erfüllt sind.

Es könnte aber auch geschehen, daß eine Schülerin sich einverstanden erklärt (Notrecht) und sich dann im gegebenen Fall weigert, aktiv einen späten Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Nach dem Entscheid des Kantonsrates vom 23. September läuft zur Zeit bis April 1997 das erste Aufnahmeverfahren. Es wird sich zeigen, ob sich dieser Fall bewahrheitet. Gemäß Aussagen der Hebammenschule würde aber niemand in der Praxis zur Abtreibung gezwungen, wenn man dies ethisch vertreten könne. Es würden Gespräche zwischen der betroffenen Schülerin, dem Arbeitsteam und der Leitung gehalten; niemand würde aber von der Schule weggewiesen und auch niemandem würde der Titel aus diesem Grund nicht erteilt. In diesem Sinn garantierte Gesundheitsdirektorin Verena DIENER in der Beratung des Kantonsrates, daß in der Praxis niemand zu einer aktiven Teilnahme an einer Abtreibung gezwungen werde. Sie formulierte es folgendermaßen: „Eine ganz große Frage ist die direkte Teilnahme am aktiven Teil eines Spätabbruches. Ich kann Ihnen versichern, daß trotz veränderter Praxis, die vorgenommen wurde, Hebammenschülerinnen auch heute noch die Möglichkeit haben, sich *ad personam* aus Gewissensgründen vom aktiven Teil des Abbruchs zu dispensieren, genau so, wie sie auch die

Ärzte haben. Aber nur *ad personam*, in Absprache mit dem Team. Wenn Sie aber verlangen, daß dies eine Grundvoraussetzung für die Ausbildung sein soll, haben wir keine Möglichkeit, Hebammenschülerinnen abzuweisen, die aus religiös-fundamentalistischen Überlegungen in diesen Beruf wollen und dort auch ganz klar diese Verweigerung vornehmen“. Die Worte der Regierungsrätin zeigen klar, daß dies einen zu geringen Schutz bedeutet, denn wenn das Team nicht einverstanden wäre, könnte dies zu einer Ablehnung der Dispens führen. Dann würde eventuell doch ein Ausschluß aus der Schule erfolgen. In diesem Fall bleibt der Schülerin auch nur der Rechtsweg offen. Sie müßte geltend machen, daß dieser Ausschluß gegen die Glaubens- und Gewissensfreiheit verstoße. Der Ausschluß ist aber unhaltbar: Der Zugang zu einer Berufsausbildung kann einer Minderheit, welche eine bestimmte Tätigkeit aus Gewissensgründen verweigert, nicht verwehrt werden, wenn diese Tätigkeit auch bei einer anderen Gelegenheit erlernt werden kann. Eine Ausbildungsverweigerung kommt einem faktischen Berufsverbot gleich. Art. 49 der Bundesverfassung beinhaltet auch, daß der Staat keine religiösen Ansichten vertreten darf und daß er jedem die freie Wahl der seinigen läßt. Legt nun eine staatliche Hebammenschule die Pflicht zur Abtreibung in ihren Aufnahmebedingungen fest, müßte auch geprüft werden, ob der Staat nicht seine konfessionelle Neutralität verletzt. Unter Gewissen ist jene innere kritische Instanz zu verstehen, die dem Leben und Handeln des einzelnen ethische und moralische Maßstäbe setzt. Nach schweizerischer Lehre ist auch die Weltanschauung durch die Glaubens- und Gewissensfreiheit geschützt. Man darf keine Rechtsnachteile wegen Glaubensansichten gemäß Art. 49 Abs. 2 haben. Der Staat darf niemanden wegen seiner Glaubensansichten mit Rechtsnachteilen belegen. Der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens wäre ungewiß. Klar ist, daß die neuen Zulassungsbestimmungen ethisch nicht haltbar sind. Sicherlich ist ein Gewissenskontingent nicht die richtige

Lösung, da man nicht eine genaue Zahl pro Klasse festlegen kann. Jeder Schülerin sollte die Möglichkeit offen gelassen werden, sich auf die Gewissensnot berufen zu können.

IV. Notwendigkeit eines umfassenden Schutzes der Gewissensnot in der Ausbildung und am Arbeitsplatz

Der Fall von Zürich zeigt, wie wichtig ein umfassender Schutz des Gewissens in der Ausbildung und am Arbeitsplatz für die Zukunft ist. Da in der Schweiz die Kantone kompetent sind, im Gesundheitswesen zu legiferieren, sind sie somit auch befugt, Gesetzesbestimmungen zu erlassen, die diese Frage regeln. Die Kantone Tessin und Wallis haben bereits solche Bestimmungen in ihr Gesundheitsgesetz aufgenommen; in den Kantonen Thurgau und Bern sind entsprechende Vorstöße in den kantonalen Parlamenten anhängig. Der Kanton Zürich hingegen hat sich mit dem Hebammenentscheid zur Auffassung durchgerungen, daß keine Gesetzesbestimmung zum Schutz dieser betroffenen Personen notwendig sei. Das Parlament heißt sogar die neuen Aufnahmebestimmungen gut, die die Mitwirkung an einer Spätabtreibung als Aufnahmebedingung vorsehen.

Die Notwendigkeit, auf kantonaler Ebene der Glaubens- und Gewissensfreiheit für medizinisches Personal im Bereich der Weigerung der Vornahme von Abtreibungen Nachachtung zu verschaffen, haben die Kantone Tessin und Wallis erkannt und folgende, entsprechende Gesetzesbestimmungen erlassen: So lautet der neue Art. 29 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Wallis wie folgt: „Jede Gesundheitsfachperson kann sich weigern, Leistungen zu erbringen, welche ihren persönlichen, ethischen oder religiösen Überzeugungen widerspricht. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die Unterlassung der Behandlung eine schwere und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit der Patienten darstellt“. Auch das Gesundheitsgesetz des Tessins sieht im

§ 18 die sogenannte „obiezione di coscienza“ für das medizinische Personal vor. In diesem Paragraphen wird festgelegt, daß das Personal nicht gezwungen werden darf, an Handlungen oder Therapien teilzunehmen oder solche auszuführen, die mit ihren eigenen ethischen oder religiösen Überzeugungen nicht übereinstimmen. Die Berufung auf das Gewissen darf aber nicht Anlass zu Diskriminierung und Bestrafung werden. Dem Patienten soll die notwendige Information gegeben werden, damit er zu einem anderen medizinischen Personal gehen kann, die dies macht. In Todesgefahr muß dem Patienten geholfen werden.

Die Notwendigkeit kantonaler Regelungen über die Gewährleistung der Glaubens- und Gewissensfreiheit für medizinisches Personal zeigt sich auch darin, daß damit ein faktisches Ausbildungs- und Berufsverbot, wie es in Zürich in der Zukunft geschehen könnte, verhindert werden kann. Wenn diesen Personen verwehrt wird, sich aus Gewissensgründen zu weigern, an Abtreibungen teilzunehmen, sehen sie sich nämlich einem faktischen Berufsverbot gegenübergestellt, das insbesondere auch viele Ärzte und Ärztinnen trifft, die sich auf dem Fachgebiet Gynäkologie/Geburtshilfe ausbilden möchten. Diese Ausbildung kann nur an wenigen öffentlichen Kliniken erfolgen, sodaß ein faktisches Berufsverbot für die erwähnten Ärzte im Gebiet der ganzen Schweiz zum Zug kommt. Die zur Zeit eingereichte Motion im Kanton Thurgau möchte in diesem Sinn folgendes bewirken: jenem medizinischen Personal die Einhaltung der Glaubens- und Gewissensfreiheit zu gewährleisten, das sich auf seine Gewissensfreiheit beruft und sich weigert, an Schwangerschaftsabbrüchen aktiv teilzunehmen. Es geht darum, daß auch diesen Personen gegenüber Toleranz gewahrt wird. Die Glaubens- und Gewissensfreiheit ist zwar ein in der ganzen Schweiz geltendes Verfassungsrecht. Eine gesetzliche Regelung auf kantonaler Ebene wäre daher theoretisch nicht erforderlich. Die Praxis

zeigt aber, daß die Auslegung dieses Freiheitsrechts oft rechtswidrig erfolgt.

Der Leistungsauftrag des öffentlichen Spitals wird durch die Aufnahme einer Bestimmung zur Gewährleistung der Glaubens- und Gewissensfreiheit von medizinisches Personal nicht beeinträchtigt. Vorbehalten ist nämlich die Mitwirkung dieser Fachpersonen bei echten Notfällen, bei denen die Berufung auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit nicht zum Zuge kommt, (z.B. Mitwirkung bei einer Fehlgeburt). Ein strafloser Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Art. 120 StGB ist aber nie ein Notfall, denn er kann immer geplant werden. Die Zukunft wird zeigen, ob die Gewissensfreiheit durch Klauseln in den Gesundheitsgesetzen medizinisches Personal besser schützen kann.

Die Bundesverfassung schützt somit grundsätzlich die Gewissensfreiheit, aber die konkrete Anwendung ist diffus. Es wäre an der Zeit, daß man sich mit dieser Frage ethisch und auch rechtlich richtig auseinandersetzt. Denn die Forderung der Gewissensfreiheit ist mit Nachdruck zu stellen, nur so ist friedliches Zusammenleben in einer pluralistischen Gesellschaft möglich.

Referenzen:

1. Vgl. EISENRING, G., „Müssen angehende Hebammen das Abtreiben lernen?“, *Imago Hominis*, Nr. 4 (1996), S.
2. „Protokoll des Zürcher Kantonsrates“, 70. Sitzung, 23. September 1996, S. 5014.
3. Hier soll nur der Fall der sieben Hebammen am Kantonsspital Aarau, denen gekündigt worden ist, genannt werden, weil sie sich unter Berufung auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit weigerten, an Spätabtreibungen im Gebärsaal teilzunehmen.
4. „Protokoll des Zürcher Kantonsrates“, 70. Sitzung, 23. September 1996, S. 4985.
5. Vgl. „Botschaft zu einem Bundesgesetz über den Schutz der Schwangerschaft und die Neuordnung der Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruches“, Bbl 1974 II S. 737; vgl. auch „in der eidgenössischen Abstimmung verworfenes Bundesgesetz über den Schutz der Schwangerschaft und die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruches“, Art. 8, Bbl. 1977 III S. 92; REHBERG, J./SCHMID, N., „Strafrecht III“, 6. Aufl., Zürich (1994), S. 22f.
6. „Bundesstaatsrecht der Schweiz“, Band II: Neubearbeiteter Nachtrag, Basel (1994) S. 906, RZ 2014.

FOCUS

Das alte Problem mit einem neuen Namen: Noncompliance.

Raphael BONELLI

ZUSAMMENFASSUNG

Der Begriff der Non-Compliance wird allgemein unscharf verwendet. Man kann fünf Gruppen von Verhaltensweisen unterscheiden: nichtverordnetes Absetzen, falsche Intention (aus dem falschen Grund nehmen), falsche Dosierung (zuviel oder zuwenig), falsches „timing“, nicht verschriebene Zusatzmedikamente. Zahlreiche Studien lassen erkennen, daß die Non-Compliance unter den Ärzten nicht die richtige Beachtung findet. Sie wird unterschätzt, denn ein Drittel aller Patienten, unter den Langzeittherapien sogar die Hälfte der Patienten, halten sich nicht an ärztliche Verordnungen. Welche Patienten gut kooperieren und welche nicht, läßt sich im voraus aber nicht bestimmen.

Schlüsselwörter: Non-Compliance, Ursachen, Motivation, Complianceerleichterung

ABSTRACT

The term Non-Compliance is generally used in an unclear manner. One can distinguish the manner of usage in five groups: non-prescribed ceasing, wrong intention (taken for a false reason), wrong dosage (too much or too little), wrong timing, non-prescribed additional medication. Numerous studies show that Non-Compliance does not receive proper attention by most medics and is gravely under estimated. One third of all long term patients, possibly even one half, do not follow the doctor's prescriptions or directives. Which patients co-operate well or not can not be ascertained in advance..

keywords: non-compliance, causes, motivation, compliance simplification.

JEDER von uns kennt ihn: den Diabetiker, der mit einem HbA1c von 10 sich „ohnehin immer an die Diät gehalten hat“, den Strumaresezierten, der mit einem bTSH von 40 „das Thyrox sowieso immer genommen hat“, den Adipösen, der „fast nichts mehr ißt, wirklich“, den Leberzirrhotiker, der „jetzt überhaupt nichts mehr trinkt“ mit dem Doppelliter im Nachtkasten...

Seit etwa 20 Jahren hat sich die Wissenschaft systematisch dieses Problems angenommen und nennt es nunmehr „Noncompliance“. Das Urproblem der Medizin überhaupt – es untergräbt die Effizienz der Medizin durch mangelnde Ausführung der Therapie – ist, wenn auch nicht schon immer so genannt, natürlich so alt wie die Medizin selbst. Schon HIPPOKRATES gab seinen Schülern den Rat auf mögliche „Fehler und Lügen“ des Patienten bei Befolgung der verordneten Maßnahmen zu achten.¹

Die Erfahrung der alten Ärzte wird durch die neuen Statistiken bestätigt: Nur ungefähr ein Drittel der Patienten nimmt seine Medikamente entsprechend der Verschreibung ihrer behandelnden Ärzte ein, ein weiteres Drittel nimmt seine Medikation gar nicht, und das letzte Drittel schwankt zwischen ersterem und zweitem.² Somit dürfte die Häufigkeit der Noncompliance – je nach Definition – um die 50% liegen.³ Nach RASHID⁴ holen fast 20% der Patienten die von ihrem praktischen Arzt verschriebenen Medikamente gar nicht in der Apotheke ab.

1. Das Problem der Compliancedefinition

Das englische Wort „compliance“ wird im allgemeinen mit „Einwilligung, Zustimmung, Erfüllung, Befolgung, Beobachtung (eines Gesetzes), Nachgiebigkeit, Bereitwilligkeit oder Willfährigkeit“ übersetzt. Ein zweiter englischer Ausdruck für die Compliance ist „adherence“. Wörtlich übersetzt bedeutet es soviel wie „festhaften an, festhalten an, Anhänglichkeit, Befolgung (einer Regel)“.

Was die Begriffe „Compliance“ und „Noncompliance“ meinen ist uneinheitlich, und oft auch schwammig und ungenau definiert. Meist werden nur seine Parameter in den Studien der Complianceforschung verwendet, mit dem Hintergedanken, daß sich unter diesem Begriff ohnehin jeder „etwas“ vorstellen könne. Einige der gängigen Complianceparameter, mit deren Hilfe die Kooperation der Patienten in Zahlen gebracht werden, sind etwa die Einnahme vorgeschriebener Medikamente, die Änderung der Diät, Anweisungen über Bewegung oder das Rauchen, das Einhalten bestimmter Arzt- oder Ambulanztermine und Nachuntersuchungen². Diese Parameter sind für die Forschung sicherlich sinnvoll, gehen aber nur sehr oberflächlich auf das eigentliche Problem der Compliancedefinition ein. Unausgesprochen verbindet fast jeder Arzt den complianten Patienten mit dem demütigen, angenehmen, pünktlichen, höflichen und den noncomplianten mit dem unangenehmen, aufmüpfigen und möglicherweise sogar nach- oder hinterfragenden.

Eugen ROTH karikiert trefflich den idealen Patienten folgendermaßen:

Ein Kranker spürt, trotz der Behandlung, in seinem Zustand keine Wandlung; Ja, es wird schlechter möchte er denken. – Jedoch, um nicht den Arzt zu kränken, sagt er bescheiden: „Herr Professor, Es wird wohl stimmen, – mir geht's besser!“ Und sieh – das tut's auch mit der Zeit: Welch ein Triumph der Höflichkeit!

Man könnte das Problem in folgender Definition zusammenfassen: *Jeder Patient, der den ärztlichen Rat nicht befolgt, ist noncompliant.*

Ähnlich lautete auch die Definition der Compliance im First International Congress on Patient Counseling⁵ vom April 1976 in den USA: „When a patient does not follow the treatment schedules suggested to him by the physician for the management of some illness, then the patient can be described as noncompliant“.

Es klingt hier aber nach PETCHEY⁶ eine passive Patientenrolle an (wie auch schon im englischen Wort), und BLACKWELL⁵ kritisierte diese Definiti-

on noch im selben Jahr als „übertrieben restriktiv und inadäquat definiert“. Ähnliches bemängelt HEIM¹ und schlägt aus diesem Grund die Übersetzung der Compliance mit „Kooperation“ vor. LINDEN⁷ beanstandet, daß die Sichtweise des Patienten hier kaum Berücksichtigung findet.

Nach obiger Definition wäre auch der Raucher, der sich zum Weiterräumen entschließt, „noncompliant“, ebenso der Patient, der schmerzstillende Mittel ablehnt wie auch jener, der auf die Lebensverlängerung um jeden Preis (oder auch auf die Abtreibung des behinderten Kindes) verzichtet, falls der Arzt sie empfiehlt. Falls er sie aber nur anbietet, hätte der Patient nicht gegen die „Complianceregel“ verstoßen. Der einzige Bezugspunkt einer solchen Definition wäre der ärztliche „Befehl“, unabhängig von seiner therapeutischen Richtigkeit und seiner Stimmigkeit in die persönliche Lebensgeschichte und in die Lebensumstände des Patienten. Wenn der Patient (auch aus dringendem persönlichen Grund) das Krankenhaus „gegen Revers“ verlassen muß, gilt er als noncompliant.

Ein interessantes Beispiel in diese Richtung liefern BEARDON et al. in ihrer kürzlich erschienenen Statistik⁸ über die Noncompliance beim Abholen verschriebener Medikamente beim Apotheker. Frauen zwischen 16 und 29 zeigten sich nach deren Interpretation am wenigsten „compliant“, denn die Medikation mit der höchsten „Noncompliancerate“ waren die oralen Kontrazeptiva. Diejenigen also, die sich entgegen der ärztlichen Empfehlung für eine andere Form der Empfängnisregelung entschlossen, galten als noncompliant.

Weiters erwähnt LINDEN⁷, daß es in der Medizingeschichte genügend Beispiele dafür gibt, daß gerade die Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen manchmal lebensrettend ist. Vielerorts wird bemängelt, daß die Rolle des Arztes in der Complianceproblematik zuwenig in Frage gestellt wird.^{1,2,7} Nicht jeder Patient, der seine Medikation entgegen dem ärztlichen Rat absetzte, sei noncompliant, und nicht jeder noncompliance Patient setze seine Medikation gegen den ärztlichen

Rat ab. Auch sei nicht jeder Patient, der gegen den ärztlichen Rat handelt, noncompliant. Die Compliance wir hier als „Grad der Therapieoptimierung“ verstanden (LINDEN⁷).

Im Versuch einer deskriptiven Klassifikation der Noncompliance (in Bezug auf Medikamenteneinnahme) nennt BLACKWELL⁵ fünf Gruppen, die große Beachtung und Akzeptanz gefunden haben:^{2,3}

1. nichtverordnetes Absetzen
2. falsche Intention (aus dem falschen Grund nehmen)
3. falsche Dosierung (zuviel oder zuwenig)
4. falsches „timing“
5. nichtverschriebene Zusatzmedikamente

Im folgenden wird die zwar aus oben genannten Gründen umstrittene, aber wegen ihrer Einfachheit allgemein gebräuchliche Definition des First International Congress on Patient Counseling verwendet. Man kann mit dieser Definition auch durchaus leben, wenn man eingesteht, daß es nach ihr durchaus berechnete persönliche Gründe für eine Noncompliance geben kann (und der ärztliche Rat nicht in allen Fällen immer auch richtig sein muß). Dem Begriff soll so ein wenig sein „moralischer Anspruch“ genommen werden, daß der noncompliance Patient ein „schlechter“ Patient ist, denn das ist ja der eigentliche Punkt, weswegen die Definition kritisiert wird.

2. Problematik in der Complianceforschung

Die Compliance ist bei Langzeittherapien wie in der Zahnheilkunde⁹⁻¹¹, bei Antibiotikatherapie¹²⁻¹⁵, in der Therapie der KHK^{16,17}, bei Asthma^{18,19}, Osteoporose²⁰, und (bekanntlich) bei Krankheiten mit Diätrestriktion²¹⁻²³ ein zentrales Problem.

Insbesondere in der Vorsorgemedizin (wie bei Impfungen^{24,25}, in der Schwangerenuntersuchung²⁶⁻²⁹ und der Durchführung der jährlichen Mammographie^{30,31}) ist die Noncompliance als eines der größten Probleme erkannt worden. Die bloße Möglichkeit einer Krankheit oder Kom-

plikation ist meist zuwenig Stimulus für den Arztbesuch. Eugen ROTH:

*Daß es nicht komme erst zum Knaxe,
Erfind der Arzt die Prophylaxe.
Doch lieber beugt der Mensch, der Tor,
Sich vor der Krankheit, als ihr vor.*

Bis jetzt hat sich die Complianceforschung allerdings auf zwei Hauptbereiche konzentriert: Hypertonie³²⁻³⁵ und Psychiatrie^{5, 36-47}.

Die Erforschung der Compliance steht auf besonders wackligen Beinen, weil die noncomplianten Patienten sich eben schwerer untersuchen lassen, oder, wie RASKIN⁴⁸ es ausdrückte: „Compliance an sich ist ein schwer zu untersuchendes Phänomen, denn die noncomplianten Patienten sind meist die letzten, die zusätzlichen Belastungen wie Kontrolluntersuchungen u.ä.m. zustimmen, wie ein normales Studienprotokoll es eben vorsieht“. So scheiden, fährt er fort, im Laufe der Studien mit schizophrenen Patienten durchschnittlich 43% der untersuchten Patienten vorzeitig aus und können in den Endauswertungen nur noch schwer Berücksichtigung finden, was die Aussage über die Compliance verständlicherweise erschwert oder gar unmöglich macht.

3. Resultate der Compliance-Forschung

Im folgenden soll versucht werden, jene Faktoren aufzulisten, die einen möglichen Einfluß auf das Complianceverhalten der Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis haben könnten. Da es sich dabei um Durchschnittswerte größerer und kleinerer Populationen handelt, ist es unmöglich – und wird es immer sein – das Verhalten eines konkreten Patienten vorherzusagen; dies ist einer der großen Schwachpunkte jeder statistischen Auswertung und letztlich auch Ausdruck der Einzigartigkeit und Unwiederholbarkeit jedes einzelnen Menschen und seiner Freiheit.

Eine Complianceforschung, die also konkrete Einzelhandlungen vorhersagen will, muß versagen; die Aufgabe besteht vielmehr darin, Risiko-

gruppen zu erkennen und die Wirksamkeit compliancefördernder Maßnahmen herauszufinden.

Nach Barry BLACKWELL⁴⁹ konnten letztlich nur sehr wenige positive und negative Einflüsse auf die Compliance herausgearbeitet werden, – bei den meisten Faktoren steht Aussage gegen Aussage – möglicherweise weil schwer faßbare subtile Haltungen, Annahmen und Lebensqualitätsüberlegungen das Resultat beeinflussen.

A. Alter & Geschlecht:

In einer Wiener Studie mit 1259 Patienten zeigte sich, daß Frauen eine signifikant bessere Compliance hatten als Männer (Kontrollbesuche in einer Ambulanz). Die Compliance der Altersgruppen war sogar hochsignifikant verschieden: die beste Compliance hatten die 50-60-Jährigen mit einer Quote von 43%, danach die unter 30-Jährigen mit einer Compliance von 39%. Die schlechteste Compliance hatten diejenigen im Alter zwischen 30 und 40 mit einem Wert von 30%. Zusammenfassend zeigt sich, daß die 30-40-jährigen Männer die schlechteste, die 50-60-jährigen Frauen die beste Compliance zeigten.⁵⁰ Diese Ergebnisse werden von anderen Studien bestätigt.^{26, 51-54}

Alte Menschen (über 70) neigen zu einer besseren Compliance⁵⁵ als die Durchschnittsbevölkerung, vorausgesetzt daß keine kognitiven Abbauprozesse vorliegen, die die Compliance natürlich sehr herabsetzen.⁵⁶ Gerade diese Beeinträchtigungen (und die daraus folgende Noncompliance) sind aber ein großes Problem in der Geriatrie⁵⁷, insbesondere bei ambulanten Patienten, wo die Faktoren der sozialen Isolation und Vereinsamung zu spärlicheren Arztbesuchen führen.⁵⁸

Auch bei Kindern dürfte das Alter eine beträchtliche Rolle spielen, wobei unter den Kindern die Älteren wesentlich complianter sind.^{1, 59} BROWN et al.: „Das Risiko in dieser Population ist besonders hoch, weil Kinder im allgemeinen keine Medikamente wollen, weil die Medikation oft über lange Zeit verordnet wird und weil diese zwei Risikofaktoren generell in allen klinischen Populationen mit geringer Compliance verbunden sind“.⁶⁰

B. Persönlichkeitsstruktur, Krankheit & Einstellung:

Nicht-psychiatrische Krankheiten als solche zeigen keinen Einfluß auf die Compliance^{1, 61}. Anders verhält es sich mit schizophrenen Patienten^{1, 48} bzw. solchen mit Wahnerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, organischem Psychosyndrom oder Demenz¹. Auch Patienten mit geringer Frustrationstoleranz und unreifer, fordernder und impulsiver Persönlichkeit neigen zu geringerer Kooperationsfähigkeit^{1, 61}.

Bei Patienten mit kurzer Krankheitsdauer dürfte eine größere Tendenz zur Noncompliance vorliegen als bei Langzeitpatienten⁶¹.

Kulturelle Faktoren und die persönlichen Vorstellungen der Patienten dürften die Reaktion auf einen Arztbesuch deutlich beeinflussen.^{61, 62} So zeigten Mütter, die die Krankheit ihrer Kinder als „sehr ernst“ bezeichneten, eine deutlich höhere Compliance⁶¹ als die übrigen Mütter. Auch war ein hoher Prozentsatz derer, die mit der Therapie hochzufrieden waren, compliant. Dabei stellt sich natürlich die Frage, ob diese Zufriedenheit Ursache oder doch eher Ausdruck einer hohen Compliance ist.

C. Sozioökonomischer Hintergrund:

Besonders bei psychiatrischen Erkrankungen kann das negative Image, das die Erkrankung im engeren sozialen Umfeld hat zu einer Verminderung der Compliance führen.¹ Gerade eine negative Einstellung der Familie zur Therapie kann diese vollständig unmöglich machen. So versucht man die Angehörigen verstärkt zur Mitarbeit zu gewinnen, wie z.B. durch strukturierte Aufklärungsprogramme in Gruppen⁶³.

Ob die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozioökonomischen Schicht die Compliance beeinflusst, ist letztlich ungeklärt, zumindest umstritten.⁶¹ Faktoren wie Arbeitslosigkeit, kürzer als 5 Jahre im betreffenden Land (Gastarbeiter) und schlechtes Beherrschen der Landessprache sind in einigen Studien mit Noncompliance assoziiert.²⁴

Deutlich wiederum ist der Einfluß des Familienstandes auf die Compliance. Bei PORTER⁶⁴ z.B. waren die verheirateten Patienten deutlich häufiger compliant als diejenigen, die alleine lebten. Eine Reihe von Studien kommt zu ähnlichen Ergebnissen^{16, 53, 65-67}.

D. Wartezeit in der Ambulanz:

Wiederum beschreibt Eugen ROTH die Wartezeitraumstimmung folgendermaßen:

*Im Wartezimmer – lang kanns dauern, –
Mußt Du auf den Herrn Doktor lauern,
Der, wie's der Reihe nach bestimmt,
Den einen nach dem andern nimmt –
(Sofern Du nicht wohnest arg,
Daß er noch viele schlaue verbarg
In Nebenräumen, Küch' und Keller,
Um sie dann vorzulassen, schneller.)
Dortselbst, in schweigend stumpfem Ernst,
Du warten kannst – wenn nicht, es lernst.*

Gerade bei Langzeitpatienten sind die wöchentlich bzw. monatlich im Wartezimmer verlorenen Stunden oft ein wesentlicher Faktor in der sinkenden Frequenz der Arztbesuche⁶⁸. Kürzlich sahen zwar 43,8% der Patienten keinen Nachteil in der Wiener psychiatrischen Ambulanz für Phasenprophylaxe; 18,8% aber nannten die fixen Ambulanzzeiten, 12,5% die langen Wartezeiten und 9,4% den Betreuungswechsel als den größten Nachteil dieser Einrichtung⁵⁰.

E. Unerwünschte Wirkungen:

Nebenwirkungen haben Auswirkungen auf die Compliance: so war in einer Studie die Patienten-Gruppe, die mehr als eine Nebenwirkung einer Dauermedikation auf Befragung angab, hochsignifikant mit der Noncompliance-Gruppe assoziiert.⁵⁰ Auch VAN PUTTEN berichtet aus einer Studie mit Neuroleptikapatienten, daß insgesamt 46% seiner Patienten aus diesem Grund die Medikation beendeten.⁶⁹ PARKES⁶⁵ bemerkte bei 7 von 55 noncomplianten schizophrenen Patienten

(13%) stärkere Nebenwirkungen, und andere Studien erhalten ähnliche Ergebnisse^{14, 55}. Bei einer Reihe von Arbeiten ist die Compliance bei Placebopatienten (ohne Nebenwirkungen) höher als bei Patienten der Verum-Gruppe⁵³.

Auf der anderen Seite gibt es auch einige Autoren, die den Einfluß der Nebenwirkungen für sehr gering halten, wenn die sonstigen Faktoren günstig sind.⁷⁰ APPLETON⁷¹ betont, daß es hauptsächlich die unerwarteten Nebenwirkungen sind, die die Compliance beeinträchtigen und schlägt daher eine forcierte Aufklärung in diesem Gebiet vor. LINDEN⁷ vermutet, daß öfters „Berichte über Nebenwirkungen vom Patienten benutzt werden können, um anzudeuten, daß sie mit der verordneten Medikation nicht zufrieden sind“.

F. Medikation:

Einschränkungen oder Änderungen des gewohnten Lebensstils machen bekanntlich dem Patienten die Compliance schwer,⁶¹ weil sie ihm das Leben schwerer machen.

Die Art der Verabreichung einer Medikation hat Einfluß auf die Compliance und dadurch natürlich auch auf das therapeutische Resultat: so zeigte sich zum Beispiel in einer Reihe von Studien, daß bei Behandlung der schizophrenen Symptomatik mit oralem Fluphenazin wesentlich mehr Rückfälle zu verzeichnen sind, als wenn dasselbe Medikament als Depotinjektion gegeben wird, wobei die Noncompliance im zweiten Jahr besonders zunimmt.⁴⁸

Auch die Therapiedauer dürfte im allgemeinen negativ mit der Compliance zusammenhängen: so fand PORTER⁶⁴ diesen Zusammenhang unter schwangeren Frauen mit Eisenapplikation. Andere Studien allerdings finden gegenteilige Verhältnisse⁵³.

HULKA untersuchte den Einfluß der Verständlichkeit des Therapieplans auf dessen Befolgung und beobachtete, daß die einfacheren, durchschaubaren wesentlich häufiger befolgt werden als die komplizierten.⁷² So lag die Non-Compliance-Rate bei Patienten, denen nur ein Medi-

kament verschrieben wurde, bei 15%, bei zwei Verschreibungen stieg die Rate auf 25%, und bei drei oder mehr gleichzeitig verordneten Medikamenten lag sie über 40%.

GATLEY beobachtete eine Verdopplung der Non-Compliance-Rate bei Patienten, die anstelle von einer vier Tabletten einnehmen mußten.⁷³ Auch andere Studien zeigen, daß mit zunehmender therapeutischer Komplexität die Compliance abnimmt,^{7, 13, 53, 61} wobei die Mittagsmedikamente am öftesten vergessen werden.⁵⁵

Gegen die Einmaldosierung spricht, daß das Vergessen einer einmaligen Dosis sich nachteiliger auswirkt als bei einer Dosis, die mehrmals am Tag genommen wird.⁷⁴

G. Arzt-Patient-Beziehung:

Einige Studien zeigen deutlich die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung in der Compliance auf: das Ausmaß der unerfüllten Erwartungen, fehlende emotionale Wärme im Umgang und das Fehlen einer Erklärung der Diagnose und der Ätiologie sind Faktoren, die oft zur Noncompliance der Patienten beitragen.^{61, 75}

Die Complianceerhebung allein durch das ärztliche Gespräch ist – wie erwartet – ungenügend. So vermuteten von 100 befragten Diabetikern praktisch alle, daß ihre Mitpatienten dem Arzt in der Ambulanz nicht die Wahrheit sagen würden, und nur 25% glaubten, daß die Ärzte alles für wahr hielten, was ihnen gesagt wurde.⁷⁶ In einer anderen Studie beteuerten 83% der Eltern, daß ihr Kind das Penizillin nehmen würde, doch nur bei 8% war der Urintest positiv.⁷⁷

LINDEN⁷ schreibt, daß manche Umstände es begünstigen, daß die Patienten falsche Angaben in Bezug auf ihre Medikamenteneinnahmen machen: da ist zum einen, „daß es für den Patienten zu einer Art moralisch bewerteten Schuldbekennnisses werden kann, wenn er Einnahmeunregelmäßigkeiten „zugeben“ soll“ und zum andern „daß die Patienten andere Vorstellungen als der Arzt von dem haben können, was sie tun sollen.“

H. Schulung und Information:

Spätestens, seit GELLER⁴⁴ Anfang der 80-er Jahre zeigte, daß nur 8% der Patienten eines öffentlichen Spitals zumindest bei einem ihrer Medikamente den Namen, die Dosierung und die Wirkung wußten, ist das Problem der Patientenbildung in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt.

PARKIN et al.⁷⁸ fand interessante Aspekte der Noncompliance: rund 70% der Patienten, die nach der Entlassung ihre Medikamente nicht wie vorgeschrieben eingenommen hatten, haben schlicht und einfach nicht genau verstanden, was sie zu tun hatten (es handelte sich vorwiegend um Patienten mit akuten Erkrankungen). PARKIN unterscheidet so von der Noncompliance die „Noncomprehension“, doch hat sich dieser Begriff nicht durchgesetzt.

In einigen Studien^{56, 57} zeigt sich auch, was leicht nachvollziehbar ist: eine spezielle Beratung auf mögliche Medikationsfehler verfehlt nicht seine Wirkung. So führten zum Beispiel MACDONALD und Kollegen mit geriatrischen Patienten ein 15-minütiges Gespräch vor der Entlassung, in dem sie versuchten, das Therapiekonzept verständlich und erinnerlich zu machen: die Compliance lag bei diesen Patienten wesentlich höher als bei den „ungeschulten“ Patienten⁵⁶. Allerdings sollte man meinen, daß ein solches Gespräch zur ärztlichen Routinetätigkeit gehört.

Signifikant höher war auch der Wissensstand derjenigen Frauen über das Mammakarzinom, die im Rahmen einer US-Befragungsstudie in den Privathaushalten³⁰ die Absicht zu Vorsorgeuntersuchungen äußerten.

Kurioserweise fand TETTERSELL¹⁸ bei Asthmapatienten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Information der Patienten und der Compliance, sondern, im Gegenteil: die kooperativsten Patienten gaben an, niemals eine Erklärung ihrer Krankheit erhalten zu haben.

4. Die Haltung des Arztes

Ärzte tendieren bekanntlich dazu, das Abweichen von ihren Verordnungen negativ zu beurteilen.²

Das ist sehr verständlich und eigentlich die normale Reaktion, denn niemand wird gerne in seinem Fachgebiet um Rat gefragt, wenn dieser Ratschlag dann nicht angenommen wird. Und zusätzlich kommt im Gesundheitssektor das Faktum hinzu, daß eben ein abweichendes Verhalten sehr häufig eindeutig auf Kosten der Gesundheit geht.

Leider gewöhnen wir uns allzusehr daran, alles besser zu wissen, weil es berufsbedingt natürlich oft so sein kann. Dann wird ein Nichteinhalten der Therapie umso negativer beurteilt, je weniger die eigene Position hinterfragt wird. Die Freiheit des Patienten endet aber nicht bei der Arzt- oder Krankenhauswahl, sondern erstreckt sich auch auf die Therapie. Dabei hat der Patient sehr wohl das Recht, sich auch bei anderen Ärzten zu informieren und gegebenenfalls einen Therapievorschlag nicht in der Form anzunehmen, in der er ihm vorgesetzt wird, obwohl das erfahrungsgemäß weh tut.

So wird in den Therapieempfehlungen z.B. der Lebensstil des Patienten manchmal zuwenig berücksichtigt: wenn ein Patient aufgefordert wird, dreimal am Tag eine Medikation mit dem Essen einzunehmen setzt das voraus, daß dieser Patient wirklich dreimal am Tag ißt.² Hier liegt die „Noncompliance“ am Therapieplan und seinem Verfasser, insofern „compliance“ auch Anpassungsfähigkeit heißen kann.

Es ist auch ein interessantes Phänomen, daß die Ärzte die Compliance ihrer Patienten oft überschätzen.¹ So zeigte sich, daß, während 75% von 149 befragten Ambulanzpatienten in Fragebögen angaben, ihre Medikation immer genommen zu haben, die behandelnden Ärzte bei 95% der Patienten eine uneingeschränkte Compliance vermuteten. Weiters gaben 23% der Patienten an, daß sie in Bezug auf Essen, Bewegung und Rauchen nur selten den Anweisungen der Ärzte folgen würden, und 20% verneinten, jemals solche Anweisungen erhalten zu haben.²

Auch scheint der Vorwurf (an die Psychiatrie im speziellen, aber auf alle Fächer übertragbar) noch nicht aus der Welt geschafft, den RETT 1966 formulierte:

„Es scheint, daß mit der Flut der den Markt überschwemmenden Psychopharmaka auch immer mehr eine Paralyse des ärztlichen Denkens aufkommt, und die Verordnung solcher Substanzen immer mehr zur Routinebehandlung statt zur gezielten, regelmäßig überprüften und beobachteten, speziellen therapeutischen Maßnahme wird. Immer mehr wird durch die in den Beipackzetteln angeführten Erläuterungen von Wirkung, Indikationsgebiet und Unschädlichkeit, sowie durch die Legion der Literatur-Referenzen das kritische Denken eingeschläfert.“⁷⁹

Dieser Vorwurf des aus oberflächlichem Diagnostizierens zu Unrecht eingesetzten Medikaments ist in vielen Fällen sehr berechtigt und hat auch einen negativen Einfluß auf das Vertrauen des Patienten und damit auf seine Compliance dem Arzt gegenüber.

5. Die Haltung des Patienten

Noncompliance läßt sich in allen Therapieformen, auch bei potentiell lebensbedrohlichen Zuständen, finden: So hatten in Tanzania 32% von 8655 Leprapatienten ihre Therapie vorzeitig abgebrochen,² in Neuseeland gaben 37% von 95 Epilepsiepatienten im Fragebogen an, noncompliant zu sein⁸⁰ in Indien waren 36% von 406 Patienten mit einer STD (Gonorrhoe oder Chlamydia trachomatis) nach einer Woche noncompliant, und weitere 18% waren gar nicht zur Nachuntersuchung erschienen.¹⁴ In den USA waren 28% von 105 nierentransplantierten Patienten sowohl in der Diät als auch in der Medikation noncompliant, und zusätzlich 48% waren entweder in der Diät oder in der Medikation noncompliant; zusammen waren also 76% der Patienten noncompliant.⁸¹

Noncompliance Patienten empfinden sich häufig als nicht krank, zumindest nicht als schwer krank, sind weniger besorgt um ihre Gesundheit, haben weniger Vertrauen in Ärzte und die Medizin und erwarten weniger Besserung von den verschriebenen Medikamenten.² So ga-

ben 56% einer Patientengruppe, die ihr Medikament entgegen den Anweisungen des Arztes abgesetzt hatten, an, sie hätten das Gefühl gehabt, dieses Medikament nicht zu brauchen.⁵⁰ Trotzdem zeigt sich, daß aus den Gesundheitsvorstellungen der Patienten nicht auf das spätere Complianceverhalten geschlossen werden konnte.⁸²

WEINTRAUB⁸³ beobachtete, daß das Therapieverständnis auf die Compliance keinen Einfluß hat: nur ca. 60% von Patienten mit kongestiver Kardiomyopathie – einerlei ob compliant oder nicht – wußten, aus welchem Grund sie ein Digitalispräparat nahmen.

Bei noncomplianten Asthmapatienten fand TETTERSELL¹⁸, daß viele die Medikation unnötig finden und vergessen, sie einzunehmen. Weiters ist es ihnen unangenehm, ihre Medikamente in der Öffentlichkeit zu nehmen (ein Inhalatorium) und würden lieber Tabletten erhalten.

6. Strategien der Complianceverbesserung

„Too often a prescription signals the end of an interview rather the start of an alliance“, schrieb BLACKWELL 1973,⁸⁴ und auch über zwanzig Jahre später haben diese Worte leider weiterhin Aktualität.

Im wesentlichen muß den Ärzten das Problem der Noncompliance bewußt gemacht werden, denn „it is better to avoid the problem of poor compliance than to face its consequences“ (BLACKWELL 1973⁸⁴).

Wichtig wäre, so BLACKWELL, unterscheiden zu lernen zwischen der Compliance der Haltung (attitudinal compliance) und der Compliance des Verhaltens (compliance in behaviour). Einige Patienten scheinen – weil sie zum Beispiel ihren Unmut äußern – unkooperativ, und später zeigt sich, daß sie ihre Medikamente wie verordnet eingenommen hatten. Andere wiederum scheinen – oder sind – hochkooperativ, nehmen dann aber letztlich ihre Medikation nicht wie verordnet.

So zeigte sich in einer Studie², daß von 154 ambulanten Patienten 77% „attitudinal“ Compliance zeigten, doch fast 30% von ihnen erwies

sich als noncompliant „in behaviour“. Umgekehrt waren 35 Patienten noncompliant in der Haltung, doch 12 Patienten (34%) erwiesen sich als compliant in der Medikation. Taktvolles Fragen nach der Compliance macht es dem Patienten leichter, ehrlich zu sprechen.⁶¹ So schlägt etwa AROSON⁶² vor, eher zu fragen „Haben Sie es geschafft, alle Tabletten zu nehmen?“ als „Haben Sie eine Einnahme ausgelassen?“.

Patientenberatung und -schulung

Schon eine gewisse Beratung und Schulung der Patienten zeigt in vielen Fällen eine Steigerung der Compliance⁶². So zeigte sich in einer schwedischen Studie⁸⁵ eine deutliche Steigerung der Compliance, nachdem mit Glaukom – Patienten ein Trainingsprogramm durchgeführt wurde. Dabei benützten alle Patienten über 20 Tage einen Medikationsmonitor, der das Datum und die Uhrzeit jeder Öffnung des Augentropfenfläschchens dokumentierte. Die Hälfte der Patienten erhielten am Beginn der Studie einen halbstündigen Diavortrag mit anschließender Diskussion. Außerdem bekam jeder von diesen Patienten ein Merkblatt. Zusätzlich wurden auch Gespräche darüber geführt, welche Zeiten sich am besten für die Tropfeneinnahme eignen, und diese Zeiten wurden auf dem Merkblatt notiert. Die zweite Hälfte der Patienten wurde ohne diese Beratung entlassen. Nach 20 Tagen waren in der Untersuchungsgruppe die verabsäumten Einnahmen um die Hälfte geringer als in der Kontrollgruppe.

AROSON & HARDMAN⁶² schlagen außerdem vor, compliante Patienten mit Lob zu „belohnen“, und weniger compliante Patienten zu ermutigen und zu erinnern. Einfühlsames Verstehen ist nach CLARENCE⁷⁵ die wichtigste Voraussetzung für eine gute Kooperation.

Eine Informationsschrift über die Medikation und auch über die Krankheit sollte immer zur Hand sein;⁶² doch das soll und kann nie die direkte Kommunikation, nämlich das Gespräch zwischen Arzt und Patienten ersetzen. Allerdings können auch intensive Bemühungen um die Patienten-

schulung erfolglos bleiben.⁸⁶ Bei manchen Patienten scheint die Einstellung zu ihrer Krankheit und zum Medikament unumstößlich zu sein.⁶²

Motivation & Complianceerleichterung

Es erscheint sinnvoll, die Compliance besonders bei schwierigeren Patienten sicherzustellen (bzw. die Noncompliance zu verunmöglichen), indem man – wenn möglich – Depotpräparate gibt: so kann Gonorrhoe durch eine einzige IM – Injektion von Prokain – Penizillin behandelt werden,⁶² und auch die Neuroleptika stehen als Depotpräparate zur Verfügung.

Kinder können beim Einnehmen ihrer Tabletten von Pflegepersonal oder von den Eltern überwacht werden. Außerdem können Barrieren abgebaut werden, indem die Medikation in Form von wohlschmeckenden Säften (etwa Antibiotika – Bananenmilch) verabreicht wird, oder indem der schlechte Nachgeschmack (z.B. von Kaliumchlorid) durch slow – release – Präparate verhindert wird. Besonders bei Kleinkindern und auch bei älteren Patienten können Tabletten Schwierigkeiten beim Schlucken machen; hier sollte man die Medikation flüssig verabreichen (z.B. Kaliumchlorid, Digoxin, Benorylat⁶²).

Eine Kalenderaufschrift auf den Tablettenpackungen erleichtert die tägliche Anwendung und erschwert die irrtümliche Überdosierung (z.B. bei Digitalis, Diabetes-Präparaten, Antihypertensiva).

Auch sollte der Arzt den Patienten gezielt darauf ansprechen, das Medikament wirklich einzunehmen; wenn nötig mit Hinweisen auf die negativen Folgen der Noncompliance. Praktische Tips (z.B. die Medikamente neben dem Rasierapparat oder der Kaffeemaschine zu plazieren) können dem Patienten die Compliance sehr erleichtern. Auch die Beachtung der Nebenwirkungen und nötigenfalls das rechtzeitige Wechseln auf andere Präparate kann dem Patienten helfen, die Motivation nicht zu verlieren.

Das Reduzieren auf erstens wenige notwendige Medikamente und zweitens auf ein bis zwei Einnahmen pro Tag ist ein häufiger Ratschlag zur

Beibehaltung der Motivation des Patienten.⁶² Eine aufwendige aber durchaus nützliche Methode zur Complianceerhaltung kann das Aussenden von Erinnerungskarten (oder auch telefonisch) an den nächsten Ambulanzbesuch sein.²

So sahen SZILAGYI und Mitarbeiter²⁵ eine signifikante Steigerung der Compliance bei pädiatrischen Impfungen gegenüber der Kontrollgruppe, als sie ihrer Untersuchungsgruppe mit Hilfe eines computergestützten Erinnerungssystems termingerecht Information über die Wichtigkeit einer solchen Impfung schickten.

Einen originellen Versuch starteten HILL & RAMACHANDRAN⁸⁷ in Indien: sie verlangten von TBC-Patienten am Beginn der tuberkulostatischen Therapie eine Kautio, die die Patienten nur im Falle der abgeschlossenen Therapie zurückerhielten: die Compliance steigerte sich signifikant, und ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Höhe der Kautio und der Compliance wurde deutlich.

Die bisherigen Ergebnisse der Complianceforschung lassen sich nach MEISE und Coautoren¹ wie folgt zusammenfassen:

- 1) Non-Compliance findet unter den Ärzten (noch) nicht die Beachtung, die ihr eigentlich zukäme. So führen viele Ärzte Therapieversagen bzw. Therapieresistenz ausschließlich auf die Ineffizienz des betreffenden Behandlungsverfahrens zurück: Folge davon ist oft unnötiger Einsatz anderer invasiver und kostspieliger diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen.
- 2) Ärzte unterschätzen häufig die Non-Compliance: ein Drittel (bei Langzeittherapien die Hälfte) aller Patienten hält sich nicht an die ärztliche Verordnung.
- 3) Es lassen sich, streng genommen, keine Aussagen darüber machen, welche Patienten gut kooperieren werden und welche nicht.

Kürzer, prägnanter und nicht ohne Humor haben MORRIS & SCHULZ,⁸⁸ die Resultate der letzten Jahre auf einen einfachen Nenner gebracht: „Nach Jahrzehnten der Complianceforschung ist sehr wenig übereinstimmende Information vor-

handen, außer daß die Leute ihre Medikamente nicht nehmen, wie es ihnen vorgeschrieben wurde“.

Referenzen

1. MEISE, U., GÜNTHER V. and GRITSCH S., „Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Patientencompliance“, *Wien Klin Wochenschr* (1992), 104: S. 267-271
2. WRIGHT, E. C., „Non-compliance – or how many aunts has Matilda“, *Lancet* (1993), 342: S. 909-913
3. EVANS, L. and Spelman M., „The problem of Non-compliance with Drug Therapy“, *Drugs* (1983), 25: S. 63-76
4. RASHID, A., „Do patients cash prescriptions?“, *Br Med J* (1982), 284: S. 24-26
5. BLACKWELL, B., „Treatment Adherence“, *Br J Psychiatry* (1976), 129: S. 513-531
6. PETCHET, R. and Murphey E., „Patient compliance“, *Br Med J* (1992), 305: S. 1434
7. LINDEN, M., „Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von „Compliance“, *Nervenarzt* (1979), 50: S. 109-114
8. BEARDON, P. H. G., MCGILCHRIST M. M., MCKENDRICK A. D., McDEVITT D. G. and MACDONALD T. M., „Primary non-compliance with prescribed medication in primary care“, *Br Med J* (1993), 307: S. 846-848
9. LOESCHE, W. J., GROSSMAN N. and GIORANO J., „Metronidazole in periodontitis (IV). The effect of patients compliance on treatment parameters“, *J Clin Periodontol* (1993), 20: S. 96-104
10. TAN, A. E., POWELL R. N. and SEYMOUR G. J., „Patient attendance compliance in periodontal therapy“, *Aust Dent J* (1992), 37: S. 467-471
11. SERGL, H. G., KLAGES U. and PEMPERA J., „On the prediction of dentist-evaluated patient compliance in orthodontics“, *Eur J Orthod* (1992), 14: S. 463-468
12. HELITZER-ALLEN, D. L., MCFARLAND D. A., WIRIMA J. J. and MACHESO A. P., „Malaria chemoprophylaxis compliance in pregnant women“, *Soc Sci Med* (1993), 36: S. 403-407
13. URQUHART, J., „Ascertaining how much compliance is enough with outpatient antibiotic regimens“, *Postgrad Med J (Supplement)* (1992), 68: S. 49-58
14. KATZ, B. P., ZWICKL B. W., CAINE V. A. and JONES R. B., „Compliance with antibiotic therapy for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae“, *Sex Transm Dis* (1992), 19: S. 351-354
15. GROB, P. R., „Antibiotic prescribing practices and patient compliance in the community“, *Scand J Infect Dis Suppl* (1992), 83: S. 7-14
16. KULKIN, J. A. and MAHLER H. I., „Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: a longitudinal study“, *J Behav Med* (1993), 16: S. 45-63
17. WAGDI, P., VUILLIOMENET A., KAUFMANN U., RICHTER M. and BERTEL O., „Ungenügende Behandlungsdisziplin, Patienteninformation und Medikamentenverschreibung als Ursache für die Notfallhospitalisation bei chronisch

- herzinsuffizienten Patienten", *Schweiz Med Wochenschr* (1993), 123: S. 108-112
18. TETTERSELL, M. J., „Asthma patients' knowledge in relation to compliance with drug therapy“, *J Adv Nurs* (1993), 18: S. 103-113
 19. MANN, M. C., ELIASSEN O., PATEL K. and ZUWALLACK R. L., „An evaluation of severity-modulated compliance with q.i.d. dosing of inhaled beclomethasone“, *Chest* (1992), 102: S. 1342-1346
 20. KEMP, J. F., FRYER J. A. and BABER R. J., „An alternative regimen of hormone replacement therapy to improve patient compliance“, *Aust N Z J Obstet Gynaecol* (1989), 29: S. 66-69
 21. RADIMER, K. L., HARVEY P. W., GREEN A. and ORRELL E., „Compliance with dietary goals in a Queensland community“, *Aust J Public Health* (1992), 16: S. 277-281
 22. McELVANEY, N. G., DUIGNAN R. and FIELDING J. F., „Coeliac disease: clinical presentations, correlations of dietary compliance, symptomatic response and repeat biopsy findings“, *Ulster Med J* (1992), 61: S. 134-138
 23. HEADRICK, L. A., SPEROFF T., PELECANOS H. I. and CEBUL R. D., „Efforts to improve compliance with the National Cholesterol Education Program guidelines. Results of a randomized controlled trial“, *Arch Inter Med* (1992), 152: S. 2490-2496
 24. JONES, K., FASHER B., HANSON R., BURGESS M., ISAACS D., JOSHI P., BLANCH R. and BYRNE J., „Immunization status of casualty attenders: risk factors for non-compliance and attitudes to „on the spot“ immunization“, *J Paediatr Child Health* (1992), 28: S. 451-454
 25. SZILAGYI, P. G., RODEWALD L. E., SAVAGEAU J., YOOS L. and DOANE C., „Improving influenza vaccination rates in children with asthma: a test of a computerized reminder system and an analysis of factors predicting vaccination compliance“, *Pediatrics* (1992), 90: S. 871-875
 26. YOONG, A. F., LIM J., HUDSON C. N. and CHARD T., „Audit of compliance with antenatal protocols“, *Br Med J* (1992), 305: S. 1184-1186
 27. ABERG, A. and LINDMARK G., „Competence and compliance in antenatal care. Experience from Sweden“, *Int J Technol Assess Health Care* (1992), 8: S. 20-24
 28. BACKE, B., „Norwegian experiences. Competence of the providers and compliance to the treatment program for antenatal care in Norway“, *Int J Technol Assess Health Care* (1992), 8: S. 13-19
 29. SCHULTINK, W., VAN-DER-REE M., MATULESSI P. and GROSS R., „Low compliance with an iron-supplementation program: a study among pregnant women in Jakarta, Indonesia“, *Am J Clin Nutr* (1993), 57: S. 135-139
 30. CHAMPION, V. L., „Compliance with guidelines for mammography screening“, *Cancer Detect Prev* (1992), 16: S. 253-258
 31. GLASZIOU, P. P., „Meta-analysis adjusting for compliance: the example of screening for breast cancer“, *J Clin Epidemiol* (1992), 45: S. 1251-1256
 32. HASFORD, J., „Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment“, *J Cardiovasc Pharmacol* (1992), 20: S. 30-34
 33. VAL-JIMENEZ, A., AMOROS-BALLESTERO G., MARTINEZ-VISA P., FERNANDEZ-FERRE M. L. and LEON-SANROMA M., „Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green“, *Aten Primaria* (1992), 10: S. 767-770
 34. ESUNGE, P. M., „Patients compliance and the evaluation of drug trials for hypertension in rural Africa“, *Ethn Dis* (1991), 1: S. 292-294
 35. HEURTIN-ROBERTS, S. and REISIN E., „The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment“, *Am J Hypertens* (1992), 5: S. 787-792
 36. HARE, E. H. and WILLCOX D. R. C., „Do Psychiatric In-Patients Take their Pills?“, *Br J Psychiatry* (1967), 113: S. 1435-1439
 37. BERTSCHY, G. and VANDEL S., „Clomipramine Plasma Levels among Depressed Outpatients in Benin, West Africa: Drug Compliance and Comparison with Caucasian Patients“, *J Clin Psychopharmacol* (1992), 12: S. 334-336
 38. FRANK, E., PEREL J. M., MALLINGER A. G., THASE M. E. and KUPFER D. J., „Relationship of Pharmacologic Compliance to Long-Term Prophylaxis in Recurrent Depression“, *Psychopharmacol Bul* (1992), 28: S. 231-235
 39. GOODWIN, F. K. and JAMISON K. R., „Medication Compliance“, in F. K. Goodwin and K. R. Jamison: „Manic-Depressive Illness“, Oxford University Press, (1990), S. 746-762
 40. BARTKO, G., HERCZEG I. and ZADOR G., „Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients“, *Acta psychiatr Scand* (1988), 77: S. 74-76
 41. BURSTEN, B., „Medication Nonadherence Due to Feelings of Loss of Control in „Biological Depression““, *Am J Psychiatry* (1985), 142: S. 244-246
 42. CRAMER, J. A., MATTSON R. H., PREVEY M. L., SCHEYER R. D. and OUELLETTE V. L., „How Often Is Medication Taken as Prescribed?“, *JAMA* (1989), 261: S. 3273-3277
 43. GAEBEL, W. and PIETZCKER A., „One-year Outcome of Schizophrenic Patients – The Interaction of Chronicity and Neuroleptic Treatment“, *Pharmacopsychiat* (1985), 18: S. 235-239
 44. GELLER, J. L., „State Hospital Patients and Their Medication – Do They Know What They Take?“, *Am J Psychiatry* (1982), 139: S. 611-615
 45. WOLPE, P. R., GORTON G., SEROTA R. and SANDFORD B., „Predicting compliance of dual diagnosis inpatients with after-care treatment“, *Hosp Community Psychiatry* (1993), 44: S. 45-49
 46. ALLEN, J. P. and LITTEN R. Z., „Techniques to enhance compliance with disulfiram“, *Alcohol Clin Exp Res* (1992), 16: S. 105-1041
 47. TUNNICLIFFE, S., HARRISON G. and STANDEN P. J., „Factors affecting compliance with depot injection treatment in the community“, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1992), 27: S. 230-233

48. KANE, J. M., „Compliance in the Long-Term Treatment of Schizophrenia“, *Psychopharmacol Bul* (1985), 21: S. 23-27
49. BLACKWELL, B., „Compliance“, *Psychother Psychosom* (1992), 58: S. 161-169
50. BONELLI, R. M., „Compliance in einer Ambulanz für Phasenprophylaxe“, *Dissertation Wien* (1994)
51. DIXON, W. M., STRADLING P. and WOITTON I. D. P., „Outpatient P.A.S. Therapy“, *Lancet* (1957), ii: S. 871-872
52. LUNTZ, G. R. W. N. and AUSTIN R., „New stick test for P.A.S. in urine“, *Br Med J* (1960), i: S. 1679-1682
53. BLACKWELL, B., „The drug defaulter“, *Clin Pharmacol Ther* (1972), 13: S. 841-848
54. WATERS, W. H. R., GOULD N. V. and LUNN J. E., „Undispensed prescriptions in a mining general practice“, *Br Med J* (1976), i: S. 1062-1063
55. UEJIMA, E., MIKAMI H., MORIMOTO S., IKEGAMI H., MIKI T., MASUO K., YANAIHARA C. and OGIHARA T., „Drug compliance in the elderly“, *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* (1992), 29: S. 855-863
56. MACDONALD, E. T., MACDONALD J. B. and PHOENIX M., „Improving drug compliance after hospital discharge“, *Br Med J* (1977), 2: S. 618-621
57. WANDLESS, I. and DAVIE J. W., „Can drug compliance in the elderly be improved?“, *Br Med J* (1977), 1: S. 359-361
58. SHAW, S. M. and OPIT L. J., „Need for supervision in the elderly receiving long-term prescribed medication“, *Br Med J* (1976), 1: S. 505-507
59. BERGMANN, A. B. and WERNER K. J., „Failure of children to receive penicillin by mouth“, *N Engl J Med* (1963), 268: S. 1334-1338
60. BROWN, R. T., BORDEN K. A. and CLINGERMAN S. R., „Adherence to Methylphenidate Therapy in a Pediatric Population: A Preliminary Investigation“, *Psychopharmacol Bul* (1985), 21: S. 28-36
61. FRANCIS, V., KORSCH B. M. and MORRIS M. J., „Gaps in doctor-patient communication“, *N Engl J Med* (1969), 280: S. 535-540
62. ARONSON, J. K. and HARDMAN M., „Patient compliance“, *Br Med J* (1992), 305: S. 1009-1011
63. FIEDLER, P., NIEDERMAYER T. H. and MUNDT C. H., „Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten“, *Psychologie Verlags Union, Weinheim* (1986), S.
64. PORTER, A. M. W., „Drug Defaulting in a General Practice“, *Br Med J* (1969), i: S. 218-222
65. PARKES, C. M., BROWN G. W. and MONCK E. M., „The general practitioner and the schizophrenic patient“, *Br Med J* (1962), i: S. 972-976
66. RENTON, C. A., AFFLECH J. W., CARSTAIRS G. M. and FORREST A. D., „A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh“, *Acta psychiatr Scand* (1963), 39: S. 548-600
67. WILLCOX, D. R. C., GILLAN R. and HARE E. H., „Do Psychiatric Out-patients take their Drugs?“, *Br Med J* (1965), iii: S. 790-792
68. LEY, P., „Patient compliance – a psychologist's viewpoint“, *Prescriber's J* (1977), 17: S. 15-20
69. VANPUTTEN, T., „Why do schizophrenic patients refuse their drugs?“, *Arch Gen Psychiatry* (1974), 31: S. 67-72
70. HAYNES, R. B., TAYLOR D. W. and SACKETT D. L., „Compliance in Health Care“, *Johns Hopkins University Press, Baltimore* (1979), S.
71. LYTTEKENS, L., SÖDERBERG U. and WETTERBERG L., „Increased lithium erythrocyte/plasma ratio in manic-depressive psychosis“, *Lancet* (1973), i: S. 40
72. HULKA, B. S., CASSEL J. C. and KUPPER L. L., „Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications“, *Am J Publ Health* (1976), 66: S. 847-853
73. GATLEY, M. S., „To be taken as directed“, *J R Coll Gen Pract* (1968), 16: S. 39-44
74. MEREDITH, P. A., „Patient compliance“, *Br Med J* (1992), 305: S. 1434
75. CLARENCE, M., „Ensuring compliance with drug regimens“, *Nurs Stand* (1992), 7: S. 24-26
76. DAVIS, T. M. E., STRONG J. A. and BLOOM S. R., „Compliance in diabetes mellitus: a self-assessment study“, *Practical Diabetes* (1988), 5: S. 170-172
77. PEARSON, R. M., „Who is taking their tablets?“, *Br Med J* (1982), 285: S. 757-758
78. PARKIN, D. M., HENNEY C. R., QUIRK J. and CROOKS J., „Deviation from prescribed drug treatment after discharge from hospital“, *Br Med J* (1976), 2: S. 686-688
79. REITZ, A., „Kritische Betrachtungen zur Verwendung von Psychopharmaka bei Kindern“, *Wien Med Wochenschr* (1966), 116: S. 726-732
80. STANAWAY, L., LAMBIC D. G. and JOHNSON R. H., „Non-compliance with anticonvulsant therapy as a cause of seizures“, *N Z Med J* (1985), 98: S. 150-152
81. KILEY, J. D., LAM C. S. and POLLAK R., „A study of treatment compliance following kidney transplantation“, *Transplantation* (1993), 55: S. 51-56
82. HAYNES, R. B., TAYLOR D. W., SACKETT D. L., GIPSON E. S., BERNHOLZ C. D. and MUKHERJEE J., „Can Simple Clinical Measurements Detect Patients Noncompliance?“, *Hypertension* (1980), iii: S. 757-764
83. WEINTRAUB, M., AU W. Y. W. and LASAGNA L., „Compliance as a Determinant of Serum Digoxin Concentration“, *JAMA* (1973), 224: S. 481-485
84. BLACKWELL, B., „Drug therapy: Patient compliance“, *N Engl J Med* (1973), 286: S. 249-252
85. NORELL, S. E., „Improving medication compliance: a randomised clinical trial“, *Br Med J* (1979), ii: S. 1031-1033
86. SACKETT, D. L., HAYNES R. B., GIBSON E. S., HACKETT B. C., TAYLOR D. W. and ROBERTS R. S., „Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension“, *Lancet* (1975), i: S. 1205-1207
87. HILL, J. P. and RAMACHANDRAN G., „A simple scheme to improve compliance in patients taking tuberculosis medication“, *Trop Doct* (1992), 22: S. 161-163
88. MORRIS, L. S., „Patient compliance – an overview“, *J Clin Pharm Ther* (1992), 17: S. 283-295

SCHWERPUNKT ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

Die Arzt-Patientbeziehung und das Placebophänomen

Karl H. SPITZY

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Beurteilung des Placebophänomens stehen sich zwei Extremstandpunkte gegenüber. Die streng naturwissenschaftliche Medizin lehnt jede akausale Therapie strikt ab und „Ganzheitlich wirkende“ Therapien bekämpfen die „gefährlichen“ chemischen Arzneimittel. Geht man vom entscheidenden Einzelfall aus, so muß zur Kenntnis genommen werden, daß es eine Therapie ohne Placeboeffekte gar nicht geben kann. Das unterstreicht auch die Tatsache, daß eine strikte Naturwissenschaftlichkeit den Zugang von Person zu Person niemals adäquat artikulieren kann.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung, Placebo, Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit

ABSTRACT

Two extrem contrary points of view are taken when judging the „placebo phenomenon“. The strict natural scientific medicine rejects every form of non causal therapy. Those involved in alternative medicine therapies combat the „dangerous“ chemical medications. With the exception of decisive individual cases, one must accept the fact that no therapy can be carried out without a placebo effect. This underlines the fact that a strict natural scientific attitude approach from person to person can never articulate itself adequately.

keywords: doctor-patient relationship, placebo, effectivity, scientism

DIE Insuffizienz einer ausschließlich naturwissenschaftlich fundierten Betrachtungsweise in der Medizin zeigt sich neuerdings vor allem bei den Definitionen und Erfassungen der Phänomene Lebensqualität, Compliance und speziell des Placeboeffekts. Das Gemeinsame dieser Phänomene ist das Erscheinen einer anderen Wirklichkeit, als jener, die in der modernen Medizin ihren Platz hat. Seit dem Wandel der Auffassung der Wirklichkeit in eine sinn- und wertentleerte Faktizität, die beliebig manipulierbar ist, seit der Eliminierung des Schicksalsbegriffs aus der Wissenschaft und der Verlagerung eines bisher „unentrinnbaren“ Schicksals des Einzelnen höchstens in einen voraussichtlich sehr bald manipulierbaren Genbestand, werden Wirklichkeiten, die ihren Sinn in sich selbst haben, nicht mehr zur Kenntnis genommen. Lebensqualität¹ wird einfach als Wohlbefinden, Compliance als therapiebeeinflussbares psycho-soziales Rollenverhalten, das Placebo schlicht zum Nichts degradiert und eine Placebobehandlung als Betrug abqualifiziert. Lebensqualität ist für jeden Menschen unterschiedlich, genauso wie sich Gesundheit nicht für jeden nur als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden kennzeichnen läßt. Compliance ist von der Arzt-Patient-Beziehung nicht zu trennen², und das Placebo ist alles eher als ein Nichts.^{3,4}

In Zusammenhang mit dem oben erwähnten Werteverfall hält der Arzt von heute wenig oder nichts von den therapeutischen Methoden seiner heilkundigen Vorfahren. Er spricht voll Stolz vom endgültigen Wandel der Heilkunde zur Naturwissenschaft. Er schwärmt von den großen unbestreitbaren Erfolgen, die dieser Wandel gebracht hat, und schwört daher einzig und allein auf die durch induktive Methodik ständig fortschreitende Klärung der krankmachenden Ursachen und die dadurch ermöglichte gezielte, streng kausal fundierte Therapie. Jedes durch beobachtende Erfahrung gewonnene Resultat muß probabilisiert werden, das heißt, die Wirkung einer Methode oder eines Medikamentes muß sich im randomisierten,

nach Zufallszuteilung erfolgten Blindversuch im objektivierbaren Befund-Vergleich statistisch bewähren. Die Überprüfung muß dementsprechend an einer Mindestzahl von Patienten (Stichproben) erfolgen, um (für das Kollektiv) repräsentativ zu sein⁵. Als letzte (vierte) Phase der Überprüfung muß sich die Therapie in der Praxis der Ärzte am Patienten (im Einzelfall) klinisch bewähren. Gar nicht so wenige Medikamente scheitern in dieser Phase, trotz vollen Erfolgs in den vorangegangenen Phasen (1. und 2.) an Freiwilligen (Gesunden) und (3.) an Patientenkollektiven im klinischen Vergleichsversuch.

Wenn es gegenüber dem Patienten vertretbar ist, werden nicht zwei Medikamente miteinander verglichen, sondern ein Medikament (Verum) gegenüber einem „Scheinmedikament“ (Placebo), das als „unwirksame Leersubstanz“ charakterisiert ist⁶. G. LANGER hat 1987 darauf hingewiesen, daß diese Definition falsch ist, denn ein „Placebo“ ist kein „Schein“ im Sinne von Täuschung, es ist nicht unwirksam oder indifferent und außerdem keine Substanz, da es sich auch um Maßnahmen wie z. B. Operationen handeln kann. Langers Argumente stellen die Wissenschaftlichkeit der placebo-kontrollierten Studien in Frage. Er schlägt daher eine dringend erforderliche Aufwertung des Placebobegriffs vor.

Seither reißt die Diskussion aber nicht ab und Howard BRODY hat 1977 in einer Studie „Placebos and the Philosophy of Medicine“ das Problem direkt angesprochen⁷. Nicht nur die Befunde des Patienten sind wichtig, viel wichtiger ist sein Befinden. „Mit Kranken, nicht mit Krankheiten hat es die Klinik zu tun“, erklärte der Wiener Internist Hermann NOTHNAGEL in seiner Antrittsvorlesung am 16. Oktober 1882⁸. Damit hat er schon den Kern des Problems, zu dem auch das Placeboproblem gehört, bloßgelegt:

Der Arzt steht dem Patienten im Verhältnis Mensch zu Mensch gegenüber; als ein Ich gegenüber einem Du und das „im Umgang auf Gegenseitigkeit“, wie das V. v. WEIZSÄCKER ausdrück-

te⁹. Dieses dyadische Verhältnis erscheint vorerst selbstverständlich und es klingt jede weitere Erläuterung in den Ohren des jungen Mediziners lediglich wie ein Drohen mit dem Zeigefinger mit der Aufforderung: „Sei menschlich!“, also einfach als banale nicht weiter begründungsbedürftige Aussage. Doch ist es schon V. v. WEIZSÄCKER aufgefallen, daß es sich hier um ein gar nicht so leicht zu behandelndes philosophisches Problem handelt. So konfrontiert er die Logik mit der Medizin und kommt zu dem Schluß: „Medizin soll als Umgang auf Gegenseitigkeit mit unmöglichem Wirklichen gestaltet werden“. Dabei scheint in dem Wort „unmöglich“, der in der klassischen Logik (ARISTOTELES, KANT, HEGEL) bestimmte zweite Satz vom verbotenen Widerspruch auf. Der Patient reagiert eben nicht als ein „Ding“, sondern als autonome „Person“ widersprüchlich und damit „unmöglich“ im Sinne von „unvorhersagbar“¹⁰.

So weit wie V. v. WEIZSÄCKER geht BRODY nicht. Er geht bei der Betrachtung des Arzt-Patient-Verhältnisses vom Leib-Seele-Problem aus und schließt sich dem Konzept der Person (concept of person 1958) von STRAWSON an¹¹. Dieser setzt sich in seiner „theory of the mind“ sowohl vom cartesianischen Dualismus als auch vom reduktionistischen Monismus ab. Er sieht im gemeinsamen Hintergrund von Körper und Geist die selbst- und wertbewußte Person als Hausenden (DWELLER) zwischen Gesellschaft und Kultur. Es ist bisher weder erkenntnistheoretisch noch empirisch gelungen, einen eindeutig faßbaren Begriff von Placebo zu formulieren. Wenn das Placebo an die „ganze Person“ des Patienten und seine Umgebung gebunden werden soll, darf die Gegenseitigkeit zwischen Arzt und Patient als Personen nicht übersehen werden.

Eine Philosophie, die sich nur auf das „Ich“ einer „Person“ bezieht, ist für eine Begründung eines Umgangs auf Gegenseitigkeit von zwei „Personen“, wenig geeignet. Die Gefahr einer „Ich-Einsamkeit“ und „Du-Verschlossenheit“, wie sie nach Ferdinand EBNER insbesondere durch die Philosophie KANTS vermittelt wird¹²,

erscheint gerade in der modernen Medizin von Tag zu Tag größer. Spezialisierung, Anonymisierung, Juridifizierung und Probabilisierung machen sich immer mehr breit¹³ und verdrängen die klassische Arzt-Patient-Beziehung von Person zu Person.

Das Placebophänomen, das heißt, die offensichtliche, vielfach dokumentierte Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme, die definitionsgemäß ohne Wirkung sein müßte, erscheint als deutlicher Widerspruch zur streng naturwissenschaftlichen Medizinthorie. Wenn in einer Theorie Widerspruch auftritt, ist es nach Thomas KUHN¹⁴ stets notwendig, die bisherige Theorie zu falsifizieren, zu korrigieren und damit einen neuen paradigmatischen Schritt zu tun, der mit den eingefahrenen Denkmethoden radikal bricht.

Die Insuffizienz der klassischen Logik zur Erklärung des Placebophänomens

Die seit der Achsenzeit (nach JASPERS um 500 v. Chr.) entwickelte, heute als Grundlage jeder Wissenschaft, inklusive der medizinischen, anerkannte Logik basiert prinzipiell auf vier Regeln:

1. Alles ist mit sich selbst identisch und verschieden von anderem (Identitätssatz),
2. Von zwei Sätzen, von denen einer das Gegenteil des anderen aussagt, muß einer falsch sein (Satz vom verbotenen Widerspruch),
3. Von zwei Sätzen, von denen einer das vollständige Gegenteil des anderen aussagt, muß einer richtig sein (Satz vom ausgeschlossenen Dritten)
4. Alles hat seinen Grund, warum es so ist, wie es ist (Satz vom zureichenden Grunde)

All das heißt, kurz gesagt:

Alles ist mit sich selbst identisch und verschieden von anderem

Die Identität und die Verschiedenheit machen diese Logik zweiwertig.

Der vierte Satz, so meint auch Schopenhauer, ist die Grundlage aller Wissenschaft. Auf ihm fußt die immer weiter geführte Frage „warum“. Solange die Antworten auf diese Frage den Sätzen 1 – 3 entsprechen, das heißt, daß diese Antworten widerspruchsfrei sind, kann sie gestellt werden, bis eine Grenze erreicht ist. Hier ist es wesentlich, daß man überhaupt eine Grenze sieht, denn wo es eine Grenze gibt, muß ja wohl etwas hinter dieser Grenze sein, denn das ist das Wesen einer Grenze. Es stellt sich nur die Frage, ob man sie überwinden kann.

Die Freiheit des Subjekts ist eine andere Freiheit als die in der Welt der Materie zu beobachtende, und auch als jene Freiheit, die man in der teleologischen Entwicklung des Lebendigen beobachtet; sie ist noch nicht jene Freiheit, die dem menschlichen Subjekt, der Person, zukommt. Die Materie ist dem Zufall unterworfen, das Leben der Evolution, die man selbst wieder auf den Zufall von Mutation und Selektion zurückführen kann, während das Subjekt nach Gutdünken entscheiden kann.

Die Suche nach einer dreiwertigen Logik im Bereich der Materie, aber auch im Bereich des Lebendigen widerspricht bereits unserem Begriff von Logik. Auch die idealistische Einteilung der Logik in formale und transzendente, spekulativ dialektische oder konkrete Logik führt kaum weiter.

Zufall und Notwendigkeit

Jaques MONOD sieht den Menschen als „Zigeuner am Rande des Weltalls“ und ist sich dessen nicht bewußt gewesen, daß seine Grundbegriffe „Zufall und Notwendigkeit“ neben den Urworten „Dämon, Hoffnung und Liebe“ die fünf uralten orphischen Grundbegriffe der griechischen Philosophie sind. MONOD zitiert einleitend den „Atomisten“ DEMOKRITOS mit dem Satz: „Alles, was im Weltall existiert, ist die Frucht von Zufall und Notwendigkeit“.

Manfred Eigen schreibt in seiner ausführlichen Vorrede zur deutschen Ausgabe von MONODS Werk „Le hasard et la nécessité“: „Mir schaudert aber bei dem Gedanken einer Dogmatisierung des Objektivitätspostulats, die über die Forderung nach ständiger geistiger Auseinandersetzung hinausgeht, Barmherzigkeit und Nächstenliebe wären die ersten Opfer“¹⁵. „Naturgesetze steuern den Zufall“ ist der Untertitel des Buches „Das Spiel“ von Manfred EIGEN, „Würfel und Spielregel – sie sind die Symbole für Zufall und Naturgesetz“¹⁶.

In der Physik ist der Zufall auf atomarer Basis in der Quantentheorie statistisch „gebändigt“. Auf molekularer Basis hat bereits die Gastheorie Ort, Zeit und Geschwindigkeit der Gasmoleküle statistisch erfassen müssen. In der Biologie stehen sich im Bereich der Eiweißmoleküle (z.B. allosterische Regulationsenzyme) Zufall und Notwendigkeit mit einem gewissen Freiheitsgrad gegenüber, den MONOD als „Zwangsfreiheit“ (*gratuité*) beschrieben hat, und bereits im Bereich der toten Materie als Kennzeichen des Lebendigen angesehen werden kann¹⁷. Es wäre aber sicherlich falsch, die ungeheuren Fortschritte der analytischen Molekularbiologie zu bekämpfen und die beschriebenen Freiheitsgrade auf ein holistisches (ganzheitsgedankliches) Steuerungssystem zu reduzieren. Die Forschung muß, um greifbare Erfolge erzielen zu können, induktiv vorgehen, wenn sie sich dabei auch bewußt sein sollte, daß sie ihre Erkenntnisse „aspektivisch“, das heißt, stets „von einem speziellen Aspekt ausgehend“ gewinnt. Aus der Summe von Aspekten kommt man dem Ganzen zwar näher, aber erfaßt es nicht in allen Dimensionen (perspektivisch). Das Ganze ist eben doch mehr als seine Teile¹⁸. Wenn eine der beiden Seiten (Induktion und Deduktion) ignoriert wird, müssen sich beide Vertreter, die das eine oder das andere System als Dogma verteidigen, den Vorwurf des Reduktionismus gefallen lassen.

Für das Placebophänomen gilt Zufall und Notwendigkeit in gleicher Weise wie für andere

Naturerscheinungen. Hier sind in den Gesetzmäßigkeiten eines komplexen Systems von Beeinflussungen die statistischen Zufälligkeiten (z.B. einer Spontanheilung) sorgfältig zu suchen und zu trennen¹⁹. Es geht nach dem Statistiker Lothar SACHS um „die Abgrenzbarkeit gegen zufällige Variabilität“²⁰. In einer zweiwertigen Logik finden sich ausschließlich die zufälligen Varianten. Hier muß das Placebo zu einem „Nichts“ werden, seine Anwendung zu einer bewußten Täuschung²¹. Es hat dann nur Bestand als Vergleichspräparat gegenüber einem „Verum“ und wird damit zur „Lüge“ ohne jede Wirkung. Es ist aber wirksam und das sogar „kräftig“, powerful, wie Henry K. BEECHER²² betont.

Dämon und Hoffnung

Dämon und Hoffnung ist das zweite Urwortepaar der Orphik. Hier bedeutet Daimon das Schicksal als Glück oder Unglück (Gegensatz, Widerspruch) und die Hoffnung (Erwartung, Meinung)²³. Ähnlich wie im ersten Urwortepaar Zufall und Notwendigkeit steht vom Menschen Unerwartetes (Dämonisches) einer Erwartungshaltung gegenüber.

In der Frühzeit vor der Achsenzeit und in heute noch bestehenden sogenannten primitiven Kulturen, war und ist die Logik einwertig, allein auf den Satz der Identität bezogen. Der Widerspruch ist dem Geisterreich immanent und damit in das Ganze einbezogen. Die Natur tritt dem Menschen voll belebt als Identifikation seiner selbst, seiner Phantasie, seines Kults gegenüber. Götter und Dämonen bevölkern seine gesamte Umgebung und bringen Glück und Unglück, Krankheit und Tod. Die Ruhe und Selbstverständlichkeit der mythischen Gewißheit kommt dem Wahrheitsbegriff näher, weil er unveränderlicher, als unser veränderlicher und überholbarer Wahrheitsbegriff der Logik und der Wissenschaft ist. Widersprüche werden durchgestanden und machen keine Grundsatzänderung notwendig.

Wieder ist es die moderne Physik, die deutliche Hinweise auf den Unterschied zwischen „wahr“ und „richtig“, entsprechend einer bildlichen oder direkten Aussage, klar macht. Sie hat aber auch noch Einsichten gebracht, die weder wahr noch richtig sondern „sicher“ sind. Bei der Suche nach sicheren Naturgesetzen meint die Induktionslogik, daß aus ausreichend vielen Einzelereignissen eine allgemeine Aussage erschlossen werden kann. Das kann nur durch Experimente geschehen. Es ist dabei allerdings unmöglich, ohne Kenntnis des zugrunde liegenden Naturgesetzes zu wissen, ob diese Experimente richtig oder falsch sind, und ohne dieses Wissen kann man wiederum kein allgemein gültiges Naturgesetz ableiten. So ein Zirkel kann nicht im System, sondern nur von außen durchbrochen werden.

Dieses Wechselspiel zwischen Theorie und Experiment, sei es nun in die Gegenwart (V-A-Theorie der Schwachen Wechselwirkung, Teilchen-Antiteilchen) oder in die Vergangenheit (z.B. Urknall) projiziert, bezeichnet der Physiker und Denker Herbert PIETSMANN als „sichere“ Erkenntnis, oder bei bloßen Beschreibungen als wissenschaftlichen Mythos oder Mythos des naturwissenschaftlichen Zeitalters²⁴. So hat auch die Physik ihre Dämonen – und kann mit ihnen leben. So kommt es denn auch, daß PIETSMANN, der Physiker, sich der fernöstlichen Philosophie zuwendet und in der Polarität von Yin und Yang ein Lösungsmodell zu sehen vermeint. Wenn wir auch das bildbezogene Yin-Yang innerhalb unseres abendländischen Denkrahmens nicht verstehen können, so könnte es doch im Handlungsrahmen nachvollzogen werden. Als Beispiel führt er die chinesische Akupunktur an. Er meint, daß polarer und logischer Denrahmen nicht direkt ineinander übersetzt werden können. So stellt er die Frage nach dem Verstehen der Wirksamkeit der Akupunktur nicht kausal, sondern final (oder statistisch), indem er fragt: „Führt die Methode der Akupunktur zu Heilerfolgen auch in unserer Kultur?“ und sieht sie positiv

beantwortet²⁵. Die von PIETSCHMANN zugegebene Aporie der Akupunkturwirkung entspricht exakt der, die beim Placebophänomen auftritt und, wie es Langer verlangt, eine Aufwertung des Placebobegriffes dringend notwendig macht²⁶. Die Akupunktur wird ebenso zum Nichts wie das Placebo. Das Nichts erscheint dann als Dämon und es verbleibt die Hoffnung im außerlogischen, von PIETSCHMANN polar genannten, vom gewohnten Denkraum befreiten Handlungsspielraum. Dieser Handlungsspielraum mag in der Medizin dann die „Aura curae“ nach LANGER, das „Heilungsumfeld (healing context)“ nach BRODY²⁷ sein. Dasselbe wie für die Akupunktur gilt für die Homöopathie²⁸. Auch sie kann durch einen aufgewerteten Placebobegriff eine standesgemäße Heimat finden.

Liebe

Es fällt auf, daß es sich beim fünften orphischen Urwort „EROS“ nicht mehr um ein Wortpaar handelt. EROS, als Sohn des ARES und der APHRODITE, ist schon bei HOMER der Glieder verbindende und Gliederlösende. Die Liebe ist ambivalent. Ihr Gegenstück ist nicht der Haß, sondern die Lieblosigkeit. Erst PLATON läßt Sokrates in der Diotimaerzählung im „Symposion“ Eros als Sohn des POROS (des erfolgreichen Erwerbsweges) und der PENIA (der Armut) als das „Verlangen nach Schaffen und Zeugung im Schönen“ charakterisieren, vor allem in geistig-seelischer Hinsicht, aber auch, um durch Zeugung Unsterblichkeit zu erreichen. So wird EROS zum Mittler zwischen den Sterblichen und den Unsterblichen²⁹. Orphisch gesehen, wird er zum Mittler zwischen Zufall und Notwendigkeit und ebenso zwischen Dämon und Hoffnung, wobei Eros durch seine Ambivalenz in durchaus widersprüchlicher Weise zum Erzeuger und zum Aufheber von Gesundheit und Krankheit, ja von Leben und Tod, werden kann.

Das Arzttum in Griechenland leitet sich vom nordasiatischen Schamanismus ab und findet noch in der pythagoräisch-mystischen Heilkunde der ersten Ärzteschule in Kroton seinen Niederschlag. In geradezu gehässiger Weise wird PYTHAGORAS von PLATON und ARISTOTELES als Goes, als Schwindler und Betrüger³⁰, bezeichnet, weil diesem wunderbare Krankenheilungen und sogar Totenerweckungen zugeschrieben wurden³¹. Die Herkunft vom Schamanismus und das umfangreiche medizinische Wissen, das PYTHAGORAS auf seinen Reisen in Babylonien, Persien und Ägypten gesammelt hatte, führte zu einer Mischung von empirischen und magischen Heilmethoden in der pythagoreischen Medizin. Der sogenannte hippokratische Eid stammt höchstwahrscheinlich aus dieser Schule und zeugt von hohem Ethos.

Als Urphänomen jeder Heilbemühung bezeichnet Viktor v. WEIZSÄCKER das liebevolle Handauflegen der kleinen Schwester auf die wehe Stelle beim kleinen Bruder³². Auch beim Schamanen ist die Berührung neben den verschiedensten Ritualen wesentlich und jeder erfahrene Arzt weiß von der nicht zuletzt auch therapeutischen Wirksamkeit der manuellen Untersuchung.

Erst im Christentum kam mit der Opfer- und Leidensgestalt Christi auch in der Medizin die Nächstenliebe zum Tragen. AUGUSTINUS, der allerdings die Sklaverei noch für gottgegeben hielt, krönte mit seinem Leitsatz „ama et fac, quod vis“ die unterschiedslose Nächstenliebe als misericordia am Beispiel des guten Samariters. BENEDIKT von Nursia, der Gründer von Monte Cassino und Verfasser des „ora et labora“ in der Regula Benedicti, hielt Krankenpflege für einen göttlichen Auftrag und verpflichtete seine Mönche in den Klöstern, Kranke liebevoll zu pflegen und zu behandeln.

Als Höhepunkte der Anerkennung des Allheilmittels Liebe können die Schriften von zwei eigenwilligen Gestalten der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Heilkunde gelten: HILDEGARD von Bingen (1098-1179) und PARA-

CELSUS (1493-1541). HILDEGARD war Äbtissin eines Klosters der Benediktinerinnen, widmete ihr Leben den Kranken und Gebrechlichen und schrieb³³:

„Wer sie [die Liebe] richtig erfaßt, wird weder in der Höhe, noch in der Tiefe, noch in der Breite daneben greifen. Ist die Liebe doch mittendrin.“

PARACELSUS teilte die Medizin in eine heidnische und eine christliche. Die heidnische beinhaltete die Arzneien und Diätvorschriften „nach Gewicht, Zahl und Maß“, in der christlichen fand sich aber die höchste Arznei: die Liebe. Er schrieb³⁴:

„... denn die Liebe ist's, die die Kunst lehrt, und außerhalb von ihr wird kein Arzt geboren.“

Die von HILDEGARD und PARACELSUS empfohlenen Mittel würden wir fast alle heute als unreine Placebos bezeichnen und sowohl Paracelsus als auch HILDEGARD war es klar, daß ihre Behandlungen nicht kausal wirkten, sondern daß „der höchste Grund der Arznei die Liebe ist“, und wenn wir ehrlich sind, so wissen wir, daß auch heute noch eine streng kausale Therapie nur selten zur Anwendung kommt. Die Zuwendung zum Patienten, die Liebe, unterstützt durch Ratschläge für die Lebensführung und symptomatisch wirkende Mittel, sind mit Abstand auch heute noch die häufigsten, wirksamsten und verträglichsten Behandlungsmethoden.

Liebe ist ohne Widerspruch nicht denkbar, denn sie setzt freie Entscheidung, Freiheit, voraus. Jede Einschränkung der Freiheit, bei sich selbst oder beim geliebten Anderen, zerstört die Liebe und macht sie wertlos. Sie strebt aber gleichzeitig zur Vereinigung, zum Einswerden, und das kann ohne Einschränkung des Anderen nicht geschehen³⁵. Dieser Widerspruch löst sich im augustinischen „ama, et fac, quod vis“ wohl auf, verlagert sich aber in die Entscheidung des Wollens, das heißt, frei ist man nur in der Liebe – oder in der Nichtliebe. Umgesetzt auf die therapeutische Placebogabe ist stets die

Intention „Gutes zu tun“ maßgebend, Man könnte genauso „Böses tun“, dann würde das Placebo wie ein Gift wirken. Es soll durch die Intention heilen zu wollen, als aktives Prinzip wirken, das wohl Gegenliebe „intensiv“ wünscht, aber nicht verlangen kann. Es ist in seiner Wirkung von der Erwartungshaltung des Gegenübers abhängig. Dieses Gegenüber reagiert nicht gesetzmäßig, sondern autonom, es muß sich wahrlich „selbst am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen“³⁶. In diesem Sinn ist jedes Heilungsbemühen zu verstehen, denn der Arzt kann nicht heilen, sondern nur kurieren und cura heißt „die Sorge“. Die Heilung muß die Natur und ihr Schöpfer (in Liebe) vollziehen. Das „Heilungsumfeld“ wird zum „Sorgeumfeld (aura curae)“. Da muß wohl die Liebe mittendrin sein.

Mythisches, polares, logisches oder phänomenologisches Denken

Im mythischen Erfassen der Umwelt, in die das Ich oder das Selbst (nach dem Satz der Identität) noch miteinbezogen war, ein verbotener Widerspruch gar nicht verstanden wurde, der Ausschluß des Dritten durch Setzung von Geistern und Göttern aufgehoben war, ist die Welt noch in Ordnung gewesen. Sie war, wie Karl JASPERS es ausdrückt, „...durch Ruhe und Selbstverständlichkeit geprägt“, die Unterscheidung zwischen wahr und richtig war noch kein Problem. Es trat erst in der Achsenzeit auf, in der man anfang, zwischen bildhaften und direkten Aussagen zu unterscheiden. PIETSCHMANN spricht von einer zweiten Achsenzeit, die Einsichten brachte, die weder wahr noch richtig, sondern (als Naturgesetze) sicher sind³⁷. Sicher sind aber nur solche Erkenntnisse, die durch das Experiment induktiv belegt werden können. Dazu ist aber zur Anlegung des Experimentes eine Theorie notwendig und aus diesem Wechselspiel von deduktiver Theorie und induktivem Experiment kann sichere

Erkenntnis gewonnen werden. PIETSCHMANN bezeichnet diesen Zirkel als den „wissenschaftlichen Mythos“ oder den „Mythos des naturwissenschaftlichen Zeitalters“³⁸. Dieser Mythos verzichtet bewußt auf Wahrheit und begnügt sich mit (vorübergehender) Sicherheit oder Allgemeingültigkeit.

Der logische Denkrahmenschließt von der Ursache auf die Wirkung, respektive sucht für jede Wirkung eine Ursache. Beim Placebophänomen liegt Ursache und Wirkung in verschiedenen Ebenen. Die Ursache liegt in einer (kaum meßbaren) Reaktion der ganzen Person und die Wirkung in der (meist meßbaren) Tatsache der Wiederherstellung eines gestörten Gleichgewichtes. Sie kann aber, auch durchaus widersprüchlich, je nach der Ausgangslage (und Indikation zur Placebothherapie), eine positive oder auch eine negative, durch Störung eines Gleichgewichtes, sein. Im logischen Denkrahmenschann die Placebowirkung nur als spontane Selbstheilung gesehen werden, da das Placebo ein Nichts ist. So wird das Placeboproblem zum ontologischen, zum Seinsproblem. Ontologisch gesehen bleibt das Placebo ein Nichts gegenüber dem Sein einer Person. Der Seinscharakter des Placebos drückt sich nur intentional aus: „*Es wird dir gefallen*“.

So verlegt das Sein des Arztes in das Sein des Patienten durch ein Nichts einen Ansporn zur Selbstheilung. Worin liegt aber da der Unterschied zwischen unserer, nur sogenannten kausalen, Therapie (cura), die genauso auf Selbstheilung (salus) beruht? Muß der Chirurg nicht mit dem Abheilen der Wunde rechnen, mit der natürlichen Wiederherstellung des Gleichgewichtes nach einer Gallen-, Blinddarm- oder Mandeloperation, um die landläufigsten zu nennen? Bietet er nicht auch nur eine Hilfe, die es der Natur erleichtert, ihre ihr innewohnende Wiederherstellungsfähigkeit zu entfalten? In diesem Sinn gibt es keine kurative Maßnahme, die nicht gleichzeitig als Placebo wirkt.

Im mythischen Denken ist der Schmerz durch einen Dämon verursacht (z.B. Hexenschuß). Er

ist keineswegs ein Nichts, läßt sich (vom Schamanen) übernehmen, austreiben oder auch verstärken – und das mit Nichts, nämlich mit einem Placebo, das in diesem Zusammenhang und Umfeld ebenso kein Nichts ist.

Im logischen Denken ist und bleibt der Schmerz ein unbegreifliches Nichts. Er läßt sich biologisch durch Entfernung einer physikalischen oder chemischen Ursache vertreiben, bei anderen, auch psychischen Ursachen, durch chemisch-physikalische Mittel oder psychotherapeutische Maßnahmen unterdrücken.

Zum polar gesehenen Schmerz fällt einem die Akupunktur ein, die bekanntlich imstande ist, gegen den Schmerz wirksam zu sein. Man muß aber zwei Einschränkungen machen: Erstens darf der Schmerz nicht zu heftig sein (z.B. Zahnziehen) und zweitens ist sie in China bei Chinesen deutlich wirksamer. Beides rückt sie näher zum (aufgewerteten) Placebophänomen, das, wie gesagt nur in einem entsprechenden Umfeld (aura curae) stattfindet. Wie eben ein heimlich in die Suppe gerührtes Placebo ebenso wirkungslos ist wie ein „heimlicher“ Stich aus der Roßhaarmatratze, auch wenn dieser Stich ausgerechnet einen Akupunkturpunkt trifft

Ein weiteres Beispiel für eine (aufgewertete) Placebowirkung ist die Homöopathie⁴³. Sie ist das klassische Beispiel einer Therapie, die mit „Nichts“ heilt. Das Simile-Prinzip, von dem HAHNEMANN (1755-1843) ausging, ist meist verlassen und es geht seit nunmehr über 170 Jahren darum, ob es einen Weg gibt, der einen „wissenschaftlichen“ Beweis dafür erbringt, daß und wie eine herausverdünntes Molekül auf einen Organismus wirken kann. Die „Wirksamkeit“ scheint längst bewiesen (schon durch das beachtliche Geschäft, das mit Homöopathie gemacht werden kann), aber jeder „naturwissenschaftliche“ Beweis fehlt, das heißt, Homöopathie kann nicht kausal begründet werden. Homöopathie ist die „perspektivische“ Antwort eines selbstregulierenden Gesamtorganismus. So wirkt Homöopathie, wenn Intention erkennbar ist, nicht nur

beim Menschen, sondern prinzipiell bei allen Lebewesen.

Ganz so wie beim Placeboeffekt können auch nach der Gabe eines Homöopathikums eine Fülle von pathophysiologischen Erscheinungen auftreten. Vorwiegend sind es funktionelle Störungen, die nur beim Menschen beschrieben sind: Blässe, Schweiß, Schwindel, Übelkeit, Rektalgie, Bauch- und Herzschmerz, Dysurie, Herzklopfen, Seh-, Hör- und Schlafstörungen, aber auch (reproduzierbare) Urtikaria, Photosensibilität, Hautjucken und delirante und psychoneurotische Zustände. Bei Mensch und Tier wurden beobachtet: Anorexie, Stimulation, Irritation, Tremor, Vomitus, Stuhl- und Miktionsbeschwerden, Inkoordination, Glossitis, Leukopenie, Transaminaseveränderungen, um nur die wichtigsten zu nennen⁴⁴.

Ein Placebo und ein Homöopathikum kann aber in voller Widersprüchlichkeit jene Erscheinungen, die hier als Nebeneffekte aufgelistet sind, „therapeutisch“ zum Verschwinden bringen, wie sie beim Patienten (auch beim Tier) vor der Gabe bestehen. Die Zustände, die hier in Auswahl beschrieben sind, können sich durchaus auch spontan ohne Therapie verflüchtigen, können aber auch die Gabe des Placebos oder des ihnen als spezifisch angebotenen Homöopathikums oder auch einer Akupunktur, als Anlaß oder Anstoß zur Selbstheilung benützen. Der Unterschied zur sogenannten kausalen Therapie ist gar nicht so groß, denn, wie schon erwähnt, hilft jede therapeutische Maßnahme bei der notwendigen Selbstheilung nur mit, sie kuriert, aber heilt nicht. Heilen kann nur die Natur (*natura sanat, medicus curat*). Es ist auch deutlich herauszulesen, daß die Kuriermöglichkeiten auf jenen Gebieten liegen, die sogenannte „Grundfunktionen“ (nach Paul VOGLER) betreffen⁴⁵.

Als Grundfunktionen gelten: Schlaf, Atem, Stuhlgang, Wärmehaushalt, Menstruation, Haut- und Schleimhautfunktionen. Es handelt sich bei den Grundfunktionen um Funktionskreise, die nach VOGLER, dem 1969 verstorbe-

nen Direktor der Charité und Professor an der Humboldt-Universität in Berlin, nur durch „phänomenologische klinische Beobachtung“ lehr- und lernbar sind. „Sie muß die Morphologie des betreffenden Organs und seiner normalen und pathologischen Physiologie ergänzen, weil sie die Integrität des ganzen Körpers wahrt und das Lebensgefühl wertet, das eine erfüllte Grundfunktion begleitet.“. Es handelt sich also um eine phänomenologisch betrachtbare, wertende, klinische Gestaltlehre (Morphologie), die sich auf eine ganzheitliche körperliche (und seelische?) Integrität bezieht⁴⁶.

HAHNEMANN ging auch von der Ganzheit des Menschen aus.

Der homöopathische Weg soll an den Patienten individuell angepaßt und damit „spezifisch“ sein. Dazu ist es notwendig, ein „Patientenbild“ zu entwerfen und ihm ein „Arzneimittelbild“ entgegenzusetzen. Die Ähnlichkeit beider wird dadurch erkannt, daß durch die Arzneimittelgabe selbst ähnliche Erscheinungen am Kranken zu beobachten sind, wie sie die Krankheit hervorbringt. In normaler Dosis würde die Arznei die Krankheit potenzieren, daher muß man das Mittel in Potenzen (D n) verdünnen. Ab der Potenz 30 (D 30) dürfte kein Molekül mehr in der Lösung zu finden sein, es soll aber trotzdem hohe Wirksamkeit haben.

Die Voraussetzung für diese Wirksamkeit ist aber nicht nur die Erstellung eines vollständigen Arzneimittelbildes aufgrund der Symptome, die dieses auch beim Gesunden (Probanden) hervorruft, – z.B. kann man bei *Lycopodium* 891, bei *Arsen* 1068 Symptome beobachten – sondern auch die Erstellung eines vollständigen Patientenbildes (Portraitskizze) in einer sorgfältigen Feststellung der „Zeichen, wie sie sich in ihrem ganzen Umfange, ihrer individuellen Stärke, Verbindung und Succession dem echten Beobachter darbieten“⁴⁷. Dazu gehört eine sorgfältige und, erst nach stillschweigender Anhörung, geduldig abgefragte Anamnese und eine ebenso subtile persönliche Untersuchung; dabei kann man nach

HAHNEMANN z. B. 350 Arten von Kopfschmerzen unterscheiden. Prinzipiell ist aber eine Einteilung der Krankheiten in Gattungen, Arten (species) etc. bei dieser großen Zahl von Symptomen nicht möglich, da „jeder vorkommende Krankheitsfall als eine individuelle Krankheit angesehen (und behandelt) werden muß, die sich noch nie so ereignete wie heute, in dieser Person und unter diesen Umständen, und genau eben so nie wieder in der Welt vorkommen wird“⁴⁸.

In den kurz skizzierten Systemen der Akupunktur in ihrer mythisch-fernöstlichen Bindung in polarem Rahmen, der Homöopathie mit ihrer entmaterialisierenden bildhaften Auflösung und schließlich im phänomenologisch-gestalthaften System der Grundfunktionen manifestieren sich Bemühungen von sicherlich erfahrenen Ärzten und Klinikern über den schmalen Steig einer streng naturwissenschaftlichen Medizin hinauszukommen, ohne ihn verlassen zu wollen oder zu müssen. Die erwähnten drei Methoden werden heute von einer großen Zahl ernstzunehmender und durchaus erfolgreicher Ärzte angewandt und verteidigt und natürlich auch von ebenso ernstzunehmenden Gegnern heftig angegriffen⁴⁹. Dicke Bücher werden geschrieben, um nachzuweisen, daß Akupunktur und Homöopathie *nur* Placebothherapie wäre und Grundfunktionen *von selbst* ins Gleichgewicht kämen, wenn man nur vernünftig leben und Risikofaktoren meiden würde. Da bleibt der Arzt wenigstens noch ein mehr oder weniger erfolgreicher Berater.

Schmales, aber „powervolles“ therapeutisches Rüstzeug sind die Auslöser des Placebophänomens, nur hat dieses, zum Unterschied von den zahllosen paramedizinischen „Placebomethoden“, durch die systematische Abwertung des Begriffs keine Anhängerschaft, zumindest keine bewußte, denn unbewußt betreiben Ärzte und Laien fleißig durchaus wirksame Placebothherapie, ohne sich dessen bewußt werden zu können oder zu wollen. So bleiben die Gegner einer deklarierten Placebothherapie jene, die den Einsatz eines Placebos

nur als Nihil gegenüber einem Verum im Vergleichsversuch akzeptieren, das Placebophänomen als Störfaktor sehen, oder die Placebothherapie als „Udenotherapie“ (Therapie mit nichts) oder als Gefälligkeitsbehandlung – bis zur Betrugsabsicht –, jedenfalls als nichts für nichts, erklären. Damit wird eine durchaus mögliche Brücke zwischen einer sogenannten Schulmedizin und einer ebenso sogenannten Ganzheitsmedizin abgebrochen oder es wird erst gar nicht versucht, eine solche zu errichten⁵⁰.

Hermeneutik

Ein für die Philosophie und die Medizin ähnlich wichtiges Kapitel ist das philosophische Konzept der Angst (the concept of anxiety)⁵¹. Die Angst des Patienten reicht von der Furcht vor der Krankheit, vor dem Krankenhaus, vor dem Doktor bis zur irrationalen Angst in der Vereinsamung und zur pathologischen Phobie (spez. Klaustrophobie). Die Angst ist an sich ein für jeden Menschen normaler Abwehrmechanismus. Ihr Ursprung oder ihre Ursache ist oft schwer zu klären und so sind die meisten Ärzte mit der Verschreibung eines Anxiolytikums schnell bei der Hand, obwohl sie sich dabei bewußt sind, damit nur symptomatisch und nicht kausal zu behandeln. Hier hilft Psychotherapie im weitesten Sinn und nicht zuletzt – ein Placebo.

Die phänomenologische Betrachtungsweise, wie sie Paul VÖGLER vorschlägt, ist eng verwandt mit der hermeneutischen von Hans-Georg GADAMER. Es handelt sich bei beiden Methoden nicht nur um ein Betrachten der Symptome, sondern auch um die Frage nach dem Sinn und einer Interpretation der menschlichen Reaktion. Hier soll kurz auf die wichtigsten Vorläufer von philosophischen Überlegungen eingegangen werden, die über die strenge Naturwissenschaft hinausgehen, und in der Angst ein philosophisches Problem sehen, und

das sind zweifellos Sören KIERKEGAARD (1813-1855) und Martin HEIDEGGER (1889-1976).

Nach KIERKEGAARD sind Angst, Verzweiflung und Trübsinn konstituierende Merkmale des Menschen und er spricht jenen, die keine Angst vor den Möglichkeiten der Existenz haben, den Rang einer Person rundweg ab. Diese konstituierenden Merkmale lassen sich aber nicht „wissenschaftlich“ erklären, sofern man Wissenschaft nur als Naturwissenschaft versteht. Statt empirischer Interpretation ist philosophische Reflexion notwendig, vielleicht sogar Reflexion der Reflexion als unvermeidlicher, aber kreativer Zirkel. Für HEIDEGGER ist die Angst ein privilegierter Zugang zur Selbst-erkenntnis⁵². Für KIERKEGAARD ist das Selbst des Menschen die Freiheit. Freiheit gibt es aber nur in der Entscheidung. Diese aber setzt wiederum Verantwortung voraus. Wenn der Mensch Verantwortung haben *kann*, so *HAT* er sie auch, sagt Hans JONAS⁵³ und sieht die Verantwortung als „die Bürde der Freiheit“. Diese Bürde ist gar nicht leicht zu tragen, denn sie macht Angst vor der Entscheidung. Wie wir im Zufall des Lebens die Not wenden müssen, steht dem Dämon der eigenen Konstitution (der Gene mit der Sicherheit des Todes) die Hoffnung (auch auf die Unsterblichkeit der Seele) gegenüber. In all dem konstitutiven Desaster bietet die Liebe ein schönes und erträgliches Zuhause. Und die Liebe ist wiederum nichts anderes als die Verantwortung für den Anderen.

Für KIERKEGAARD und HEIDEGGER ist die Angst dreifach, an Seele, Körper und seinem Selbst, gebunden. Für HEIDEGGER kann sie durch „physiologische Faktoren“ konditioniert werden und ist vom Verstehen und Interpretieren der Welt abhängig. Für KIERKEGAARD ist die unerklärliche Angst somatisch, psychisch und pneumatisch oder schlicht „dämonisch“⁵⁴.

Wenn dem Dämon der Angst die Hoffnung gegenübersteht, so bedeutet das für die hermeneutische Interpretation des Placebophänomens eine Intention von Seiten des Patien-

ten, der sich für eine Behandlung, welche auch immer, entscheidet. Die Entscheidung wird ausgelöst durch die dämonische Angst vor der Krankheit (somatisch), in hoffender Überzeugung, daß es helfen wird (psychologisch) und dem eigenliebenden Willen, das Gleichgewicht wiederherzustellen (pneumatisch). Von Seiten des Arztes ist es die Gabe eines Scheinmedikamentes (somatisch), der Hinweis, daß es helfen wird (psychologisch) und das in einer sorgfältigen und liebevollen Aura curae (pneumatisch).

Dialogik

Griechische Ärzte (Pneumatiker) gingen davon aus, daß physiologische und pathologische Erscheinungen aus dem Pneuma (Hauch, Lebenskraft, Geist) zu erklären wären, in der Annahme, daß davon der ganze Körper durchdrungen sei. In der christlichen Theologie ist pneuma hagen der Heilige Geist⁵⁵. Der christlich-dialogische Denker Ferdinand EBNER (1882-1931), Volksschullehrer aus Gablitz in Niederösterreich, gab seinem Hauptwerk den Titel „Das Wort und die geistigen Realitäten. Pneumatologische Fragmente“⁵⁶ und ging im Gegensatz zum Deutschen Idealismus, den er als einen Traum vom Geist ansah, von den Begriffen Logos und Pneuma aus. Auch der österreichische jüdische Religionsphilosoph Martin BUBER (1878-1965), der als Begründer des Dialogischen Denkens gilt, führt mit seinem „Einweihen Gottes“ zwischen Ich und Du einen Begriff ein, der einem „Hauch“ gleichkommt und legt ähnlich wie EBNER größten Wert auf die Sprache und „das Wort, das gesprochen wird“⁵⁷.

Dem „Traum vom Geist“⁵⁸, der Dialektik des Deutschen Idealismus von KANT bis HEGEL, stellen EBNER und wohl auch BUBER einen anderen „Traum“ gegenüber, den von der Dyade „Ich und Du“.

Für den tiefgläubigen Christen EBNER ist die Beziehung Ich und Du eine „trinitarische“, die

auf die göttliche Dreifaltigkeit bezogen werden kann.

Für BUBER ist die Ich-Du-Beziehung mit der Ich-Es-Beziehung vorerst zwiefältig. Sie drückt sich in den beiden Ur-Wortpaaren Ich-Du und Ich-Es aus. Sie wird aber wie bei EBNER dadurch dreifaltig, daß das Göttliche mit einer (dritten) „Falte“ in die Ich-Du-Beziehung einweht und damit, im Gegensatz zur Ich-Es-Beziehung, stets vorhanden ist⁵⁹, obwohl für den Chassidim BUBER Gott der Ort der Welt ist und nicht, wie Spinoza meint, die Welt der Ort Gottes⁶⁰.

Die Dialogik BUBERS und auch die Ebners ist eine praktische und keine theoretisch-dialektische Philosophie und es scheint auch bei der Hinterfragung des Placebophänomens keine rein theoretische sondern nur eine praktische Lösung möglich zu sein. Es ist Erich Heintel recht zu geben, wenn er sagt: es „... wird sich der Ort des Dialogs im Rahmen der Fundamentalphilosophie wohl am besten so angeben lassen, daß man sagt, er konstituiert den Übergang von der Theorie zur Praxis (von der theoretischen zur handelnden Transzendentalität), u. zw. immer schon unter bestimmten geschichtlichen Voraussetzungen konfrontierter Motivationshorizonte“. So ein konfrontierender Motivationshorizont geschieht zweifellos auch mit der Gabe eines Placebos.

So kann vielleicht auch bei der Placebogabe der intentional-sachliche Dialog mit dem Kernsatz „Ich werde dir helfen (Aura curae)“ noch dialektisch angesehen werden, erfüllt sich aber in der seelischen (schamanistischen) Übereinstimmung im reinen Ich-Du als Liebe. Wenn gegenseitige Anerkennung noch transzendental in Vertrauen und Verantwortung gedacht werden kann, so erscheint das Placebophänomen im transzendenten Bereich der Liebe, die hildegardisch oder paracelsisch Gott selbst ist (Gott sei Dank – es hat geholfen!). Mit dieser Transzendierung wird auch die Unsymmetrie zwischen Arzt und Patient aufgehoben, denn diese Sphäre geht über die Trennung von Heteronomie und Autonomie hinaus: „Par là on est

conduit à transcender l'opposition autonomic – hétéronomic“⁷², wie MARCEL ausdrücklich betont.

Resümee

Bei der Beurteilung des Placebophänomens stehen sich zwei Extremstandpunkte gegenüber. Der eine lehnt als Verfechter einer streng naturwissenschaftlichen Medizin jede akausale Therapie strikt ab, und der andere, wissenschaftsfeindliche, der Esoterik zuneigende, bekämpft die „gefährlichen“ chemischen Arzneimittel und wendet sich sogenannten „ganzheitlich wirkenden“ Therapien zu. Wie meistens, sind beide Extreme falsch, die Wahrheit liegt auch nicht in der Mitte. Was für den einen Kranken richtig ist, ist für den anderen gefährlich. Entscheidend ist immer der „Einzelfall“, und wenn man versucht, eine philosophische und damit grundsätzliche Basis für das Placebophänomen zu finden, das allgemeine Gültigkeit beanspruchen kann, wird nicht ein Entweder Oder, sondern ein Sowohl als Auch das Resultat sein müssen. Dieses Sowohl als Auch als komplementär zu bezeichnen, erscheint nicht sehr zweckmäßig, weil eine auf die Ganzheit ausgerichtete Medizin keineswegs einen Gegensatz oder gar eine Alternative bedeuten darf, sondern im Sinne von KRAUPP auf die gesamte (gute) Medizin bezogen werden muß. Man sollte endlich zur Kenntnis nehmen, daß es eine wie immer geartete Therapie ohne Placeboeffekte gar nicht gibt und gar nicht geben kann⁷³.

Es besteht gar nicht die Möglichkeit ein Organ isoliert zu behandeln, es ist immer der Gesamtzustand des Kranken miteinbezogen. Das harmloseste Kopfwepulver vertreibt wohl, wie auch manche Placebogabe, den Schmerz, aber verändert jedenfalls den Gesamtzustand des Patienten positiv oder auch negativ.

Eine so durchgehend auftretende therapiebedingte Wirksamkeit, wie sie dem Placebophänomen zukommt, kann und darf ganz ein-

fach nicht ignoriert werden oder den dunklen Kräften der falschen Arzneiwissenschaften überlassen bleiben, wie dies Otto und Ludwig Prokop veranstalten. Damit schafft man erst diese vielen dunklen Kräfte, welche die Grenzen der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse durch Intuition und Spekulation sprengen wollen, sofern nicht viel primitivere Gedanken und Wünsche die Väter ihrer Ideen sind⁷⁴. Ganz sicher ist der Placeboversuch das stärkste praktische Argument gegen die Homöopathie⁷⁵. Ebenso aber ist die Homöopathie eines der stärksten praktischen Argumente für eine aufgewertete oder zumindest zur Kentniss genommenen Placebothherapie.

Es ist unbestritten, daß kausale Therapien, die zumindest scheinbar der klassischen Logik entsprechen und keine Widersprüche aufweisen seit HIPPOKRATES (oder schon früher,) die allergrößten Erfolge aufzuweisen haben und für den Fortschritt der Wissenschaft von einmaliger und unverzichtbarer Bedeutung sind. Aber so ganz von ungefähr macht sich in unserer doch so aufgeklärten Gesellschaft eine gewisse Wissenschaftsfeindlichkeit oder zumindest ein Mißtrauen gegenüber der sich allzu dogmatisch gebärdenden Naturwissenschaft, nicht breit. Warum haben in den Medien (inkl. TV) esoterisch gefärbte Berichte den größten Erfolg, warum stößt man jedesmal, wenn man in Vorträgen vor Laien die Naturwissenschaft verteidigt, auf überraschend starken Widerstand und warum ernten die esoterischen Schwätzer jedesmal stürmischen Applaus? Nicht, weil die Menschen prinzipiell geister- und zaubergläubige Dummköpfe sind, sondern weil sie den unberechtigten Hochmut der eiskalten Eierköpfe der sogenannten reinen Wissenschaft instinktiv ablehnen und durch deren Verächtlichkeit ihnen gegenüber geradezu ins wundergläubige Eck gedrängt werden. Das Glück des Menschen liegt eben in den Wundern, in den Geschenken und letzten Endes in der Liebe. Der Glaube kann Berge versetzen, das Wissen fragt dazu hilflos: warum? Warum

aber hilflos? Das muß doch gar nicht sein! Die ganze Natur, und vor allem der Mensch, ist doch für Alle ein unbegreifliches Wunder, das die klassische Naturwissenschaft keineswegs und niemals ausloten kann. Platz lassen also für Gedanken, die sich nicht allein auf Intuition und Spekulation verlassen, sondern suchende sind, die vielleicht doch einer neuen Logik näher kommen, die über die klassische hinausgeht! Dabei ist es wichtig, sich nicht nur in philosophischen Spitzfindigkeiten zu ergen, sondern praktische Ziele im Auge zu behalten, wenn auch die strengen Philosophen dabei die Nase rümpfen.

Für den Mediziner leuchtet vielleicht der Begriff Dyade besser ein. Die Urdyade beim Menschen ist, wie bei jedem Säugetier, die Dyade Mutter-Kind. Das Kind entwickelt sich ursprünglich am Ich der Mutter (als Du) vom Individuum zur Person. Es geht im Laufe seines Lebens noch zahlreiche Dyaden ein – zum Vater, zu den Geschwistern, zu Freunden, zu Lehrern und Geistlichen, und zu Partnern, die allesamt an seiner Persönlichkeitsentwicklung teilhaben und die auch ihrerseits zur Persönlichkeitsentwicklung ihrer Partner beitragen. In die Dyade Arzt-Patient treten sie im allgemeinen nur in einer Notlage ein, in der sie sich als Kranke mehr oder weniger von ihrem Selbst unterscheiden und wieder ins ursprüngliche Gleichgewicht zurückgeführt werden wollen. „Veränderungsvorgänge“ im Sinne HUSSELS? Die Epochen der ontologischen Geschichte des Menschen, wie sie MARCEL aufzeigt, sind primär die transzendente Relativierung der Welt, sekundär die verweltlichende Veränderung und tertiär das abschließende dialogische Selbstwerden. Dieses Selbstwerden vollendet sich nach MARCEL in der Liebe und hat Bestand in der Treue. Für HEGELS transzendente Sozialontologie wäre diese Stufung: Fürsichsein (These), Veränderung (Antithese), Zurückführung (Synthese). Würde für unser medizinisches Thema HEGELS Auffassung genügen? Vielleicht für das alltägliche Arzt-Patient-

Verhältnis, nicht aber für das Placebophänomen. Beim Placebophänomen verlangt es die *Aura curae* (LANGER), um zur Geltung zu kommen. Diese entspricht weitgehend dem Zwischen der Dialogiker, ob man nun Gott einweihen läßt oder nicht. Irgendwie fühlt sich der Arzt sowieso selbst als „Gott in weiß“ und doch sagt er, wenn es mit dem Patienten gut gegangen ist, mit großer Erleichterung: „Gott sei Dank“. Die *Aura curae* könnte man durch eine *Aura amoris* ersetzen (oder überhöhen), da sie nicht nur die verpflichtende Sorge um den Patienten beinhaltet, sondern auch die verantwortende Ethik im Sinne des augustinischen „*ama et fac quod vis*“ miteinbezieht. So wäre also wieder im Sinne der Hildegardmedizin „die Liebe mitten drin“ – auch im Placebophänomen.

Es taucht nun noch am Schluß die Frage auf: ist die Dialogik eine Aufforderung zur Rückkehr zum Schamanismus mit seinem ekstatischen Extrem – dem Seelentausch als Extremplacebo? Man könnte natürlich den Seelentausch als das höchste Ziel der Liebe exaltieren. Nein – das würde den Arzt, und jeden Partner, bei weitem überfordern.

Drei Ziele könnten es sein, die unsere Ausführungen über das bisher unerklärliche, widersprüchliche und überraschende Phänomen der Wirksamkeit des Scheins anstreben wollen: erstens ein Erreichen der Aufrichtigkeit bei unseren Ärzten, daß es keine Therapie ohne Placebophänomen geben kann. Zweitens eine klare Sicht, daß unsere strikte Naturwissenschaftlichkeit den Zugang von Person zu Person niemals artikulieren kann, und drittens die Überzeugung, daß die Türe zu unserem Schöpfer für die folgenden Generationen doch wenigstens mit einem noch so kleinen Spalt offengehalten werden sollte.

Referenzen

1. SPITZY K.H., „Dialogical Thinking in medicine and quality of life“, 3rd European Conference on Cancer

- Care & Pharmakoepidemiology, Linz (Austria) 1996
2. HITZENBERGER G. (HRSRG): „Compliance. Symposium 19/2“, Blackwell Wien 1995
3. SPITZY K.H.: „Das Placebophänomen“, in Kuemmerle, Hizenberger, Spitzky, „Klin. Pharmakol.“, Ecomed II/2/13, 1984
4. LANGER G., „Placebo: Jenseits von Schein und Störgröße“, Wien. Klin. Wschr. Wien 1987, 99/Sppl. 175
5. Als Sonderfall kann die Akzeptanz eines Medikaments gelten, das eine bisher tödlich verlaufende Krankheit erstmalig heilt, wie z. B. Streptomycin bei der Meningitis tuberculosa (SPITZY K.H., „Repräsentativer Einzelfall und Doppelblindversuch“, Z. f. Klin. Psychol. Psychother. 22, Heft 3, S. 218-228, 1974 (nach Vortrag im Jahr 1970))
6. Die Kurzdefinition von „Placebo“ lautet im „Klinischen Wörterbuch“ von W. PSCHYREMBEL (1986): „Scheinmedikament, unwirksame indifferente Substanz“.
7. BRODY H., „Placebos and the Philosophy of Medicine. Clinical, Conceptional, and Ethical Issues“. The University of Chicago Press, 1977, S. 1-164.
8. LESKY E.: „Meilensteine der Wiener Medizin“, Maudrich Wien 1981, S. 127.
9. V. WEIZÄCKER V., „Medizin und Logik (1951)“, Gesammelte Schriften Bd. 7, S. 353. Suhrkamp Frankfurt/M. 1987
10. V. WEIZÄCKER V., a.a.O. S. 360
11. BRODY H., a.a.O., S. 77 ff.
12. EBNER F.: „Schriften“ Bd. I. „Fragmente, Aufsätze, Aphorismen. Zu einer Pneumatologie des Wortes“, Kösel München 1919, S. 84 ff.
13. WIELAND W., „Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik“, Winter Heidelberg 1986
14. KUHN T.S.: „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“, Suhrkamp 1976, S. 32 : „Um als Paradigma anerkannt zu werden, muß eine Theorie besser erscheinen als die mit ihr im Wettstreit liegenden, sie braucht aber nicht – und tut es auch niemals – alle Tatsachen, mit denen sie konfrontiert wird, zu erklären“
15. MONOD J.: „Zufall und Notwendigkeit. Philosophische Fragen der modernen Biologie“, Piper, München 1971. In einem persönlichen Gespräch gab Monod zu, die „orphischen Urworte“ nicht zu kennen.
16. EIGEN M.: „Das Spiel“, Piper München 1975, S. 3, 7
17. MONOD J., a.a.O. S. 97 f.
18. SPANN O.: „Kategorienlehre“, Fischer Jena 1939
19. Ders. „Repräsentativer Einzelfall und Doppelblindversuch“, Z. f. klin. Psychol. Psychother. 22/3, 1974, S. 218
20. SACHS L., „Statistische Auswertungsmethoden“, Springer Berlin 1968
21. SPITZY K.H.: „Das Placebophänomen“ in Kuemmerle, Hizenberger, Spitzky: Klin. Pharm. 4. Aufl. 1984, S. II- 2.13
22. BEECHER H.K.: „The powerful Placebo“, JAMA, 1955, 159, S. 1602
23. SPITZY K.H.: „Dämon und Hoffnung. Dialogik in der

- Medizin“, Hasel Wien 1993
24. PIETSCHMAN H.: „Die Wahrheit liegt nicht in der Mitte“, Weitbrecht Stuttgart-Wien 1990, S.158 ff.
 25. PIETSCHMANN H., (1990) a.a.O. S.237
 26. Ebenda.: S.227 ff
 27. LANGER G., a.a.O. S.1
 28. BRODY H., a.a.O. S.32
 29. PLATON, „Symposion“, 199 C – 212 C.
 30. BURKERT W.: „Goes. Zum griechischen Schamanismus“, Rhein. Mus. 105, 1968, S.36
 31. HUNGER, a.a.O., S.129
 32. v. WEIZSÄCKER V.: „Gesammelte Schriften“, Suhrkamp Frankfurt/Main 1988, S.27 ff
 33. HILDEGARD von Bingen: „Der Mensch in der Verantwortung (liber vitae meritorum)“, Müller Salzburg 1972
 34. SUDHOFF K.: „Paracelsus, Spitalbuch. S. 369
 35. PIETSCHMANN H., a.a.O. S. 202, 1990
 36. WATZLAWICK P.: „Münchhausens Zopf“, Huber, Bern, Stuttgart 1988,
 37. Ebenda S. 158
 38. Ebenda S.164 f.
 39. PIETSCHMANN H., a.a.O., Ebenda: „Das ausgesprochene *Tao* ist nicht das *Tao*“. S. 144, 1990
 40. MONOD J., a.a.O., S. I.
 41. SPITZY K.H., a.a.O., S. 36 ff., 1993
 42. WULFF H.R., PEDERSEN S.A., ROSENBERG R.: „Philosophie of Medicine“, Blackwell, London 1986, S.78
 43. SPITZY K.H., Einordnungsmöglichkeiten der Homöopathie, 28. Intern. Kongr. f. med. Homöopathie, Berichte S.449
 44. SPITZY K.H., a.a.O. S. 5, 1984
 45. VÖGLER P., in VÖGLER und GADAMER: „Neue Anthropologie“, Thieme Stuttgart, 1972 Bd.2, „Theorienbildung in der Medizin und die Lehre von den Grundfunktionen“, S. 446 ff.
 46. Ebenda S. 449
 47. Ebenda., Bd. II. S. 11
 48. Ebenda, S. 10/11
 49. PROKOP O., in OEPEN und PROKOP: „Außenseitermethoden in der Medizin“ Wiss. Buchges. Darmstadt 1986, „Homöopathie“, S. 160 ff., ebenda T. Koch: „Akupunktur“, S. 126 ff.
 50. SPITZY K.H.: „Kann eine Metamedizin zwischen Paramedizin und der sogenannten Schulmedizin eine Brücke schlagen?“, Wiener Med. Wschr. 1990, 140/4, S.81
 51. WULFF, PEDERSEN, ROSENBERG, a.a.O. S. 121 ff.
 52. HEIDEGGER M.: „Sein und Zeit“ Niemeyer Tübingen 1967, S. 228 ff.
 53. JONAS H.: „Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen“, Insel Frankfurt/M. 1992, S.130
 54. KIERKEGAARD S.: „Begrebet Angst (Begriff der Angst)“, Samlede Vaerker, Bd. 6, S. 205
 55. SCHISCHKOFF G.: „Philosophisches Wörterbuch“, Kröner Stuttgart 1982, S. 544
 56. EBNER F.: „Ges. Schriften“, Seyr München 1963-65, Bd.I.
 57. BUBER M.: „Das dialogische Prinzip“, Lambert Schneider Heidelberg 1984
 58. METHLAGEL W., KAMPITS P., KÖNIG C., BRANDFELLNER F.J., (Hrsg.): „Gegen den Traum vom Geist“, Otto Müller Salzburg 1985
 59. BUBER M.: „Ich und Du“, Lambert Schneider Heidelberg 1983
 60. KOHN H., „Martin BUBER“ Fourier Wiesbaden 1979, S.274.
 61. BUBER M., a.a.O. S.301 ff, 1984
 62. DÜSING E.: „Intersubjektivität und Selbstbewußtsein“, Dinter Köln 1986, S. 175
 63. FICHTE J.G.: „Das System der Sittenlehre nach den Principien der Wissenschaftslehre“, Christin E. GABLER, Jena und Leipzig 1798, S.295
 64. DÜSING E., a.a.O., S.209
 65. FICHTE J.G., „Sonnenklarer Bericht an das größere Publikum über das eigentliche Wesen der neuesten Philosophie. Ein Versuch, die Leser zum Verständnis zu zwingen“, Realschulbuchhandlung Berlin 1801, S.202
 66. DÜSING E., a.a.O. S.261, 267
 67. BUBER M., a.a.O. S. 304, 1984
 68. HEINTEL E.: „Grundriß der Dialektik“, Bd. II. Wissensch. Buchges. 1984, S. 47
 69. THEUNISSEN M.: „Der Andere“ De Gruyter Berlin 1977, S. 347 ff.
 70. BUBER M.: „Ich und Du“, Lambert Schneider Heidelberg 1983, S. 24
 71. THEUNISSEN, a.a.O., S. 331
 72. Ebenda, S.355
 73. SPITZY K.H., a.a.O., S. 81, 1990
 74. Otto und Ludwig PROKOP: „Homöopathie und Wissenschaft“, Enke Stuttgart 1957 S. 178
 75. Ebenda, S. 143
 76. SPITZY K.H.: „Ethik der Arzneimittelforschung“ in KUEMMERLE, HITZENBERGER, SPITZY: „Klinische Pharmakologie“, Ecomed München 1994 Bd. I/ II-1.4.1. S. 9/10

Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen

Linus S. GEISLER

ZUSAMMENFASSUNG

Arztsein heißt im fundamentalen Sinne: verstehen und ermöglichen. Dieses Arztbild erscheint aber angesichts der technisch aufgerüsteten Apparatemedizin zunehmend als Utopie. Störungen in Arzt-Patienten-Beziehungen beruhen vorrangig auf Kommunikationsstörungen und -defiziten.

Arztsein ist ein in erster Linie sprechender Beruf. Nur eine professionelle Handhabung der Sprache in einer empathischen Haltung macht dieses ärztliche Instrument von höchster Wirksamkeit zu einem heilenden Instrument. Dabei ist die Kunst des Zuhörens für den Arzt noch wichtiger als das Sprechen.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung, Sprachlosigkeit, Kommunikation, Apparatemedizin, Ausbildung

ABSTRACT

To be a medical doctor in a fundamental sense means: understanding and making possible. This idea of a medical doctor seems to be nothing more than an Utopia, especially if one takes the present technical-apparatus-medicine into consideration. The breakdown in the doctor-patient relationship is mainly due to communication disturbances and deficiencies. To be a medical doctor is above all a „speaking vocation“. Only a professional handling of speech in an emphatic manner can make this most effective instrument of the medical doctor into a „healing instrument“. On the other hand being a good listener is even more important for a doctor than speaking.

keywords: doctor-patient relationship, inarticulation, communication, apparatus-medicine, training

*Kommt, reden wir zusammen!
Wer redet, ist nicht tot...*
(Gottfried BENN¹)

Der Patient hat den Eingriff gut überstanden. Sein altes Herz wurde ihm entnommen und das neue, von einer hirntoten Selbstmörderin stammende, eingepflanzt. Ein gewaltiger, lebensrettender Eingriff. Im Arztbrief an die einweisende Klinik kommt das Wort „Herztransplantation“ allerdings nicht ein einziges Mal vor. Die Rede ist immer nur von HTX,² und auch der Patient spricht später immer nur von seiner HTX. Erstaunlich, daß offenbar die Zeit nicht ausreicht, den Namen einer mehrstündigen, buchstäblich über Leben oder Tod entscheidenden Operation in voller Länge auszusprechen. Aber ist es wirklich eine Frage der Zeit? Ist die Einsparung von einem runden Dutzend Buchstaben wirklich Zeitersparnis? „Wo unsere moderne Medizin erfolgreich ist...“ schreibt Paul LÜTH³, „in den schweren Fällen, ist sie stumm. Das Wort ist Schnörkel, Beilage, jedenfalls kein genuiner Bestandteil der Therapie. Die Therapie ist averbal.“

Bei HIPPOKRATES hieß es: Erst das Wort, dann die Arznei, dann das Messer. Seit der Antike stand außer Zweifel, daß das Wort das wirkungsvollste Instrument des Arztes ist. Antiphon, der ca. 500 v. Chr. in Griechenland lebte, galt als Erfinder einer „Tröstungskunst“, die ihn berühmt machte. Er ließ den Kranken von seinem Leiden sprechen und half ihm mit einer Form der Rhetorik, die sich ebendiese Äußerungen des Kranken – ihrer Form wie ihrem Inhalt nach – zunutze machte. Mit anderen Worten: Er wandte damals die Methode an, die man heute gesprächstechnisch als „Spiegeln“ bezeichnet. So gelang es ihm, die Wirklichkeit des Patienten zu erfassen und sie so umzudeuten, daß der Kranke nicht mehr darunter litt, eine Methode, der sich auch heute die Gesprächstherapie bedient. Antiphon kam später nach Korinth und bekam an der Agora ein Haus. Damals durften Ärzte noch für sich wer-

ben. Und so brachte Antiphon ein Schild an seinem Haus an mit der Inschrift: „Ich kann Krankheiten durch Worte heilen.“

In seinem Dialog mit Charmides beschreibt Platon, wie Sokrates zu einem migränekranken Jüngling gerufen wird, bei dem er ein bestimmtes Medikament anwenden sollte, das er von den Thrakern bei einem Heerzug bekommen hatte. Aber Sokrates verwickelte den Patienten als erstes in ein Gespräch. Denn der Priesterarzt, ein Schamane des Gottes Zalmoxis, hatte ihm die Arznei unter der Auflage überlassen, sie nur anzuwenden, wenn er zuvor mit dem Kranken ein ausführliches Gespräch geführt habe. Die hellenischen Ärzte seien Krankheiten gegenüber deshalb häufig so ohnmächtig, weil sie, sobald ein Patient zu ihnen komme, sofort begännen zu trennen: das Auge vom Kopf, den Kopf vom Rumpf, den Rumpf von den Gliedern, die Glieder vom Körper und den Körper von der Seele.

Dort, wo Technologie noch nicht zum Sprachersatz geworden ist, läßt sich auch heute noch die unverfälschte Wirkung des Instrumentariums Sprache erleben. Dazu bedarf es freilich, sich in die Lebenswelt sog. „primitiver“ Kulturen zu begeben. Bei den Kalawayas, einem Indianerstamm in den bolivianischen Hochanden, ist das Wort das entscheidende Instrument des Medizinmannes. Das Heilungsritual findet immer im Kontext der Familie statt. Es wird viel Zeit auf die Einleitung des Gesprächs verwendet. Es gibt Anwärmphasen. Dadurch erfährt der Medizinmann sehr viel aus dem Leben seines Patienten: von seinen Sorgen, seinen Problemen und seinen Lebensumständen. Das Heilungsritual ist individuell auf den einen Patienten ausgerichtet. Das Ziel der Heilung – Herstellung von Gleichgewicht, Bannung von Gefahr, Stärkung der Seele – bleibt nie abstrakt oder unsichtbar; es wird *angesprochen*.

Sprache und Hochtechnologie scheinen in einer Art Scherenbewegung miteinander verbunden zu sein. In einem Vademekum für den an-

gehenden Arzt findet sich bereits 1896 folgende Empfehlung: „Hält sich ein Patient sehr lange bei der Konsultation auf... dann erhebe man sich von seinem Stuhle und gebe damit dem Patienten einen Wink, daß die Konsultation beendet sei... Lange Konsultationen schwächen die Wirkung der Verordnung ab und berauben den Arzt seiner Autorität.“⁴

Es ist sicher kein Zufall, daß diese spartanisch anmutende Verordnung ärztlichen Sprachgebrauchs zur Erhaltung der „Autorität“ des Arztes in die beginnende Hochphase naturwissenschaftlichen Handelns und Denkens und rasanter Technisierung der Medizin fällt, die dem Arzt ganz andere Möglichkeiten eröffnet, „Autorität“ zu konstituieren, als durch das Gespräch. Ist, so ließe sich provokativ fragen, die Sprache in der Medizin umso verzichtbarer, je mehr ihr Naturwissenschaft und Technik zu Gebote stehen? Macht Fortschritt stumm? In der vorwissenschaftlichen Ära der Medizin hatte der Arzt, neben der genauen Beobachtung des Kranken nur eine Möglichkeit, eine Diagnose zu stellen, nämlich mit dem Kranken zu sprechen, vor allem ein guter Zuhörer zu sein. Heute kann er aus einem EKG-Streifen und der Konstellation von zwei Enzymen die Diagnose „akuter Herzinfarkt“ mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit stellen, ohne den Kranken überhaupt gesehen zu haben, geschweige denn, auch nur ein Wort mit ihm zu sprechen.

Arztsein heißt in einem fundamentalen Sinne: verstehen und ermöglichen. Aber ist dieses Arztbild angesichts einer technisch bis an die Zähne gerüsteten Medizin nicht pure Utopie? Das Unbehagen, das uns im Spannungsfeld zwischen Mensch und Maschine überkommt, ist jedenfalls Realität. Die Kälte und Menschenferne, die den Kranken in der Anonymität moderner Großkliniken überfällt, wurzelt in der weitgehenden Sprachlosigkeit derartiger Institutionen. Dieses Unbehagen ist keineswegs ein Phänomen der Jetztzeit. Schon in der Grundsatzzrede von Karl JASPERS⁵: „Der Arzt im tech-

nischen Zeitalter“ aus dem Jahre 1958 kommt diese Verlorenheit zum Ausdruck:

„Die Diagnostik geschieht durch immer zahlreicher werdende Apparate und Laboratoriumsuntersuchungen. Die Therapie wird zur errechenbaren, immer komplizierter werden den Anwendung der Mittel für den durch diese diagnostischen Daten erschöpften Fall. Der Kranke sieht sich in einer Welt von Apparaten, in der er verarbeitet wird, ohne daß er den Sinn der über ihn verhängten Vorgänge versteht. Er sieht sich Ärzten gegenüber, von denen keiner sein Arzt ist. Der Arzt selber scheint dann zum Techniker geworden.“

Störungen in der Arzt-Patienten-Beziehung beruhen ganz vorrangig auf Kommunikationsstörungen und -defiziten⁶. Sachliche Divergenzen spielen eine weitaus geringere Rolle, als allgemein angenommen. Untersuchungen aus Deutschland, Österreich und den USA zeigen übereinstimmend, daß mehr als Dreiviertel aller Patienten der Meinung sind, der Arzt rede zu wenig mit ihnen, er höre nicht genügend zu, er verwende zuviele Fachtermini und gehe nicht genügend auf sie ein. Der Lehrbeauftragte für *Humanität in der Medizin* an der Universität Los Angeles, Dr. Norman COUSINS⁷, ist der Frage nachgegangen, welche Gründe Patienten dazu bewegen, ihren Arzt zu wechseln. Befragt wurden 1000 Patienten, die innerhalb von 5 Jahren ihren Arzt gewechselt hatten oder es in nächster Zeit tun wollten. 563 der 1000 verschickten Fragebögen kamen zurück. Typische Begründungen für den Arztwechsel waren: „Ich hatte den Eindruck, mein Arzt wollte meine Beschwerdeschilderung gar nicht hören, er schien es sehr eilig zu haben, mich an die Apparatemedizin weiterzuleiten.“

„Ich verstand gar nicht, was mir der Doktor erklärte, und war zu verwirrt und ängstlich, Fragen zu stellen.“

„Die Kunst des Anhörens ist für den Arzt wichtiger als das Sprechen.“

Gerade in der Intensivmedizin als dem kritischsten Feld einer vorrangig apparativ ausge-

richteten Therapie, zeigt sich, daß eben *nicht* die „Apparate“, sondern, die Menschen, die mit ihnen umgehen, Angst auslösen, und dies vor allem durch den Kommunikations- und Informationsmangel⁸. Untersuchungen an unseren eigenen Intensivpatienten ergaben, daß die den Kranken umgebenden Maschinerien eher als sicherndes Moment erlebt werden.⁹ Eine Gruppe österreichischer Anästhesiologen und Intensivmediziner, geleitet von G. PAUSER¹⁰, die das „Wiener Modell“ zur psychischen Betreuung schwer-kranker Patienten entwickelt haben, führte Untersuchungen auf drei Wiener Intensivstationen an 50 zufällig ausgewählten Patienten durch, um heraus-zufinden, aus welchen Elementen die *höchste Streßbelastung* auf der Intensivstation resultiert. Das Fazit war, daß die schwerste emotionale Belastung durch Informations- und Kommunikationsmangel zustande kam. Typische Antworten auf die Frage nach den Gründen waren:

„Daß ich nicht weiß, wie lange ich im Krankenhaus liegen muß.“

„Daß mir nur oberflächliche Informationen gegeben werden, was meinen Gesundheitszustand, meine Krankheit betrifft.“

„Daß ich nur so wenig und so kurzen Kontakt mit den Ärzten habe.“

„Daß mir keiner sagt, was die Ärzte als nächsten Schritt mit mir vorhaben.“

Im Zuge zunehmender computergestützter Diagnosesysteme gibt es schon Stimmen, wie die von James G. MAZOUÉ¹¹, die es als *unethisch* erachten, den „polyfunktionalen praktischen Arzt“ *nicht* durch eine computerisierte Form der Entscheidungsfindung zu „verdrängen“. Dies ist im übrigen nur eines von vielen Phänomenen, die die Elimination des Arztes durch sich selbst erkennen läßt.

Während bei den Expertensystemen immerhin noch eine Art Dialog zwischen Mensch (Arzt) und Computer erfolgt, zeichnen sich Entwicklungen ab, die derartige Systeme als obsolet erscheinen lassen. Mit der *Visionik* entsteht eine völlig neue technische Disziplin der

Wahrnehmung. Eine an einen Computer angeschlossene Videokamera analysiert ihre Objekte nicht für einen außenstehenden Betrachter, sondern für „die Maschine selbst“. Sie wird zur Seh-Maschine, die gleichsam blicklos sieht. Sie hat keinen Ausgang zur Erzeugung eines Bildes, einer Kurve oder einer Graphik auf einer „außen“ lokalisierten Oberfläche. Das Resultat der von ihr vollzogenen Interpretation ihrer Wahrnehmungen löst dann bestimmte Reaktionen der Maschine aus. Projiziert in die Vision einer zukünftigen Medizin ergibt sich das Szenario eines mit der Wahrnehmungsmaschine verkoppelten Patienten, bei dem die Maschine ihre „Wahrnehmungen“ (biochemische Parameter, Normabweichungen) in vorprogrammierte Reaktionen mit korrektiver Wirkung umsetzt. Mit anderen Worten, der Computer selbst behandelt – die Maschine als Heiler.

In diesen Wahrnehmungsvorgang ist ein Betrachter konventioneller Art, wie der Arzt, nicht mehr involviert. Der Arzt ist nunmehr nicht nur blind, weil ihm der Einblick in den Mensch-Maschinen-Komplex verwehrt ist, sondern er wird zum Opfer einer Blindheit höherer Ordnung. Er kommt in dem diagnostisch-therapeutischen Prozeß nicht mehr vor. Er ist zum unsichtbaren Blinden geworden, der sich vielleicht noch in nostalgischer Anwendung an die Zeiten der Arzt-Apparate-Patientenbeziehung erinnert.¹²

Technik erzeugt eine neue Sprache, die den Menschen zum Aggregatträger, zur technischen Maschine reduziert („Batteriewechsel“). Der Sohn einer meiner Patientinnen fragte mich nach einer „Betriebsanleitung für unsere Mutter“ nach der Entlassung. Technik bedient sich merkwürdig oft der Sprache der *Kriegsführung*, vor allem in der Onkologie. Da ist von *Abwehrkräften* die Rede, von *aggressiver* Therapie, von *invasivem* Wachstum, von *radikalem* Eingriff, von *Beschießen* mit Strahlen oder von *Killerzellen* (Suzan SONTAG¹³).

Technik produziert alternative Realitäten. Schon im Turmbau zu Babel 1931 sagt Egon

FRIEDEL¹⁴: „Es gibt keine Realitäten mehr, sondern nur noch Apparate: Eine Welt von Apparaten, ersonnen im Gehirn eines boshaften und wahnsinnigen Doktor Mirakel.“ Die sogenannten „harten Daten“, die die Technik liefert, werden um Potenzen höher bewertet, als die sog. „weichen Daten“, die der Kommunikation mit dem Kranken entspringen. Ein typisches Verhalten in der klinischen Therapie ist das „Spiegel-Denken“, wie Frank PRAETORIUS¹⁵ es einmal genannt hat: Die Ausrichtung der Behandlung vorrangig an Arzneimittel-Spiegeln im Blut unter weitgehender Ausblendung des Patienten. Der erfahrene Kliniker allerdings weiß, wie viele seiner schwierigsten Diagnosen er den weichen Daten des klinischen Blicks verdankt, und daß diese sich weitgehend der digitalen Erfassung entziehen.

Der Einzug der virtuellen Realität in die Medizin, vor allem in die Edukation, wird zu einer „Medizin des Scheins“¹⁶ und damit einer weiteren mentalen Distanzierung zwischen Medizinern und Patienten führen. Der „digitale Leichnam“ als Ersatz für die studentische Ausbildung im Sezierraum oder als Übungsobjekt für angehende Chirurgen ist bereits in den USA und Australien Wirklichkeit¹⁷. Der Horizont der Wirklichkeitserfahrung wird hier nicht mehr von der Sprache, sondern von den Computer-Kenndaten begrenzt. Es drängt sich die Frage auf, ob die Erkenntnis Ludwig WITTGENSTEINS¹⁸: „Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt.“ nicht abgeändert werden muß: Die Grenzen meines Rechners sind die Grenzen meiner Welt.

Technik neigt dazu, den ärztlichen Blick zu verstellen. Auch im Zeitalter von Kernspintomographie und Immunassaytechniken ermöglichen sorgfältige Anamnese und gründliche klinische Untersuchung in mehr als 70 % eine taugliche diagnostische Arbeitshypothese. Aber ärztliches Vertrauen baut oft weit mehr auf Technik als auf das Gespräch mit dem Kranken. Technik verbreitet für den Patienten ein Klima der Undurchschaubarkeit. Eine ty-

pische Situation ist das Visitenengespräch mit rein technischen Inhalten, das für den Patienten unverständlich abläuft und Unmündigkeit produziert, und dies in einer Zeit, in der das Schlagwort vom „mündigen Patienten“ floriert. Sehr treffend schreibt Thomas BERNHARD aus leidvoller eigener Erfahrung in seinem Buch „Der Atem“:¹⁹ „Die Visite, der Höhepunkt an jedem Tag, war gleichzeitig immer die größte Enttäuschung gewesen“. Die Innenwelt des Patienten wird weitgehend ausgeblendet, ganz zu schweigen von Fragen, die die „letzten Dinge“ berühren. Da Kommunikation keine Einbahnstraße darstellt, sondern einer zirkulären Gesetzmäßigkeit gehorcht, verwundert es nicht, daß auch die Patienten sich auf Vordergründigkeiten ihres Krankseins zurückziehen. So führt ENGELKE²⁰ in seinem Buch „Sterbensranke und die Kirche“ aus, daß nur 5% der Todkranken religiöse Fragen ansprechen und auch nur 5% um religiösen Zuspruch bitten. Sind andere Personen im Raum, schrumpft der Prozentsatz auf Null. In einer eigenen Untersuchung an fünfzig ehemaligen Patienten unserer Intensivstation wurde auch die Frage gestellt: „Hatten Sie während der Behandlung auf der Intensivstation das Bedürfnis nach geistlichem Zuspruch?“. Vierundvierzig Patienten antworteten mit „nie“, zwei mit „manchmal“ und lediglich zwei mit „sehr oft“.²¹

So spielen sich Gesprächsrituale zwischen Arzt und Patient ein, die oberflächlich die Merkmale einer freundlichen, ja sogar zugewandten Kommunikation tragen können, in der Tiefe aber empathisch leer sind und von einem emotionalen Analphabetismus zeugen. Vollends zur Waffe, die tiefe Wunden schlagen kann, wird das Instrument Sprache besonders in den Händen jenes Typus von Arzt, dessen Menschenbild nach ausschließlich rationalen Denkstrukturen zusammengefügt ist. Eine Patientin mit inoperablem Brustkrebs, die über ihren Haarverlust durch die Chemotherapie klagt, erhält von ihrer erstaunten Ärztin die

Antwort: „Ist denn Haarverlust ein Ich-Verlust? Ich verstehe gar nicht, daß das Ich so in den Haaren liegt.“ Einem 27jährigen Patienten mit angeborenem Herzfehler, der zur Herztransplantation vorgesehen ist, wird vom Kardiochirurgen in munterem Stil eröffnet: „Statistisch gesehen leben Sie schon zehn Jahre länger, als es zu erwarten gewesen wäre.“

Kann der ärztliche Beruf, über den der Münchner Medizinhistoriker Hermann KERSCHENSTEINER²² einmal gesagt hat, er sei wunderlicher Natur, und immer wieder würden geistvolle Köpfe darüber nachdenken, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft, das Wesentliche sei, auf das Gespräch mit dem Kranken zunehmend verzichten? Sprache quasi nur noch als Luxuskonsumption? HEIDEGGER gebraucht das Bild von der Sprache als dem „Haus des Seins“²³. Ohne Sprache ist der Mensch ein Unbehauster, ungeborgen, grenzenlos einsam. „Ohne die Sprache“, so HEGEL, „wäre nur die bewußtlose Nacht“²⁴.

Es ist bemerkenswert, wie gerade die philosophischen und soziologischen Erkenntnisse der zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts, die die unglaubliche Bedeutung des Dialogischen für die menschlichen Beziehungen offen gelegt haben, von der Wucht der Hochtechnologie verdrängt wurden. Dem österreichische Philosophen Ferdinand EBNER, dem Soziologen ROSENSTOCK-HUESSY und dem französische Denker Gabriel MARCEL ist vor allem die Einsicht zu verdanken, daß die personale Wirklichkeit des Menschen nicht in der Entfaltung der Autonomie des Subjekts zu suchen sei, sondern in der Beziehung von Subjekt zu Subjekt, vom Ich zum Du, und daß sich diese Beziehung grundlegend in der Sprache, im Dialog realisiert.²⁵ Menschliche Personen, hat GUARDINI sinngemäß gesagt, gäbe es nicht „in der Einzahl“. Noch am ehesten haben die Psychiatrie und die Psychotherapie der Einsicht vom dialogischen Charakter der menschlichen Person Rechnung getragen (z.B. Hans TRÜB²⁶). Untermauert wur-

den diese Erkenntnisse durch Ergebnisse der Entwicklungspsychologie und physiologische Experimente mit Einschränkung von Sinnesreizen. Sie alle zeigten, daß Menschen weder körperlich noch seelisch das gänzliche Fehlen von Kommunikation mit anderen überstehen können.²⁷

Im Grunde sind diese Erkenntnisse nicht neu. Frater SALIMBENE aus Parma berichtet in seiner Chronik über Kaiser FRIEDRICH II, der die Ursprache des Menschen herausfinden wollte. Zu diesem Zweck ließ er mehrere Kinder von Geburt an von Ammen aufziehen, die den Auftrag hatten, sich der Kinder in jeder Weise anzunehmen, aber nicht in ihrer Gegenwart zu sprechen. Der Kaiser hoffte auf diese Weise herauszufinden, ob die Kinder spontan beginnen würden Hebräisch, Arabisch, Griechisch oder Latein zu sprechen. Leider scheiterte das Experiment kläglich: „Es war verlorene Mühe, denn die Kleinen starben alle.“²⁸

Die Ich-Einsamkeit des Subjekts, noch verstärkt durch die Isolation, die fast jede Krankheit mit sich bringt (man wird sofort an die Verlorenheit des Menschen in Großkliniken erinnert), ist nur durch die Sprache zu überwinden, wobei Sprache für jede Form der zwischenmenschlichen Kommunikation steht. Wird dieser Aspekt verdrängt, wie zum Beispiel in der Transplantationsmedizin, so erscheint es nur folgerichtig, dem Hirntoten, trotz seiner immer noch bestehenden Einbindung in einen sozialen Kontext (Angehörige, Pflegekräfte) den Status des Personseins abzusprechen. Eine „leere Körperhülle“ soll der hirntote Mensch sein, so wird uns heute gesagt,²⁹ ein *herrenloses, verfügbares Gut*³⁰. Dies ist die Stimme, die der Instrumentalisierung des Menschen das Wort redet.³¹ Dieses Menschenbild geht vom Sterbenden und Toten als verfügbarer Biomasse aus. Der Körper wird zur käuflichen und verkäuflichen Ware, seine Teile sind zur kommerziellen Verwertung freigegeben.³² Die cartesianische Betrachtungsweise des menschlichen Körpers als defekter, reparatur-

bedürftiger Maschine, deren Teile ersetzt werden können, prägt zwangsläufig auch den Dialog mit den möglichen Nutznießern einer solchen Therapieform und deren Selbstbild. „Sie interessieren sich hauptsächlich für mein Herz und meine Lunge“, sagt die junge Organempfängerin. „Aber das sind ja gar nicht meine Organe. Das bin ich nicht. Mich gibt es nicht mehr.“³⁴ Hier ist die Sprache zwischen Arzt und Patient reduziert auf die Mitteilung sachlicher Inhalte und ihres eigentlichen Wesens als Symbol und Medium, interpersonaler Beziehungen beraubt.

Arztsein ist ein in erster Linie sprechender Beruf³⁴. Nur eine professionelle Handhabung der Sprache in einer empathischen Haltung macht dieses ärztliche Instrument von höchster Wirksamkeit zu einem heilenden Instrument. Die unprofessionelle, die unreflektierte, die unkultivierte Sprache hingegen wandelt sich zum höchstgefährlichen Instrument, das Wunden mit lebenslangen Narben setzen und im äußersten Fall töten kann. Es ist kein Zufall, wenn Dolf Sternberger im „Wörterbuch des Unmenschen“ ausführt, daß sich „in der Sprache alles Menschliche bezeugt, niederschlägt und ablagerst: das Menschliche, das allzu Menschliche und auch das Unmenschliche“.

Aber verstehende und helfende Sprache fällt dem Arzt nicht in den Schoß. Verstehende Medizin setzt eine Sprache voraus, die natürlich und kunstvoll zugleich ist. Dieses Sprechen kann, zumindest was die gesprächstechnischen Fertigkeiten und die Einstellung, in der dieses Sprechen erfolgen sollte, gelehrt und gelernt werden. Die ärztliche Realität steht dazu in eindeutigem Widerspruch. Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte mit der Thematik „Kommunikation“ zählen zu den notorisch am schwächsten besuchten Kongressen. Vor einigen Jahren veranstaltete der Verband der Österreichischen Krankenschwestern in Salzburg eine Tagung zum Thema Kommunikation im Krankenhaus. Geladen waren auch rund 500 Ärzte. Außer den Referenten erschien kein einziger.³⁵

Der Ruf nach der „sprechenden Medizin“ ist zwar unüberhörbar laut und der neue EBM-Katalog umfaßt eine ganze Reihe von Ziffern für „sprechende Medizin“. Sprechende Medizin wird also zwar differenziert honoriert, aber sie wird nicht gelehrt. Gebrauchtwagenhändler, Pharmavertreter und Aktienverkäufer, die sich fraglos heute alle als sprechende Berufe verstehen, wissen, daß sie ohne ein professionelles Gesprächstraining hoffnungslos auf der Strecke bleiben. Für den angehenden Arzt existiert nicht einmal im Ansatz ein Minimum an Ausbildung und Training im Arzt-Patienten-Dialog. Der Student, der Arzt im Praktikum, der junge Assistenzarzt und der spätere praktische Arzt sind, was das ärztliche Gespräch anbetrifft, Amateure, und – wenn es gut geht – Autodidakten, bestenfalls Naturtalente. Sie gehen in einen Beruf, in dem die Umsetzung der Möglichkeiten von High-Tech-Medizin und der verstehende Umgang zwischen Arzt und Patient nur im Gespräch zu realisieren sind, mit einem Ausbildungsdefizit, das fassungslos macht. Eine Edukation, deren Resultate in einer Art Kreuzworträtseltechnik mittels multiple-choice-Verfahren geprüft werden, hat keinen Raum für die dialogische Seite ihres Gegenstandes.

Die Schwierigkeiten und Probleme der Medizin von heute sind nicht in erster Linie Probleme, die durch eine hochtechnisierte Apparatemedizin entstanden sind, sondern durch die Unzulänglichkeiten der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die natürlich in einer Welt voller technischer Möglichkeiten besonders fatal zu Buche schlagen. High-Tech-Medizin auf der einen Seite und eine Art Steinzeit-Kommunikation auf der anderen Seite kennzeichnen den Spannungsbogen!

Was also dringend nottut, ist eine grundlegende Erneuerung dieses Ausbildungskonzeptes. Wenn dieses Konzept nicht eine hochqualifizierte Ausbildung zum Arzt-Patienten-Dialog beinhaltet, dann wird die moderne Medizin in der permanenten Gefahr bleiben, als High-

Tech-Medizin zur sprachlosen, zur stummen Medizin zu degenerieren. Sprechen und Gesprochenes zu hören und zu verstehen, sind ein einzigartiges Privileg des Menschen. Eine Medizin, die sich nicht aller Möglichkeiten der sprachlichen Kommunikation bedient, muß zwangsläufig unzulänglich bleiben und sich zur Gefahr entwickeln: Denn eine sprachlose Medizin ist letztlich eine inhumane Medizin.

In seinen Gedankenskizzen über das, was wichtig ist, schreibt Karl POPPER³⁶: „Der größte Schritt in der Evolution war die Entwicklung der spezifisch menschlichen Sprache. Sie machte uns zu völlig bewußten Wesen, unserer selbst und unserer Aufgabe bewußt. Sie bewirkt, daß wir anderen Antwort geben können – sie machte uns *verantwortlich*. „Menschliche Kommunikation“ ist im Kern immer weitaus mehr als Informationsvermittlung. „Unsere Verantwortung für das Wort und gegenüber dem Wort“, so sagte Vaclav HAVEL, anlässlich der Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels „ist durchaus, nicht nur eine linguistische, sondern eine wesenhaft sittliche Aufgabe.“³⁷

Dieses Ausbildungsziel, das im Grunde nur uralte ärztliche Werte in einem hochtechnischen Zeitalter zur Erneuerung zu bringen versucht, muß von den Ausbildungsstätten des Arztes, von den Universitäten, ausgehen. Hier muß von Anfang an den Studenten parallel zu den ersten klinischen Kontakten mit dem Patienten, das gesprächstechnische Handwerk gelehrt werden. Die Sprachlosigkeit der meisten Studenten, auch höherer Semester am Krankenbett ist bestürzend. Hier müssen vor allem Hochschullehrer, die als *Ärzte* die ganze Vielfalt des Arzt-Patienten-Dialogs beherrschen, diese Fähigkeiten den angehenden Ärzten vermitteln, und zwar in einem strukturierten, aber lebendigen, stets den Patienten miteinbindenden Ausbildungskonzept. Der sprechende, hörende und verstehende Arzt ist hier als Lehrer gefragt und erst in zweiter Linie der Psychologe, Rhetoriker oder Linguist. Einer der wich-

tigsten Ansprüche, die an die Medizin unserer Tage zu richten ist lautet: Zurück zur Sprache!

Der amerikanische Onkologe Bernie SIEGEL fragte eine seiner krebskranken Patientinnen als Vorbereitung auf eine Rede, die er vor hundert medizinischen Studienabgängern zu halten hatte, nach dem wichtigsten Ratschlag, den er den jungen Doktoren geben könnte. Die Antwort der Patientin fiel anscheinend erstaunlich einfach aus: „Sagen Sie ihnen, daß sie an meine Türe klopfen, mich begrüßen und auf Wiedersehen sagen sollen und daß sie mir in die Augen sehen sollen, wenn sie mit mir reden...!“

Wie so häufig gelingt es auch bei der Gewichtung der menschlichen Dialogfähigkeit den Dichtern am besten, mit wenigen Worten den Finger in die Wunde zu legen. So läßt FONTANE³⁸ die Prinzessin sagen:

„Sogenannte Medikamente sind und bleiben ein armer Notbehelf; alle wahre Hilfe fließt aus dem Wort. Aber freilich, das richtige Wort wird nicht überall gesprochen.“

Die Entgegnung lautet: „Gewiß, Durchlaucht, das Wort ist die Hauptsache. Das Wort ist das Wunder; es läßt uns lachen und weinen; es erhebt uns und demütigt uns, es macht uns krank und macht uns gesund. Ja, es gibt uns erst das wahre Leben hier wie dort.“

Literatur

1. BENN, G.: Kommt. Gesammelte Gedichte; Limes Verlag Wiesbaden, und Verlag der Arche, Zürich 1956
2. Geläufige Abkürzung in der Transplantationsmedizin für Herztransplantation.
3. LÜTH, P.: Tagebuch eines Landarztes. Stuttgart, 1983
4. WOLFF, J.: Der praktische Arzt und sein Beruf. Vademecum für den angehenden Praktiker. Stuttgart 1896.
5. WITTEN, R.: Kontinuität und Wandel des Arztbildes im Abendland. In: GEßLER, U., R. PILGRIM, B. GME-LIN: Der Arzt. Dustri-Verlag, München-Deisenhofen. 1991.
5. JASPERS, K.: Der Arzt im technischen Zeitalter. Klin. Wschr. 36 (1958), 1037-1043
6. GEISLER, L.S.: Arzt und Patient im Gespräch. Dt. Ärzteblatt 50, 1988, 3568-3574.
7. COUSINS, N.: How Patients Appraise Physicians. N Engl j Med 28, 1985, 1422-1424

8. HENSEL, G.: Humanität auf der Intensivstation aus der Sicht des Patienten. *Arzt und Krankenhaus*. S. 294-296. 1986.
9. GEISLER, L.S.: Kommunikation auf der Intensivstation. In Vorbereitung.
10. PAUSER, G., H. BENZER, B. BUNZEL, CH. GOLLNER, N. MUTZ und H. THOMA: Die psychologische Betreuung von Intensivpatienten – das Wiener Modell. In: HANNICH, H.-J., et al. (Hrsg.): *Psychosomatik der Intensivmedizin*. Thieme, Stuttgart – New York 1983
11. MAZOUÉ, J.G. Diagnosis without doctors. *J Med Philos*, 1990, 15(6) p559-79
12. GEISLER, L.S.: Nach uns die Maschine? Das Menschenbild der modernen Medizin. *FAZ*, Mittwoch 4. August 1993, Nr. 178, S. N 4.
13. S. SONTAG: *Krankheit als Metapher*. Fischer-Verlag, Stuttgart. 1981
14. Egon FRIEDEL: *Der Turmbau zu Babel*, 1931)
15. PRAETORIUS, F.: „Siegel-Denken“ in der klinischen Medizin. *Dtsch.med.Wschr.* 116 (1991), 1125-1126
16. GEISLER, L.S.: Medizin des Scheins? Virtuelle Realität und Medizin. *Deutsches Ärzteblatt* 91,13, 1994, B 672-675
17. SHERMAN, B., PH. JUDKINS: *Glimpses of Heaven, Visions of Hell*. Hodder & Stoughton. London, Sydney, Auckland. 1992.
18. WITTGENSTEIN, L.: *Logisch-Philosophische Abhandlungen*. Humanities Press, New York, 1951.
19. BERNHARD, Th.: *Der Atem*. DTV 1978
20. ENGELKE, E.: *Sterbenskranke und die Kirche*. Kaiser-Grünewald Verlag, München. 1980.
21. GEISLER, L.S., P. FLEMM: Gott im ärztlichen Gespräch? *Erfahrungsheilkunde* 7, 365-370, 1994
22. KERSCHENSTEINER, H.: z.n. Wittern, R.: Kontinuität und Wandel des Arztbildes im Abendland. In: GEßLER, U., R. PILGRIM, B. GMELIN: *Der Arzt*. Dustri-Verlag, München-Deisenhofen. 1991.
23. HEIDEGGER, M.: *Sein und Zeit*. *Jahrbuch der Philosophie und phänomenologischen Forschung* 1927
24. HEGEL, G.W.F.: zit.n. Stierlin, H.: Zwischen Sprachwagnis und Sprachwirrnis. In WATZLAWICK, P., P. KRIEG (Hrsg.): *Das Auge des Betrachters*. Piper. München - Zürich 1991.
25. LANGEMEYER, B.: Die Entdeckung des Dialogischen in den menschlichen Beziehungen. In: *Sprachlose Medizin? Referate des fünfzehnten Ärztetages im Bistum Essen*. Verlag Wort und Werk, St. Augustin, 1982.
26. TRÜB, H.: *Heilung aus der Begegnung*. Stuttgart 1952
27. GADAMER, H.G., P. VOGLER: *Neue Anthropologie*. Thieme Verlag Stuttgart. 1975
28. WATZLAWICK, P., J.H. BEAVIN, D.D. JACKSON: *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern, Stuttgart, Wien 1974
29. SCHÖNE-SEIFERT, B.: Stellungnahme zum Transplantationsgesetz am 28.Juni 1995 vor dem Gesundheitsausschuß des Bundetages in Bonn.
30. SCHOEPE, W.: Der Leichnam gesetzlich ein herrenloses Gut. *FAZ*, 22.Juli 1994. S.8.
31. GEISLER, L.S.: Organtransplantation aus medizinischer Sicht. Ethische, gesundheitspolitische Fragestellungen und gesellschaftlicher Rahmen. *Wege zum Menschen*. 48,4, 1996, 211-224
32. PLÖCHL, G. (Hrsg.): *Ware Mensch*. Linde Verlag Wien. 1996.
33. Wellendorf, E.: *Mit dem Herzen eines anderen leben*. Kreuzverlag. 1993.
34. GEISLER, L.S.: *Arzt und Patient. Begegnung im Gespräch*. 3. Aufl. Frankfurt am Main 1992
35. v. LUTTEROTTI M.: *Sprachlose Medizin. Von der Funktion des Gesprächs in der Ärztlichen Praxis*. Referate des fünfzehnten Ärztetages im Bistum Essen. Verlag Wort und Werk, St. Augustin, 1982.
36. POPPER K.: *Gedankenskizzen über das, was wichtig ist*. In: Dürr H.P., W. Ch. Zimmerli (Hrsg.): *Geist und Natur*. Huber, Bern 1989.
37. HAVEL, V.: *Rede anlässlich der Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels*. 1989.
38. FONTANE, Th. : *Werke*. Hg. von v.K.Schreinert.1968-71

„Patientenvertrauen und Kollegialität“

DIE 79-jährige Patientin ist bereits seit Jahren bei einem Internisten in Behandlung. Mit 52 Jahren mußte sie sich einer gynäkologischen Abdominal-Totaloperation unterziehen, 10 Jahre später wurde ihr die Gallenblase entfernt. Sonst war sie nie ernsthaft krank, lediglich in den letzten Jahren war der Blutdruck erhöht.

Die Patientin suchte nun die Ordination jenes Internisten auf, da sie plötzlich starke Schmerzen im rechten Oberbauch verspürte. Sie hatte dabei keine Übelkeit, es kam auch zu keinem Erbrechen. Sie klagte jedoch über Stuhlunregelmäßigkeiten schon seit Wochen, auch in den letzten 2 Tagen habe sie keinen Stuhl gehabt. Der Internist konnte bei der Untersuchung keine Ursache für diese Beschwerden feststellen und legte seiner Patientin einen Spitalsaufenthalt nahe; er meinte, die Beschwerden müßten abgeklärt werden.

Am nächsten Tag, Donnerstag, wurde die Patientin an einer internen Abteilung aufgenommen. Bei der Aufnahme befand sich die 79-jährige in einem guten Allgemeinzustand; leichter Druckschmerz im rechten Oberbauch, keine Resistenz palpabel; Leber am Rippenbogen, Milz nicht palpabel; Nierenlager rechts leicht klopfschmerzhaft. Bei der Blutuntersuchung zeigte sich eine mäßige Erhöhung der Blutsenkung; Leber- und Nierenparameter im Normbereich, Blutfette erhöht; rotes Blutbild unauffällig; Leukozyten 8100; im Harnbefund Nitrit und Bakterien positiv.

Auch die anderen Routineuntersuchungen wie EKG, Röntgen Cor-Pulmo brachten keine pathologischen Befunde. Da aber die Schmerzen im rechten Oberbauch noch vorhanden waren, sollte die Patientin weiter in Observanz bleiben. Am nächsten Morgen, die Patienten

gab an, ganz gut geschlafen zu haben, wurde eine Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme gemacht, die ein geblähtes Quercolon und etwas pathologische Luft im Dünndarm zeigt. Laut Oberbauchsonographie waren Leber, Pankreas und Milz unauffällig, es zeigte sich jedoch eine Ptose beider Nieren, wobei die rechte Niere in der von der Patientin angegebenen schmerzhaften Region liegt, die Nierenstruktur selbst jedoch unauffällig ist.

Aufgrund der persistierenden Schmerzsymptomatik verabreichten die behandelnden Ärzte 2 x Tramalinjektionen sc. Die Patientin gab bei der Vormittagsvisite an, daß sie noch immer keinen Stuhl hätte. Daraufhin entschloß man sich zur Verabreichung von 2 Klysmol. Einige Zeit später erhielt die Patientin einen hohen Einlauf. Mittags hatte sie keinen sonderlichen Appetit, sie wollte auch nicht trinken. Daher wurden ihr zur Flüssigkeitssubstitution 500 ml Ringerlösung infundiert. Die Patientin klagte weiterhin über Schmerzen, meinte aber, daß sie sich nicht weiter Sorge, da sie sich sehr gut betreut fühle. Es wurde mit ihr vereinbart, daß sie sich bei weiterem Persistieren der Schmerzsymptomatik an die diensthabenden Ärzte wenden sollte. Die Beiziehung eines Chirurgen wäre vorerst nicht notwendig. Bis zur Freitag-Nachmittagsvisite hatte die Patientin immer noch keinen Stuhl gehabt. Das Abdomen war weich, etwas gebläht, mäßiger Druckschmerz am rechten Rippenbogen, Darmgeräusche eher flau, aber vorhanden. Auf die beunruhigte Frage der Patientin, was mit ihr weiter geschehen würde, gab der diensthabende Arzt an, er müsse noch abwarten, um zu sehen, wie sich die Symptomatik weiter entwickle. Kurze Zeit später wollte die Patientin unbedingt Ausgang

haben. Gegen den ausdrücklichen Rat des diensthabenden Arztes und auf eigene Gefahr hin wollte sie unbedingt in ihre nahe gelegene Wohnung gehen. Dort habe sie Dringendes zu erledigen. Zirka zwei Stunden später kam ein überraschender Anruf an die Telefonzentrale des Spitals, wobei die Information weitergegeben wurde, daß sich die Patientin gerade im Spital eines Randbezirkes befinde, wo sie aufgrund eines Darmverschlusses notoperiert werden mußte. Sie wäre wohl auf, man hätte ihr jedoch die septische Milz entfernen müssen. Die Patientin selbst meldete sich nicht mehr.

Mehrere Wochen später tauchte die Patientin wieder in der Ordination des behandelnden Internisten auf. Sie gab an, daß sie sich damals aufgrund der ständigen Schmerzen und der eher abwartenden Haltung der Ärzte sehr verunsichert gefühlt habe. Auf das Drängen einer Freundin hin nahm sie Kontakt zu einem Chirurgen auf, der ihr schon vor acht Jahren großes Vertrauen eingeflößt hatte. Damals habe sie sich einer Gallenblasenoperation unterziehen müssen und die Operation wäre vorzüglich

verlaufen. Jener Arzt nun stellte bei einer Untersuchung in seiner Ordination fest, daß die Patientin dringend operiert werden müsse. Er empfahl ihr mit der Schnellbahn zum Spital eines Randbezirkes von Wien zu fahren, dort würde er sie dann weiterbehandeln können. Tatsächlich wurde die Patientin von ihm dort notfallsmäßig operiert.

Im Operationsbericht heißt es, daß im Bereich der linken Colonflexur eine volvulusartige Veränderung des Dickdarms mit Stenosierung zu finden war. Über eine Enterotomie des Dickdarms im Bereich des Transversums wurde reichlich Flüssigkeit und Luft abgesaugt. Die Milz war vergrößert und mit eitrigem Ablagerungen behaftet, worauf man sich zu einer Splenektomie entschloß. Im histologischen Befund wird die Milz unauffällig mit regulärem Aufbau beschrieben, lediglich die weiße Pulpa war etwas reduziert, die rote verbreitert, entsprechend einer Stauung. Die Appendix, deren Entfernung im Operationsbericht nicht erwähnt wurde, war apikal fibrös obliteriert, im Sinne einer Appendicopathie mit neurogener Betonung.

Kommentar zum Fall: „Patientenvertrauen und Kollegialität“

Titus GAUDERNAK

ZUERST möchte ich noch kurz auf den Fallbericht eingehen.

Für den Leser besteht ein Informationsdefizit. Zum Beispiel wissen wir nicht, ob der behandelnde Internist in der Ordination auch auf der internen Abteilung, an der die Patientin dann behandelt wird, eine Rolle spielt. Wir wissen auch nichts Konkretes über den Gesprächsverlauf zwischen der Patientin und dem diensthabenden Arzt, wobei es sich offensichtlich um verschiedene diensthabende Ärzte, im Rahmen eben eines Spitalsroutinebetriebes handelt. Unklar und unverständlich ist auch, warum der Chirurg die Patientin in der Ordination für dringlich operationsbedürftig erachtet, sie aber mit der Schnellbahn und nicht mit der Rettung in ein Spital weitersickt. Wir haben auch keine Ahnung darüber, wer angerufen bzw. die Information an die Telefonzentrale weitergegeben hat. Unklar ist weiters, inwieweit der klinische Befund der Milzvergrößerung mit den eitrigen Ablagerungen, mit dem negativen Sonographiebefund und dem negativen histologischen Befund zusammenpaßt. Mit einiger Wahrscheinlichkeit dürften die volvulusartigen Veränderungen des Dickdarmes mit Stenosierung die Symptomatik ausgelöst haben.

Es sind also eine Menge von Ungereimtheiten, die uns aber nicht vom Wesentlichen ablenken sollen. Es heißt nämlich in der Überschrift: „Patientenvertrauen und Kollegialität“ und wir haben uns bei der Analyse dieses Falles weniger mit den medizinischen Fakten – und ob hier korrekt oder unkorrekt behandelt wurde – zu befassen, als vielmehr mit dem Verhalten der Patientin und mit dem Verhalten der behandelnden Ärzte untereinander.

Es ist offensichtlich, daß in dieser Geschichte das Vertrauen der Patientin in den Chirurgen sehr hoch, das Vertrauen in die diensthabenden Ärzte an der internen Abteilung aber sehr gering bzw. dann überhaupt nicht mehr vorhanden war. Auch zu dem in der Ordination tätigen Internisten ist noch ein gutes Vertrauensverhältnis vorhanden, die Patientin sucht ihn ja immerhin nach der ganzen Geschichte neuerlich auf.

Es ist uns gänzlich unverständlich, worauf sich das Vertrauen der Patientin gründet, es erscheint uns fast irrational. Der Geschichte entnehmen wir, daß sich die Patientin auf das Drängen einer Freundin an den Chirurgen wendet, der ihr schon vor einigen Jahren großes Vertrauen eingeflößt hat. Letztlich hatte auch eine Gallenblasenoperation, die vorzüglich verlaufen war, dieses Vertrauen gestärkt.

Es gibt also eine positive Erfahrung mit dem Chirurgen.

Der Leser der Geschichte, der offensichtlich über mehr Informationen als die Patientin verfügt, kommt aber in die Schwierigkeit, daß er den Chirurgen aus mehreren Gründen, (Schnellbahn statt Rettung, Differenz zwischen Operationsbefund und histologischem Befund) nicht als korrekten Arzt einstufen kann. Der Chirurg handelt in einigen Bereichen medizinisch fragwürdig und offensichtlich auch ethisch untragbar.

Der Leser ist geneigt, der Patientin den guten Rat zu geben, doch den Internisten, die es besser und ehrlicher mit ihr meinen, mehr zu vertrauen als dem Chirurgen.

Dieses Dilemma, das wir in der Praxis immer wiederum erleben können, zeigt uns aber klar

unsere Grenzen. Vertrauen ist eben nicht zu verordnen und nicht erzwingbar. Daß sich der Patient uns anvertraut, ist im höchsten Maße sein sehr persönlicher Entschluss, der vielfach nicht auf einer rationalen Entscheidung beruht. Vertrauen erwecken, Vertrauen einflößen ist auch, wie wir wissen, unabhängig von den charakterlichen Qualitäten. Scharlatane und Betrüger sind manchmal Personen, denen sich andere Menschen im hohen Maße anvertrauen, wie auch Geschichten in der jüngsten Zeit immer wiederum gezeigt haben.

Sogenannte vertrauensfördernde Maßnahmen, Vertrauensbildung, auch ein vertrauenserweckendes Aussehen sind in gewissen Grenzen lernbar und können erlernt werden. Das wissen geschickte Verkäufer genauso wie Verhaltenstrainer und andere. Zu lange vertrauten wir Ärzte offensichtlich auf überholte Statussymbole zu Vertrauensbildung. Die Zeiten des Gottes in Weiß sind vorbei.

Andererseits ist das Patientenvertrauen der erste Anstoß, daß es zu einem Behandlungsvertrag kommt. Das Wesentliche dieses Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patienten ist das Vertrauen. Der Patient möchte und kann darauf vertrauen, daß der Arzt die für ihn beste Behandlung wählen wird. Der Patient kann auch darauf vertrauen, daß ihm der Arzt nichts vorenthalten wird. Der Arzt kann nicht in gleichem Maß dem Patienten vertrauen, der Patient muß sich nicht in jedem Fall dem Arzt zur Gänze anvertrauen, es ist jedenfalls wichtig, das als Arzt immer wiederum zu bedenken. Je tiefer das gegenseitige Vertrauen ist, umso weniger blinde Flecken wird der Patient für den Arzt haben.

Dieser Behandlungsvertrag, wie er zwischen der Patientin und der internen Abteilung zustande kommt, wird von ihr aufgrund der „abwartenden“ Haltung der diensthabenden Internisten gekündigt. Die Patientin ist beunruhigt, der behandelnde Arzt flößt ihr offensichtlich nicht ausreichend Vertrauen ein. Die Patientin kündigt den Behandlungsvertrag, indem sie das Krankenhaus verläßt. Allerdings sind die Um-

stände, wie sie das tut, nicht korrekt. Die Patientin täuscht nämlich dem behandelnden Arzt eine wichtige Erledigung in der Wohnung vor, hat allerdings von Haus aus die Absicht, einen anderen Arzt zu konsultieren. Das Motiv für diese Täuschungsaktion bleibt letztlich im Dunkeln: Angst?, Ärger? Sicher liegt auch Unsicherheit vor.

Üblicherweise wird der behandelnde bzw. diensthabende Arzt in so einem Fall einen sogenannten Revers unterschreiben lassen, in dem darauf hingewiesen wird, daß der Patient gegen ausdrücklichen Rat der behandelnden Ärzte die Abteilung auf eigenen Wunsch und auf eigene Verantwortung verläßt. Diese Situation ist für den Behandler frustrierend, wobei die Frustration darin besteht, daß der Patient offensichtlich Mißtrauen gegenüber der vorgeschlagenen oder durchgeführten oder nicht durchgeführten Behandlung hegt. Das Unbehagen kommt aus dem Vertrauensverlust.

Die Patientin sucht den Chirurgen in seiner Ordination auf und wieder wissen wir nicht, ob sie ihm den bisherigen Verlauf ihrer Krankheit und den stationären Aufenthalt mitgeteilt hat.

Der Chirurg, der offensichtlich medizinisch nicht korrekt vorgeht und handelt, operiert die Patientin und dem Verlauf der Geschichte ist zu entnehmen, daß es auch zu einer Heilung gekommen ist.

Jedenfalls ist schon festzustellen, daß, wie schon oben erwähnt, der Patient vielfach gut daran tut, seine Vorgeschichte mit dem behandelnden Arzt zu besprechen, dazu zu verpflichtet ist er allerdings nicht. Die Informationspflicht des Patienten ist nicht umfassend, der Patient darf durchaus Informationen zurückhalten.

Wir wissen in der Geschichte nicht, wer die Information an die Telefonzentrale weitergegeben hat und wir wissen auch nicht in wessen Auftrag. Trotzdem steht folgende Frage im Raum und sollte beantwortet werden: Wäre der Chirurg nicht verpflichtet gewesen, wenn

er es gewußt hätte, das Krankenhaus – die interne Abteilung – über das Verhalten der Patientin zu informieren? Es ist sogar anzunehmen, daß das als Kollegialität oder kollegiales Verhalten gemeint ist.

Dem ist entgegen zu halten, daß die Patientin nicht nur einverstanden sein mußte, sie mußte eigentlich auch den Arzt bitten, diese Information weiterzugeben. Bei fehlendem Einverständnis oder Desinformation hat meines Erachtens in diesem Fall der Chirurg gar nicht das Recht oder die Möglichkeit, die interne Abteilung von dem Verhalten der Patientin zu informieren. Hier handelt es sich klar um das Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur der Patient persönlich entbinden kann. Dabei ist zu bedenken, daß diese Schweigepflicht auch unter Schweigepflichtigen gilt!

In der Überschrift zu dem Fall wird die Kollegialität angesprochen. Die Kollegialität, also das Verhalten unter Kollegen, bezieht sich aber nie auf das Verhältnis zu einem Patienten. Kollegialität regelt das Verhalten unter den Kollegen in persönlichen, fachlichen und standespolitischen Angelegenheiten.

So kommt es auch im Hippokratischen Eid klar zum Ausdruck:

„Ich werde dem, der mich diese Kunst gelehrt hat, die gleiche Achtung wie meinen Eltern entgegenbringen. Ich werde nicht chirurgisch tätig sein, sondern das denen überlassen, die damit vertraut sind. Zum Nutzen der Kranken werde ich handeln. So werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplappert werden soll, schweigen.“

Kollegial handeln kann also nie heißen, sich gegen den Patienten zu verbünden, strenggenommen geht es auch nicht zum Wohle des

Patienten; Ausnahmen sind nur bei übergeordneten Interessen denkbar.

Letztendlich dokumentiert dieser Fall den Verlust des Vertrauensverhältnisses zwischen einer Patientin und einer arbeitsteiligen Institution, wie es in diesem Fall die Interne Abteilung darstellt.

Es zeigt diese Geschichte auch sehr klar, daß die Arzt-Patientenbeziehung nie symmetrisch, sondern immer asymmetrisch sein wird. Das Vertrauen der Patienten ist nicht einzufordern, nicht zu erkämpfen, das Vertrauen resultiert nicht auf unserem wissenschaftlich fundierten Wissen, das Vertrauen in eine andere Person ist das Resultat einer emotionalen Zuwendung.

Lassen wir uns nicht den Blick verstellen durch scheinbar unethisches und auch rechtswidriges Verhalten; die Vertrauenskrise der Patienten in die Medizin, genauer gesagt in die Schulmedizin, in die medizinischen Institutionen und in die Ärzte besteht. Die derzeitige Situation ist eine Aufforderung an uns Ärzte. Wenn die Patienten wieder mehr Vertrauen in die Medizin und in die Ärzte haben sollen, dann müssen wir uns und unser System ändern.

Die von vielen getroffene Feststellung: „Ich kann eigentlich niemandem trauen, außer mir selber“ geht einher mit einer für alle untragbaren Verrechtlichung und reduziert Medizin und Heilbehandlung auf eine biologische Reparaturwerkstätte.

Die Spannung, die in dem Fall liegt, besteht darin, daß die Patientin dem offensichtlich medizinisch und ethisch nicht korrekt handelnden Chirurgen mehr (ver)traut, als dem abwartenden, abwägenden Internisten.

Univ.-Doz. Dr. Titus GAUDERNAK ist Primar im KH Mödling.

Kommentar zum Fall: „Patientenvertrauen und Kollegialität“

Rupert KLÖTZL

OFT, so sagt man, werden Schicksale durch unvorhergesehene, aufs erste nebensächlich erscheinende Ereignisse entschieden. Dies scheint mir auch in diesem Fall so gewesen zu sein, denn die entscheidende Wende gab diesem Fall nicht ein Experte, sondern die gerade auf Besuch gekommene Freundin der Patientin. „Geh’ doch zu Deinem Chirurgen, der Dich damals so gut operiert hat, bevor es Dir hier immer schlechter geht.“ So oder ähnlich mag ihr Rat gelautes haben, der, in die verunsicherte Situation der Freundin gesprochen, den Anstoß zu deren weiterem Vorgehen gegeben hat, ohne medizinische Kriterien, aus irrationalen Fühlen heraus gesprochen. Dies wirft die Frage auf, worauf sich Entscheidungen des (mündigen) Patienten letztlich gründen und wie das zu beurteilen ist.

Weiters müssen wir uns fragen: wodurch und wann gerät das Vertrauen des Patienten zum Arzt ins Wanken oder geht gar ganz verloren?

Wenn das passiert, wechselt der Patient üblicherweise den Arzt und es stellt sich dann für den weiterbehandelnden Mediziner die Frage, wie er sich, abgesehen vom entsprechend fachlich richtigen Vorgehen, kollegial verhalten soll.

Sehen wir uns die Entwicklung der Situation noch einmal kurz an:

An der Internen Abteilung werden alle nötigen diagnostischen Schritte gesetzt, um das unklare abdominelle Beschwerdebild zu klären. Obwohl man nichts findet und nur symptomatisch behandelt, fühlt sich die Patientin trotz weiterbestehender Schmerzen gut betreut. Ausgerechnet am Freitag nachmittag, wo üblicherweise eine eigenartige Ruhe in die Spitalabteilungen einzieht, weil der tägliche Routine-

betrieb abebbt, gerät das Vertrauen in ihre Ärzte ins Wanken. Gegen deren Rat geht sie nach Hause, d. h. in Wirklichkeit zum Chirurgen, der sie akut operiert, dadurch aus ihrer verunsicherten Situation befreit, und sie in der Folge zufrieden und offenbar ohne Beschwerden nach Hause entläßt.

Anhand der Entscheidung der Patientin sieht man, daß hier für sie ganz andere Kriterien als für den Arzt ausschlaggebend sind. Der Arzt nimmt zwar die subjektiven Beschwerden der Patientin zur Kenntnis, diese sind aber im Vergleich mit den von ihm erhobenen objektiven Befunden für seine Entscheidung zweitrangig. Er wartet ab, weil er keinen Befund erhebt, der ihn zu einem invasiven Vorgehen veranlassen würde. Obwohl die Patientin über die Ergebnisse der Untersuchungen informiert wird, beurteilt sie, so will mir scheinen, eher die gesamte Stimmung. Sie interpretiert die Art, wie man ihr erklärt, zuwarten zu müssen, offenbar als Unsicherheit. In dieselbe Richtung wird vielleicht auch die ehrliche und zutreffende Aussage der Ärzte, daß man (noch) nicht genau wisse, was sich hinter den Beschwerden verberge, interpretiert. Daß plötzlich nur mehr eine kleine Dienstmannschaft da ist, mag die Unsicherheit auch noch verstärken.

Es bedarf jetzt nur mehr einer kurzen Bemerkung der Freundin, und das Vertrauensverhältnis zur Internen Abteilung zerbricht.

Nun wechselt der Schauplatz. Der konsultierte Chirurg strahlt offenbar große Sicherheit aus. Ohne Befunde zur Verfügung zu haben, erklärt er ihr, daß man dringend operieren müsse. Das neue Gefühl der Sicherheit der Patientin begründet aber nicht die fachliche Einsicht,

daß man wirklich operieren müsse, sondern einfach die Tatsache, daß etwas geschieht, etwas weitergeht. "Der tut etwas, der kennt sich aus." Trotz des folgenden relativ großen Eingriffes ist die Patientin letzten Endes sehr zufrieden.

Wie ist das Vorgehen des Chirurgen zu beurteilen?

Es mag hier etwas von der sprichwörtlichen Spannung zwischen Internisten und Chirurgen aufgebrochen sein. Die Internisten würden oft zu lange zögern, die Chirurgen zu frühzeitig operieren. Nach dem hier gegebenen Bericht mutet es allerdings eigenartig an, daß man einer Patientin, die angeblich dringend mit einem akuten Abdomen operiert werden muß, empfiehlt, selbst mit der Straßenbahn ins Spital zu fahren. Entweder ist es gar nicht so akut, oder man müßte sie mit der Rettung schicken. Hier kommen erste Zweifel an der Richtigkeit des Vorgehens des Chirurgen auf. Diese werden durch die Diskrepanz zwischen OP-Bericht und histologischem Befund verstärkt. Von den makroskopisch beschriebenen eitrigen Ablagerungen findet sich nichts in der Histologie, die Appendektomie wird im OP-Bericht gar nicht erwähnt, das Präparat aber eingeschickt und befundet.

Man kann sich hier des Eindrucks nicht erwehren, daß der Chirurg durch sein Vorgehen die vorbehandelnden Internisten in gewisser Weise desavouierte, und zwar ohne daß diese einen Fehler begangen hätten. Sich auf Kosten der Vorbehandler in ein gutes Licht zu stellen, ist sicher unkollegial. Meines Erachtens nach ist die Indikation zur Laparatomie zumindest fragwürdig, ebenso das Vorgehen bei der zweiten Spitalseinweisung. Sicher kann man auch den Standpunkt vertreten: "Jetzt warten wir nicht mehr weiter zu, jetzt schauen wir hinein." Man muß dabei aber auch das Operations- und Narkoserisiko in Betracht ziehen und die allgemeine Belastung durch den Eingriff. So wie hier beschrieben, hat es sich in diesem Fall weder um einen Ileus, noch um einen septischen Prozeß gehandelt, sondern um eine Ap-

pendikopathie. Man hätte daher der Patientin einiges ersparen können.

Da immer das Wohl des Patienten oberstes Ziel ist, muß man hier für eine abschließende Beurteilung fragen, wie die Patientin im Endeffekt ausgestiegen ist. Auch hier kann man wieder eine Diskrepanz zwischen subjektivem und objektivem Befinden feststellen.

Subjektiv war die Patientin zufrieden, fühlte sich gut behandelt und ihre Meinung von ihrem Chirurgen bestätigt. Man muß sagen, daß trotz aller Mündigkeit und Rationalität, die viele gern für sich beanspruchen, sehr viele Entscheidungen de facto irrational, aufgrund nicht näher reflektierter Gefühle getroffen werden. Beurteilt der Patient nicht in erster Linie das Auftreten, die Freundlichkeit, die persönliche Ausstrahlung, das Engagement aller Behandelnden, schließlich die gesamte Atmosphäre von Abteilung oder Ordination, also auch sehr stark *wie* etwas gesagt wird, nicht bloß *was* ihm gesagt wird? Die fachliche Kompetenz wird wohl am ehesten "ex iuvantibus" beurteilt. Der Arzt muß natürlich nach den Regeln seiner Kunst vorgehen, daher ist die Zufriedenheit des Patienten allein noch keine ausreichende Rechtfertigung für sein therapeutisches Handeln. Er muß sich dieser Tatsachen bewußt sein und ihnen auch Rechnung tragen. Das ist natürlich sehr schwierig, weil gleiche Verhaltensweisen des Arztes beim Patienten ganz unterschiedliche Gefühle auslösen können. Allzu forsches und bestimmtes Auftreten kann, wie in unserem Fall, Vertrauen wecken, in einem anderen Fall aber als Überspielen eigener Unsicherheit entlarvt werden. Umgekehrt kann ehrliche Information auch über noch unklare Zusammenhänge den einen Patienten verunsichern, im anderen aber Vertrauen wecken, weil er sieht, daß man ihm nichts vormacht. Es ist das Problem der Einschätzung, welche Information in welcher Weise dem Patienten vermittelt werden kann und soll. Das ist individuell verschieden und erfordert Erfahrung.

Objektiv muß man sagen, daß die Patientin einem unnötigen Risiko ausgesetzt wurde. Das hätte auch schlechter ausgehen können und ist

in anderen Fällen auch schon schlecht ausgegangen. Der Chirurg hätte zumindest Kontakt mit den vorbehandelnden Internisten aufnehmen und sich über die Vorbefunde orientieren müssen und erst nach diesem Consilium dementsprechend weiteragieren sollen. Daß nach einem Arztwechsel nach Methode B weiterbehandelt wird, einfach um sich von Methode A des Vorbehandlers abzusetzen, passiert auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte immer wieder, ist aber sicher unkollegial, wenn es ohne fachlichen Grund geschieht. Selbst bei Fehlern des Vorbehandlers sollte man sich, ohne etwas zu beschönigen, fair, d. h. eben kollegial verhalten. Schließlich kann einem auch selbst ein Fehler passieren, oder von einem Patienten das Vertrauen entzogen werden.

Natürlich soll der Patient Entscheidungen mitverantworten können. Dort, wo er diese aber einfach aus Mangel an fachlicher Kompetenz nicht treffen kann, muß sie der Arzt übernehmen. Andererseits kann auch der Arzt trotz aller Kompetenz und objektiven Daten die Situation nicht immer richtig beurteilen. Vieles ist auch durch Befunde (noch) nicht erfaßbar und es gibt Situationen, die eben schwer zu beurteilen sind, deren Prognose einfach unsicher oder unvorhersehbar ist. Hier muß auch der Arzt sich selbst oder auch dem Patienten zugestehen, in einem gewissen Bereich intuitiv entscheiden zu können, ja zu müssen. Freilich

darf auch das nicht überhastet oder belastet durch Ressentiments zwischen Arzt und Patient oder innerhalb der Kollegenschaft geschehen. In unserem Fall wurde die Patientin durch ihre Entscheidung sicher nicht ideal behandelt. Demgegenüber muß man aber auch zugeben, daß in ähnlich gelagerten Fällen durch ein richtiges Gespür von Seiten des Patienten, daß man (wo)anders weiterbehandeln solle, Recht behalten wurde. Letztlich kann natürlich niemand gegen seinen Willen behandelt werden, sodaß die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Therapie akzeptiert werden muß, auch wenn der behandelnde Arzt anderer Meinung ist.

Zusammenfassend kann man sagen: In unserem Fall ist es den Internisten nicht gelungen, trotz fachlich richtigen Vorgehens das Vertrauensverhältnis zur Patientin zu erhalten. Der Chirurg konnte andererseits trotz teilweise fragwürdigen Vorgehens ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Subjektiv war die Patientin zufrieden. Objektiv gesehen wurde sie unnötigen Belastungen und Risiken ausgesetzt, die bei besserem Auftreten der Internisten und kollegialerem und zurückhaltenderem Verhalten des Chirurgen hätten vermieden werden können.

Dr. Rupert KLÖTZL ist Arzt für Allgemeinmedizin und in Wien tätig.

Bericht vom Symposium Patientenrechte zwischen rechtlichem Anspruch und ökonomischen Zwängen¹

Johannes ZAHRL

Am 30. 1. 1997 fand im Wiener Juridicum die erste Veranstaltung des vor kurzem gegründeten Zentrums für Medizinrecht statt. Ziel des unter dem Titel „Patientenrechte zwischen rechtlichem Anspruch und ökonomischen Zwängen“ stehenden Symposiums war es, nach Lösungsansätzen für jene strukturellen Probleme zu suchen, die sich aus der ständig evidenter werdenden Schere zwischen medizinisch Machbarem und den dafür erforderlichen Kosten ergeben.

Nach der Eröffnung durch den Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Univ. Prof. Dr. Peter PIELER, und dem Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer, Prim. Dr. Michael NEUMANN, gab der wissenschaftliche Leiter des Zentrums für Medizinrecht, Univ. Doz. DDr. Christian KOPETZKI, in seinem Einleitungsreferat einen grundlegenden Überblick über den Stand der Patientenrechte in Österreich. Er verwies dabei auf zahlreiche Auswirkungen ökonomischer Beschränkungen im Gesundheitswesen und auf die individuelle Rechtsstellung des Patienten.

Im Sinne einer interdisziplinären Kommunikation zwischen Medizin und Rechtswissenschaft berichteten in der Folge zwei Ärzte über ihre konkreten Erfahrungen mit dem Problem der Ressourcenverknappung. Univ. Prof. Dr. Ferdinand MÜHLBACHER, Vorstand der Klinischen Abteilung für Transplantationschirurgie der Wiener Universitätsklinik, befaßte sich in seinem Referat ausführlich mit den medizinischen und gleichzeitig ökonomischen Vorteilen der modernen Transplantationschirurgie.

Ein Vergleich der Mortalität von Patienten in einem chronischen Hämodialyseprogramm mit jener nach einer Nierentransplantation falle eindeutig zugunsten der Transplantation aus. Dies gelte trotz erheblich komplizierterer technischer Anforderungen in noch höherem Ausmaß für die Leber-, Herz- und Lungentransplantation. Abgesehen von der wesentlich gesteigerten Lebensqualität der Patienten habe die Transplantation aber auch einen nicht zu vernachlässigenden kostendämpfenden Effekt. So erweise sich etwa eine Nierentransplantation im Vergleich zur Fortsetzung der Dialysebehandlung bereits im ersten Jahr nach der Operation als bedeutend billiger. Dennoch werden diese ökonomischen Auswirkungen von den für die Finanzierung zuständigen Institutionen oftmals verkannt und statt einer Forcierung eher eine finanzielle Knebelung der Transplantationsmedizin betrieben.

Zum Grundsatz „*Salus aegroti suprema lex*“ bekannte sich auch der Wiener Urologe MR Dr. Gerhard STRUHAL, der zu Behandlungsanspruch und Wirtschaftlichkeitsgebot aus der Sicht eines niedergelassenen Vertragsarztes Stellung nahm. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen begründete STRUHAL in erster Linie mit einem gesteigerten Anspruchsdenken der Patienten, das zu einer Art „Betreuungsmentalität“ geführt habe. Anhand zahlreicher Beispiele zeigte STRUHAL, welche Probleme sich im Zusammenhang mit der Interpretation des §133 Abs 2 ASVG, demgemäß die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muß, das Maß des Notwendigen jedoch nicht

überschreiten darf, in der täglichen Arztpraxis ergeben.

Mit den juristischen Aspekten der bereits von STRUHAL angesprochenen Problematik befaßte sich der Vortrag des Wiener Arbeits- und Sozialrechtlers Univ. Prof. Dr. Wolfgang MAZAL. Durch die Beschränkung der Maßnahmen der Krankenbehandlung auf das Maß des Notwendigen, Zweckmäßigen und Ausreichenden werde lediglich einer extremen Zweckwidrigkeit des Mitteleinsatzes ein Riegel vorgeschoben. Die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger ende aufgrund dieser Bestimmung erst dort, wo ein offensichtliches Mißverhältnis zwischen eingesetztem medizinischen Aufwand und den Effekten, die durch die getroffenen Maßnahmen erreicht werden könnten, besteht. Keinesfalls könne darin aber ein absolutes Diktat der Kosten gegenüber dem Krankenbehandlungsanspruch gesehen werden. Wollte man die Wendungen „ausreichend, zweckmäßig und notwendig“ als normatives Steuerungsinstrument zur Begrenzung des Behandlungsanspruches begreifen, so müsse man feststellen, daß die Entwicklung des leistungsbeschränkenden Instrumentariums der Krankenversicherung nicht mit der Entwicklung jener Faktoren Schritt gehalten hat, die eine Ausweitung der Inanspruchnahme fördern. Lösungsansätze für diese Dilemmasituation ortete MAZAL insbesondere im Vertragspartnerrecht und in der Entwicklung einer verstärkten finanziellen Eigenverantwortung der Anspruchsberechtigten.

Der Salzburger Zivilrechtsexperte Univ. Prof. Dr. Friedrich HARRER sowie der Wiener Strafrechtslehrer Univ. Doz. Dr. Wolfgang BRANDSTETTER beleuchteten schließlich die haftungsrechtliche Seite der Allokationsproblematik. Aus aktuellem Anlaß widmeten sich beide Referenten insbesondere Problemen im Zusammenhang mit der durch Novellen zum Bundes-KAG und zum ÄrztG geschaffenen Rufbereitschaft. Beide Referenten waren sich einig, daß es durch diese Regelungen zu einer

gesetzlichen Konkretisierung des medizinischen Sorgfaltsmaßstabes gekommen sei. Dem Gesetzgeber stehe es selbstverständlich innerhalb der verfassungsrechtlichen Schranken frei, eine derartige Festlegung vorzunehmen. Er könne dabei auch wirtschaftliche Überlegungen einbeziehen und letztlich jenen medizinischen Versorgungsstandard vorgeben, den er für finanzierbar hält. Die massive Kritik der beiden Haftungsexperten bezog sich daher auch nicht auf die grundsätzliche Vorgangsweise des Gesetzgebers, sondern auf die inhaltliche Ausgestaltung der Rufbereitschaftsregelung.

Es sei, so HARRER, etwa völlig unverständlich, daß in § 8 KAG nF die dauernde Anwesenheit eines Gynäkologen und eines Kinderfacharztes nicht mehr vorgesehen sei. Ärzte beider Fachrichtungen müßten nicht bloß über fachliche Kenntnisse, sondern auch über einschlägige Erfahrung und handwerkliches Geschick verfügen. Ihre Aufgaben könnten in einem Notfall auch nicht kurzfristig von einem Vertreter einer anderen Fachrichtung, geschweige denn von einem Turnusarzt übernommen werden. Vor dem Hintergrund dieses – willkürlich gewählten – Problemfeldes erscheine es nicht einsichtig, daß der Gesetzgeber die fehlende Präsenz der Fachärzte legalisiert hat. Heftige Kritik übte HARRER auch an der in § 2 Abs 3 ÄrzteG nF vorgesehenen Legitimisierung der selbständigen Tätigkeiten eines bereits entsprechend ausgebildeten Turnusarztes. Es sei unverständlich, warum eine solche Tätigkeit qualifizierter Turnusärzte an Sonn- und Feiertagen zulässig, an Werktagen aber verboten sei. Eine Konzeption, die den Einsatz qualifizierter Turnusärzte in Standardkrankenhäusern gestattet, in Zentral- und Schwerpunkt-Krankenanstalten hingegen verbiete, habe in einem entwickelten Haftpflichtrecht keinen Platz.

Auch der strafrechtliche Sorgfaltsmaßstab sei, so BRANDSTETTER, durch die Rufbereitschaftsregelung in unverständlicher Weise nach unten nivelliert worden. Es sei aus legistischer

Sicht unverständlich, daß je nach An- bzw Abwesenheit des Facharztes verschiedene Sorgfaltsanforderungen für einen Turnusarzt gelten sollen. BRANDSTETTER wies in seinen Ausführungen auch auf eine bisher unbeachtet gebliebene Konsequenz der Rufbereitschaftsregelung für Hausärzte hin: Im Falle einer Einweisung müßten diese nun sehr genau überlegen, in welches konkrete Krankenhaus der Patient zu bringen sei. Die Einweisung in das nächstgelegene Spital, von dem der Allgemeinmediziner genau weiß, daß dort zur Zeit lediglich ein Turnusarzt anwesend ist, könne bei sofortigem Bedarf nach einem Facharzt unter Umständen haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Abschließend befaßte sich der Wiener Rechtsphilosoph Univ. Prof. Dr. Gerhard LUF mit dem Spannungsverhältnis zwischen Behandlungsanspruch und Ökonomie aus rechtsethischer Sicht. LUF erteilte utilitaristischen Versuchen, Kosten-Nutzen-Analysen in den Rang moralischer Prinzipien zu erheben, ebenso eine Absage wie dem Vorschlag, das Gesundheitssystem einerseits in eine für alle gleiche Basisversorgung und andererseits in

eine individuell zu versichernde Spitzenversorgung zu teilen. Stimmen, die in solchen Ideen Ansätze zu einer diskriminierenden Zweiklassenmedizin sehen, seien sehr ernst zu nehmen. Aus rechtsethischer Sicht sei vielmehr zweierlei zu beachten: Erstens seien Allokationsentscheidungen stets soweit und so hoch wie möglich in der Hierarchie der Ressourcenzuteilung anzusiedeln und keinesfalls dem einzelnen Arzt aufzubürden. Zweitens müßten solche Regeln stets Resultat eines diskursiven Entscheidungsfindungsprozesses sein. In diesen seien sowohl Ärzte, wie auch Vertreter von Patienteninteressen in ausreichendem Maß einzubinden. Um dieser Legitimationsaufgabe gerecht zu werden, bedürfe es bei der Ausarbeitung solcher Richtlinien zudem eines hohen Maßes an Offenheit und Transparenz.

Es ist geplant, die gehaltenen Referate in einem eigenen Band der Schriftenreihe „Recht der Medizin“ zu publizieren.

Referenz

1. Erstmals veröffentlicht in RdM 1/1997, 30

Bericht vom Symposium

Personsein aus bioethischer Sicht

Enrique H. PRAT

Soll man nicht besser beim bioethischen Diskurs auf den Personbegriff ganz verzichten? Der Streit um diesen Begriff scheint einer Verständigung in den Hauptfragen der Bioethik im Wege zu stehen. Dies war die dominante Fragestellung, die am 29. und 30. November 1996 vom Institut für Rechtsphilosophie, Rechtssoziologie und Rechtsinformatik der Juristischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz gemeinsam mit dem Internationalen Vereinigung für Rechts- und Sozialphilosophie (IVR) veranstalteten Symposium zum Thema „Personsein aus bioethischer Sicht“ behandelt wurde. Ein interdisziplinär zusammengesetztes Team von Referenten untersuchte diese Frage aus bioethischer (Dieter BIRNBACHER, Düsseldorf), rechtsphilosophischer (Norbert HOERSTER, Mainz; Peter STRASSER und Edgar STARZ, Graz), theologischer (INHOFFEN, Graz), neurochirurgischer (Andreas ZIEGLER, Oldenburg), soziologischer (Volker SCHMIDT,...) und psychiatrischer Sicht (Ralf SEIDEL,...).

Ein Plädoyer für einen Verzicht auf den Personbegriff wurde von BIRNBACHER und HOERSTER präsentiert. Der erste hielt das Einführungsreferat und stellte gleich am Beginn die These auf, daß dieser Begriff die Geister scheidet und den Konsens verhindert. Idealtypisch gibt es zwei Positionen: Auf der einen Seite beinhaltet die Äquivalenzdoktrin eine Deckungsgleichheit zwischen Mensch und Person: Die Menschenwürde ist gleich wie die Würde der Person. Diese Position ist meistens theologisch orientiert und stark vom christlichen Gedankengut getragen (unter den Philosophen ist SPAEMANN einer der Hauptvertreter dieser Position). Auf der anderen Seite steht die Nichtäquivalenz-Doktrin, die behauptet, daß nicht

alle Angehörige der Spezies Mensch auch Personen sind. Diese Position stützt sich vor allem auf die Aussage des englischen Philosophen des XVII. Jahrhundert John LOCKE, der Mensch sei nur in bestimmten Phasen seines Lebens Person. Speerspitze dieser Position in der Gegenwart sind Peter SINGER und Helga KUHSE und bis vor kurzem im deutschsprachigen Raum auch Norbert HOERSTER. Dieser überraschte nicht wenige Zuhörer, weil auch er sich vom Personenbegriff distanzierte. Auf die Frage, wie dies angesichts der Tatsache, daß seine bisherige Argumentation sich sehr stark auf den Terminus Person stützte, verstanden werden sollte, antwortete HOERSTER ganz bescheiden, er gäbe den Irrtum, den er nun erkannt habe zu, allerdings ließe sich seine Argumentation auch ohne den Terminus Person aufrechterhalten.

BIRNBACHER meinte, daß die Berufung auf diese konträren Positionen dem bioethischen Diskurs einen Bärendienst erweist, weil sie jede Möglichkeit des Konsenses ausschließt. Aber vor allem mit der ersten Position ging Birnbacher hart ins Gericht. Er meinte, sie führe zu einem doppelten Schwachpunkt: a) Die Deckungsgleichheit zwischen Mensch und Person sei wenig plausibel. b) Die Äquivalenzdoktrin zeige die Tendenz, die Persönlichkeit durch Fähigkeiten zu fundieren. Außerdem seien die Fundierung dieser Doktrin und die Strategien zu ihrer Durchsetzung wenig überzeugend. In der Diskussion zeigte sich, daß seine Kritik nicht unbedingt einleuchtet, aber wahrscheinlich auch nicht stimmig ist. Die vorgebrachten Beispiele zum ersten Kritikpunkt haben eher Staunen hervorgerufen. Wer könnte sich mit der Behauptung anfreunden, daß nach der

Äquivalenzdoktrin möglicherweise auch die Leiche als Person anerkannt werden muß? Es herrscht darüber ein breiter Konsens, daß die Leiche weder Mensch noch Person ist. Zum zweiten Kritikpunkt wurde in der Diskussion klargestellt, daß gerade die Vertreter der Äquivalenzdoktrin nicht mit Eigenschaften oder ihren entsprechenden Fähigkeiten argumentieren. Dies hat SPAEMAN in seinem letzten Buch „Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“ klar dargelegt.

Für HOERSTER weisen die Äquivalenz-Doktrinen, wie sie von SPAEMANN, PÖLTNER oder WALDSTEIN verteidigt werden, gegenüber den anderen eine stärkere innere Kohärenz auf. Sie sind aber wegen ihrer ontologischen Fundierung für viele nicht überzeugend und daher auch nicht konsensfähig. Demgegenüber müßte seine Position, die unter die Nichtäquivalenz-Doktrinen gereiht werden sollte, konsensfähig sein: Lebensrechte sind auf jeden Fall anzuerkennen für alle jene Menschen, die Interesse am Leben äußern. Der Embryo äußert sich nicht und der Euthanasiewillige auch nicht.

Auch für STRASSER ist nicht jeder Mensch Person. Embryonen und manche komatöse Patienten sind für ihn keine Personen. Trotzdem schließt er sich nicht der Meinung an, daß der Begriff Person aus dem bioethischen Diskurs ausgeklammert werden soll. In seinem Referat ging er vor allem auf die Frage der Begründung der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens ein, ohne sich des Person-Begriffes zu bedienen. Er kritisierte die Nichtäquivalenz-Doktrinen von KUHSE, SINGER und HÖRSTER. Er zeigte, daß sie ihre Position auf seine Kritik des Unantastbarkeitsarguments aufbauen: Sie versuchen zu zeigen, daß diese Argumente entweder nicht einsichtig oder gar inkonsistent in sich selbst (KUHSE) sind, daher müßten sie aufgegeben werden. Liegt dies einmal fest, bekommt jeder Vorschlag eines praktischen Konsenses eine gewisse Legitimierung. STRASSER zeigte aber, daß die Kritik des Unantastbarkeits-

arguments nicht stimmig ist: „Indem man sich, vor dem Hintergrund eines wohlüberlegten Sprachgebrauchs, mit Absicht mißverständlich ausdrückt, gelingt es, das Unantastbarkeitsargument zu diskreditieren, und damit auch die ihm innewohnende Ethik“. Die Schlußfolgerung von STRASSER ist, daß es zur Unantastbarkeit des Lebens keine annehmbaren Alternativen gibt. Seine Begründung, daß die damit verbundenen Werte durch Intuition erfahrbar und erlernbar sind, die alle jene haben können, die vornehmlich Umgang mit Babies haben, schien vielen der Diskutanten unzureichend. Sich allein auf Intuitionen zu verlassen sei gefährlich. Werte objektiv zu begründen bzw. zu postulieren, wie es viele Philosophen von ARISTOTELES bis KANT und danach versucht haben, stellen eine dominierende Tradition des philosophischen Denkens von überlegener Überzeugungskraft dar. Diese intuitionistische - auch emotivistische Rechtfertigung der Unantastbarkeit des Lebens führt bei STRASSER selbst zu dem Vorbehalt wie er zugibt, in seinem Inneren das Prinzip in Extremfällen nicht anwenden zu wollen.

INHOFFEN legte die Lehre der Kirche dar, wobei er sich vor allem auf die Dokumente *Donum Vitae* und *Evangelium Vitae* stützte. Er hat dies sicherlich in einer sehr zugänglichen Sprache getan, so daß manche in der Diskussion zugegeben haben, daß dies für sie der erste rationelle Zugang zur katholischen Position darstellte. Und dies, obwohl er die Position der Kirche weder verkürzt, noch abweichend darstellte.

Im Zusammenhang mit den anderen (nicht philosophischen Referaten) könnte man noch sehr viele interessante Aussagen erwähnen. Ich möchte hier aber nur eine unter vielen, die es wirklich verdienen, erwähnen. Der Neurochirurg ZIEGLER zeigte auf, daß es sehr problematisch ist, den Personalitätsbegriff an das Ich-Bewußtsein zu koppeln, weil die empirische Feststellbarkeit der Bewußtseinszustände ein medizinischer Bereich ist, in dem ständig neues

Wissen hinzugewonnen wird. Wenn es zum Beispiel für die Hirntoddefinition auf die Irreversibilität und Endgültigkeit aller Gehirnfunktionen ankommt, dann muß man strenggenommen sagen, daß diese Definition nur eine relative ist, denn in der Naturwissenschaft, die sich der induktiven Methode bedient, kann man kaum Irreversibilität und auf keinen Fall Endgültigkeit feststellen. Durch naturwissenschaftliche Methoden läßt sich nur sagen, daß nach dem jetzigen Stand der Technik und wenn

ich richtig gemessen habe, dieser Vorgang irreversibel ist, und insofern ist das endgültig. Dies ist für jeden Naturwissenschaftler eine Selbstverständlichkeit, aber die sogenannte naturwissenschaftliche Mentalität der Moderne, die gemeint hat die Natur völlig unter Kontrolle zu bringen, hat das oft, sehr oft vergessen, wie wir jetzt bei der Hirntoddiskussion feststellen.

Die Veranstaltung war von höchstem intellektuellen Niveau geprägt und der Dialog sehr offen und konstruktiv.

Vatikan verurteilt Legalisierung von Drogen

Zum ersten Mal spricht sich der Päpstliche Familienrat in einem offiziellen Dokument gegen die Legalisierung von Drogen aus. Es ist dies eine Absage an eine Politik der Schadensbegrenzung, die einen Teil der Bevölkerung als drogensüchtig und somit „verloren“ akzeptiert. Weiters wird davor gewarnt, daß sich bei einer Freigabe von Drogen die gewünschte Wirkung ins Gegenteil verkehrt und sich die Auffassung durchsetzt: „Was legal ist, ist normal und deshalb moralisch.“ Vielmehr ist es Aufgabe des Staates, eine Kultur des Lebens zu schaffen und die Rechte, die Stabilität und die Einheit der Familie zu schützen. Man darf keine Erfahrungen auf Kosten des Menschen machen, ruft die Kirche in Erinnerung. Nicht zuletzt auch im Kampf gegen Alkohol und Tabakmißbrauch wird eine einheitliche und mutige Haltung des Staates hilfreich sein, heißt es in dem Papier.

Kathpress, 17, 23.1.1997

Moderne Fortpflanzungsmedizin – Embryonenschutz

Bei einem internationalen Kongreß des europäischen Netzwerks zur biomedizinischen Ethik an der Universität Tübingen war man bemüht einen Konsens in Fragen der Fortpflanzungsmedizin zu erreichen. Mediziner, Naturwissenschaftler, Philosophen, Juristen und Theologen unterhielten sich über die medizinischen, sozialen und ethischen Probleme der modernen Fortpflanzungsmedizin, vornehmlich im Zusammenhang

mit Gendiagnostik und Gentherapie. Dabei konnte auch ein Teil des Mißtrauens und der Vorbehalte zwischen den Vertretern der verschiedenen Fachrichtungen abgebaut werden. Ein von der Europäischen Union finanziertes dreijähriges Projekt zur Findung eines wissenschaftlichen Konsenses bei Embryonenschutz und Keimbahntherapie ist das nächste Ziel.

Kathpress, 17, 23.1.1997

USA – Verbot von Spät-abtreibungen

Der republikanische Politiker Trend LOTT sieht es als das oberste Ziel seiner Partei an die sogenannten Spät-abtreibungen zu verbieten. Er äußerte sich zuversichtlich, CLINTONS Veto gegen das Tötungsverbot von Föten nach der 20. Woche zu Fall zu bringen. Die Republikaner verfügen zwar im Abgeordnetenhaus über eine Zweidrittelmehrheit, sie fehlt ihnen aber im Senat. Im vergangenen Oktober wäre diese zur Durchsetzung des Verbots notwendig gewesen.

Kathpress, 17, 23.1.1997

Dritter Euthanasiefall in Australien

Zum dritten Mal schon wurde vom neuen Euthanasiegesetz des australischen Nord-Territoriums, das als eines der liberalsten in der Welt gilt Gebrauch gemacht. Ein an Magenkrebs im Endstadium leidender Mann, bei dem schmerzstillende Mittel nicht mehr geholfen hätten brachte sich mit Hilfe einer Maschine, die eine tödliche Injektion verabreicht, um. Philip NITSCHKE, der Konstrukteur dieses Apparates

war wie bei den ersten beiden Fällen selbst anwesend. Der neuerliche Euthanasiefall wurde von der Vereinigung der Ärzte des Nord-Territoriums verurteilt, und sie wiesen darauf hin, daß das Gesetz noch nicht endgültig sei und deshalb nicht angewandt werden dürfe. Das Repräsentantenhaus hat das Gesetz bereits verworfen. Wenn sich der Senat anschließt, muß es wieder aufgehoben werden, da das Bundesparlament in die Gesetzgebung der beiden Territorien eingreifen kann.

Kathpress, 17, 23.1.1997

Lebensqualität – Pflegequalität

Im vergangenen Jahrzehnt hat ein Terminus besonders im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewonnen: Lebensqualität. Wenngleich die Definition von Lebensqualität oft verschwommen scheint, die Instrumente zu ihrer Messung fehlerhaft – in bestimmten Zusammenhängen, etwa bei Versuchen im Bereich palliativer Chemotherapie bei Krebs etabliert sich Lebensqualität als maßgeblicher Index zur Beschreibung des Wohls der Patienten. Der Ausgang solcher Versuche wird demnach nicht mehr allein danach beurteilt, ob und wie sehr die Chemotherapie angesprochen hat bzw. wie lange krankheitsfreie Intervalle herbeigeführt werden konnten, sondern auch danach, wie lebenswert dieses Überleben tatsächlich ist. Ärzte sind in hohem Maß dazu aufgefordert, abseits fachlicher Kompetenz auch die Frage nach der Lebensqualität in ihre Überlegungen zu Therapiekonzepten einzubeziehen. Wiederum zeigt sich, daß nur eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung Grundlage für eine sinnvolle Ant-

wort auf die Frage nach Qualität der Therapie und Lebensqualität des Patienten sein kann. Wie aber wird die Qualität von Pflege definiert? Eine der am häufigsten zitierten Definitionen stammt vom Institute of Medicine aus dem Jahr 1990. Qualität der Pflege wird daran gemessen, bis zu welchem Grad Gesundheitseinrichtungen den erwünschten Krankheitsverlauf unter Anwendung professionellen Wissens herbeiführen können. Die Qualität der Pflege ist seit einiger Zeit schon nicht mehr allein Gegenstand des Interesses von Ärzten. Oft wurde die Wichtigkeit der Meinung der Patienten unterschätzt. Echte Qualität der Pflege kann nicht über den Kopf des Patienten hinweg „gemacht“ werden. Alle Beteiligten sind zum sachlichen Dialog aufgefordert.

New England Journal of Medicine, September 19, 1996

Kinderarbeit – nicht nur in Entwicklungsländern

Prof. Moucef MARZOUKI wurde von der internationalen Gesellschaft zur Vorbeugung von Kindesmißbrauch und Vernachlässigung von Kindern geehrt.

MARZOUKI, Mediziner an der Universität von Sousse in Tunesien setzt sich aktiv für Menschenrechte ein. Er zeigt in seinen Forschungen auf, daß weltweit 73 Millionen Kinder unter 10 Jahren zwangsweise in der Landwirtschaft, in Minen oder in der Prostitution arbeiten müssen. Andere Organisationen setzen die Zahl noch höher an und sprechen von bis zu 200 Millionen Kindern weltweit. Manche schätzen, daß es allein in Indien 115 Millionen Kinder sind.

Kinderarbeit – nur in Entwicklungsländern? Keineswegs. Man sollte nicht dem Mythos nachhängen, daß Gesetze die Ausbeutung von Kindern verhindern können,

meint Jim McKECHNIE aus dem U.K. Er schätzt, daß im U.K. 1,5 bis 2,2 Millionen Kinder zwischen 11 und 15 Jahren bereits unterbezahlt in Küchen, Garagen und Sägemühlen gearbeitet haben, und das trotz gesetzlicher Verbote.

Lancet Vol. 348 24. August 96

Beihilfe zum Selbstmord bei Patienten mit HIV-Erkrankung

Das New England Journal of Medicine veröffentlichte nun eine Studie, die an 228 Ärzten des „Community Consortium“, einer Organisation in S.Francisco Bay Area, die aus Fachkräften zur Behandlung der HIV-Infektion besteht, durchgeführt wurde. Bereits 1990 wurde eine ähnliche Studie erstellt, die nun zum Vergleich herangezogen wurde. Die Antwortgeber wurden gefragt, wie sie auf die Bitte eines an Aids erkrankten Patienten in folgender Situation reagieren würden: Tom, ein 30-jähriger Computerprogrammierer ist seit 2 Jahren an Aids erkrankt. Er ist bereits stark geschwächt, spricht kaum noch auf die Behandlung seiner dritten Pneumocystis carinii Infektion an und leidet zudem an schwerem oralen Ulcera. Tom ist jedoch neurologisch gesehen unauffällig und im vollen Besitz seiner geistigen Fähigkeiten. Tom fällt als überlegter, intelligenter Patient auf, ohne Anzeichen irgendeiner Psychopathologie. Einmal, während der zweiwöchentlich abgehaltenen Visiten bittet er um eine letale Dosis Schlafmittel für einen späteren Zeitpunkt.

Beihilfe zum Selbstmord wurde definiert als Bereitstellung einer ausreichend hohen Dosis Schlafmittel durch den Arzt, um Selbstmord begehen zu können.

Von den 228 befragten Ärzten konnten 118 Antworten ausgewertet werden.

Bezugnehmend auf das beschrie-

bene Fallbeispiel sagten 1995 48 Prozent der Ärzte, daß sie der Bitte Toms sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich nachkommen würden. 1990 waren es noch 28 Prozent gewesen. Eine Rolle spielt dabei, daß die befragten Ärzte im Vergleich zum Jahr 1990 nun schon eine große Anzahl von Aids-Patienten behandelt hatten. Weiters sank gegenüber 1990 auch die Bereitschaft der Ärzte, Tom von seinem Vorhaben abbringen zu wollen. Ebenso würden wenige einen anderen Arzt, der Tom das Angebot zur Beihilfe zum Selbstmord gemacht hat, zur Rede stellen oder seine Vorgangsweise verurteilen. Danach befragt, wie oft die Ärzte sich mit Kollegen drüber berieten, einem Aids-Patienten zum Selbstmord zu „verhelfen“, gaben 1995 50 Prozent an, das wenigstens schon einmal gemacht zu haben. 1990 waren es 49 Prozent. Bisher zeigten Studien, daß etwa 7 bis 9 Prozent der befragten Ärzte der Bitte von todkranken Patienten nach Beihilfe zum Selbstmord nachgekommen sind. In der 1996 abgeschlossenen Studie hingegen hatte die Hälfte der Befragten bereits einmal eine letale Dosis an Medikamenten verordnet. Anzufügen ist dabei, daß das kalifornische Gesetz die Menge an Narkotika, die auf einmal verschrieben werden kann, nicht reglementiert. Das Umfrageergebnis spiegelt die wachsende Unterstützung für ein sogenanntes „Recht auf Sterben“-Gesetz wider. Eine Studie an 131 homosexuellen Aidskranken in Amsterdam zeigte, daß 22 Prozent von ihnen durch Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid starben. Im Gegensatz dazu wünschen nur 5 Prozent der Krebskranken auf diese Art zu sterben. Die Studie hat ein methodisches Problem, das eine Verallgemeinerung der Resultate limitiert: Es ist wahrscheinlich, daß Ärzte, die Interesse an oder Erfahrung mit Beihilfe zum Suizid hatten, eine größere Bereitschaft zeig-

ten, an der Studie aktiv teilzunehmen. Zudem wurde die Studie in San Francisco Bay Area durchgeführt, also in dem Gebiet der höchsten HIV-Inzidenz in ganz Amerika.

New England Journal of Medicine
Vol.336 Nr.6, February 6., 1997

Orale Kontrazeptiva und venöse Thromboembolie

Aufgrund der Tatsache, daß mehrere seit Dezember 1995 durchgeführte Studien zeigten, daß die Einnahme von oralen Kontrazeptiva (OK) der 3. Generation, die Gestodene oder Desogestrel enthalten, eine erhöhte Inzidenz von venöser Thromboembolie (VTE) zur Folge hat, wurde eine weitere Studie durchgeführt. Man verwendete die Computerdaten von Patienten aus 143 Praxen praktischer Ärzte im U.K. Man verwendete außerdem die Befunde von 540.000 Frauen, die im Zeitraum zwischen 1941 und 1981 zur Welt gekommen waren. All jene Frauen, bei denen eine Thrombose der tiefen Venen, eine als unspezifisch charakterisierte Venenthrombose oder eine Pulmonalembolie diagnostiziert worden war und die zudem mit Antikoagulation behandelt worden waren dienten der Studie als Zielgruppe. Man führte eine Kohortanalyse zur Einschätzung und zum Vergleich der Inzidenz von VTE bei Einnahme der gebräuchlichsten OK durch. Zudem sollte eine kontrollierte Fallstudie die Wirkung verschiedener OK in bezug zu VTE aufhellen.

Dazu bediente man sich umfangreichen Datenmaterials wie das exakte Geburtsdatum, den derzeitigen Gebrauch von OK, den Körpermassenindex, die Anzahl der Zyklen, vorangegangene Schwangerschaften und das Vorliegen bestehender Erberkrankungen der untersuchten Personengruppe. Für die Auswertung blieben letztlich 234 899 Frauen übrig, solche näm-

lich, die OK zu sich nehmen.

Die Rate von VTE pro 10.000 Frauen lag bei 4.10, bei Benützerinnen nicht näher bestimmter OK bei 3.10, bei Anwendung der OK der zweiten Generation und 4.96 bei Frauen, die OK der 3. Generation zu sich nehmen.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Auswirkungen der zweiten und der dritten Generation festgestellt werden. Viele der Frauen, die Progestagene der 3. Generation einnehmen, konnten eine höhere Inzidenz von VTE bei Einnahme von Desogestrel mit 20g Ethinylestradiol verzeichnet werden als bei jenen die Gestodene oder Desogestrel mit 30g Ethinylestradiol einnehmen.

Die erhobenen Daten unterscheiden sich nicht wesentlich von den bisher durchgeführten Studien.

Lancet, Vol 349, January 11, 1997

Schnellere Diagnose verbessert die Prognose

Ein neues Spitalskonzept wurde kürzlich im *Lancet* präsentiert. Es handelt sich dabei um sogenannte „Quick and Early Diagnosis Units“ wie sie am Queen Elizabeth Hospital in Birmingham bereits bestehen. Nicht selten beansprucht ein Diagnoseverfahren viel Zeit – zuviel Zeit – und fördert damit indirekt einen negativen Krankheitsverlauf, abgesehen von den Schwierigkeiten, die wiederholte Spitalsbesuche dem Patienten verursachen.

Zur Zeit wird dieses effektive Diagnoseverfahren bei Symptomen wie Hämaturie, gastrointestinalen Problemen, rektalen Blutungen, Hodenschwellungen, Brustknoten, pigmentierten Hautläsionen, akuten neurologischen Problemen und Rückenmarkserkrankungen angewandt.

Praktisch wird nun so vorgegangen: Zunächst bemüht sich der be-

handelnde praktische Arzt gemeinsam mit dem Patienten um einen Termin in solch einer spezialisierten Diagnoseeinheit. Daraufhin wird von Seiten der Klinik ein Brief gesandt, der Auskunft über Zeitpunkt, Ablauf und etwaige Eingriffe (wie z.B. Endoskopie etc.) gibt. Erscheint der Patient schließlich an der Klinik, ist er kein „Unbekannter“ mehr. Infos über ihn und seine Störung erscheinen bereits am Spitalscomputer. Noch ausstehende notwendige Informationen werden eingeholt. Nachdem die Untersuchungen durchgeführt wurden, erhält der praktische Arzt einen vom Konsultararzt unterschriebenen Brief und der Patient noch ausstehende notwendige Ratschläge. Während seines Spitalsaufenthalts steht der Patient unter persönlicher Betreuung durch eine Krankenschwester. Die nächsten Denkschritte zu diesem neuen Konzept werden sich auf die Auswahl der gesundheitlichen Störungen konzentrieren, die durch schnellere Diagnose eine bessere Prognose erwarten lassen.

Lancet, Vol. 348, Aug. 24, 1996

Klonierungsverbot

Nach der Präsentation des geklonten Schafes in Schottland und der gentechnisch hergestellten Affen in den USA haben sich zahlreiche Wortmeldungen für eine gesetzliche Regelung der Klon-Experimente ausgesprochen. Der Vatikan fordert alle Regierungen auf, das Klonen von Menschen zu verbieten. Die Regierung in Portugal hat bereits angekündigt, daß sie mit gutem Beispiel vorangehen und im Zuge einer größeren anstehenden Verfassungsreform die künstliche Herstellung genetisch identischer Menschen verbieten wolle.

Kathpress, 53, 6.3.1997

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol.21 No.5 October 1996

ANNE DONCHIN: Feminist Critiques of New Fertility Technologies: Implications for Social Policy; LAURA M. PURDY: What Can Progress in Reproductive Technology mean for Women?; SUSAN SQUIER: Fetal Subjects and Maternal Objects: Reproductive Technology and the New Fetal/Maternal Relation; MELINDA A. ROBERTS: Human Cloning: A Case of no Harm Done?

REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien.

Quartalsschrift in Spanisch.

Vol. VII No.27, 3a 1996

Tema de Estudio: El debate actual sobre la eutanasia

JOSÉ MA. BARRIO MAESTRE: La eutanasia. Una reflexión antropológica; MA. DEL CARMEN VIDAL CASERO: Eutanasia active y pasiva. Sus implicaciones ética; CARMEN D. MEDINA Y ESTHER MEDINA: Eutanasia y naturaleza humana;

DR. H. JOCHENSEM: Eutanasia: la situación en Holanda y una evaluación ética; DR. W. J. EIJK: Eutanasia contra el quinto mandamiento; ANA MA. MARCOS DEL CANO: La eutanasia en el ordenamiento jurídico holandés; ARMANDO GARDUNO ESPINOSA Y OSCAR SANCHEZ GUERRERO: Ortotanasia: un enfoque de atención al niño con enfermedad terminal;

Colaboraciones: Fundamentación: FÉLIX J. MARTÍN, ADRIÁN CORDÓN: Aproximación al estudio del origen de la ética clínica actual;

Exonomía y Sanidad: FLORENCE TABOULET: Reducción de los gastos

sanitarios y medicina hipocrática: de la antinomia a la conciliación; Derecho: Por qué „no“ al proyecto Laferriere-Storani de regulación de la fecundación; PATRICK McCRYSTAL: Qué clase de receta? El dilema ético de los fármacos abortivos; Clausula de conciencia del farmacéutico, adoptada por Asociaciones Profesionales y Juntas de Farmacia en los Estados Unidos y Puerto Rico;

Questiones de actualidad: José Miguel Serrano Ruiz-Calderón: Los trescientos; Documento del Instituto di Bioetica del Sacro Cuore: „Contra la experimentación con embriones humanos“;

A proposito de un caso clínico: JESUS GONZÁLEZ CAJAL: Psiquiatría y ética: el principio de justicia;

Documentación: Puerto Rico: Código de Ética Profesional del Colegio de Farmacéuticos.

ETHICS & MEDICINE. An International Christian Perspective on Bioethics. Bannockburn, IL, USA, London GB.

Quartalsschrift in Englisch.

12:2, 1996

AGNETA SUTTON: Comment; STEPHEN WILLIAMS, M.A., PH.D.: Life Without Hippocrates: the Vision of Nietzsche; AGNETA SUTTON: The British Law on Assisted Reproduction: A Liberal Law by Comparison with Many Other European Laws; BRUCE A. LITTLE, D.MIN.: Philosophical Considerations for Christian Ethics.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalsschrift in Italienisch.

Vol.5 (1996), Fasc.2 Luglio/Dicembre

Studi: JUAN MANUEL BURGOS: Weber e lo spirito del capitalismo. Storia di un problema e nuove prospettive; MARIANO FAZIO: Il singolo

kierkegaardiano. Una sintesi in divenire; MICHELE MARSONET: I rapporti tra scienza e metafisica; MIGUEL PÉREZ DE LABORDA: Sujeto, proprio y esencia: el fundamento de la distinción aristotélica de modos de predicar; IGNACIO YARZA: Ética y dialéctica. Sócrates, Platón y Aristóteles;

Note e commenti: ANTONIO MALO: Il desiderio: precedenti storici e concettualizzazione platonica; GABRIEL J. ZANOTTI: El problema de la „Theory Ladennes“ de los juicios singulares en la epistemología contemporánea;

Recensioni: J.M. BURGOS, La inteligencia ética. La prouesta de Jacques Maritain (F. Fernández); C. RAPP, Identität, Persistenz und Substantialität (L.F. Tuninetti); P. ROGER (ed.), L'homme des Lumières (D. Gamarra); J. VILLANUEVA, Noología y reología: una relectura de Xavier Zubiri (J.J. Sanguinetti);

Schede bibliografiche: E. FORMENT, San Anselmo (M. Pérez de Labora);

A. FUMAGALLI, Il reale nel linguaggio (D. Gamarra); D. INNERARITY, La irrealidad (D. Gamarra); G. ROCCI, C.G. Jung e il suo Daimon. Filosofía e psicología analítica (M.T. Russo).

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien. Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch.

Anno XII, n. 1 – Giugno 1996

Sommario: Editoriale; PROF. RAMON GARCIA DE HARO, in memoriam;

H. HUDE: La famille, fondement de la société; LEO SCHEFFCZYK: Familie und Gesellschaft, theologische Aspekte; FRANCESCO D'AGOSTINO: Il Matrimonio nel diritto: aspetti istituzionali „ideali“; GIORGIO

CAMPANINI: Le politiche familiari nella crisi del „Welfare state“; JANNE HAALAND MATLÄRY: The family under siege: the western political process and the example of the Beijing conference; MARIE HENDRICKX: Famille et société dans l'enseignement du Magistère; GÉRARD FRANCOIS DUMONT: Les aspects socio-demographiques de la famille dans le monde;

In rilievo: ROBERTO COLOMBO: „Statuto biologico“ e „Statuto ontologico“ dell'embrione e del feto umano; CARL A. ANDERSON: Waiting for Hippocrates: the „right to die“ and the U.S. constitution; TADEUSZ STYCZEN: La libertà vive di verità. Intorno all'Enciclica Veritatis Splendor (II parte);

Nota critica: GILFREDO MARENGO: La famiglia sacramento antico; Vita dell'Istituto: A. Situazione statistica degli studenti; B. Situazione dei titoli di studio; C. Attività scientifiche.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch. Band 8, Heft 4 1996

Editorial: DIETRICH RÖSSLER: Zur Diskussion über die Bioethik-Konvention;

Originalarbeiten: FRANZ JOSEF ILLHARDT: Spannung zwischen Alt und Jung? Fairneß und das Modell der Altersmedizin; BETTINA SCHÖNE-SEIFERT, CLEMENS EICKHOFF: Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten-Studie;

Fall und Kommentare: Behandlungsverzicht nach Suizidversuch; Informationen: IVAN SEGOTA: Der erste ärztliche Kodex in Kroatien;

JAN PAYNE: Unterricht in medizinischer Ethik in Tschechien; FERNANDO LOLAS: Medizin als Ressource in der Gesundheitsfürsorge.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 26 Number 6 November-December 1996

In Search of the Good Society: Bioethics, Our Crowd, and Ideology: ALBERT R. JONSEN, RENÉE C. FOX; Is Ustice Enough? Ends and Means in Bioethics: NORMAN DANIELS, EZEKIEL J. EMANUEL, BRUCE JENNINGS; Daniel Callahan: On Living (Well) within Limits: WILLIAM F. MAY; Can Nature Serve as a Moral Guide?: LEON R. KASS, BRYAN G. NORTON, STRACHAN DONNELLEY; Does Clinical Ethics Distort the Discipline?: THOMAS H. MURRAY, BARBARA A. KOENIG, JUDITH WILSON ROSS; Escaping from Legalism: Is It Possible?: ALEXANDER MORGAN CAPRON, CARL E. SCHNEIDER, GILBERT MEILAENDER; Can the Moral Commons Survive Autonomy?: ROBERT M. VEATCH, WILLARD GAYLIN, BONNIE STEINBOCK.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 1996/6

Editoriale: La donazione di embrione; M. B. FISSO, E. SGRECCIA: Etica dell'ambiente, E. SPAZIANTE: L'aborto provocato: dimensioni planetarie del fenomeno. Aspetti epidemiologici, demografici e considerazioni di bioethica sociale; C. CATANANTI: L'antropologia alla base della medicina: un dibattito antico ed attuale; D. CAVANAGH: Right to life in the American Medical System;

Documentazione: Dal magistero del Santo Padre;

I. GIOVANNI PAOLO II: Colmare il preoccupante vuoto di etica sociale per evitare il rischio di cadere in una conflittualità permanente e nel razzismo;

II. IL PAPA: La vita va difesa specialmente quando si esprime nella più lacerante precarietà;

III. IL SANTO PADRE: I coniugi che chiamano alla vita un nuovo essere umano esprimono la ricchezza del loro rapporto e cooperano con Dio; Dalla Santa Sede:

I. Pontificio Consiglio per la Famiglia: „La famiglia e l'economia nel futuro della società“;

II. Pontificio Consiglio per la Famiglia: Secondo Incontro Internazionale con Politici e Legislatori dell'America;

Dal Magistero Episcopale: Vescovi del Nicaragua: Lettera sulla pastorale familiare e i temi della vita;

Dagli Organismi scientifici: Italia: Centro Studi e Ricerche per la Regolazione Naturale della Fertilità dell'Università Cattolica del Sacro Cuore: Dichiarazione finale del VII Congresso Internazionale „Alle sorgenti della vita“;

Dalla Legislazione italiana: Legge 15 febbraio 1996, n. 66: Norme contro la violenza sessuale;

Notiziario: VII Congresso Internazionale su „Alle sorgenti della vita“; Seminario di studio sullo statuto dell'embrione umano;

Recensioni: DI PIETRO M. L., CESARI G.: L'educazione della sessualità (M. L. Furiosi); BANKOWSKY Z., BRYANT J. H.: Poverty, Vulnerability and the Value of Human Life. A Global Agenda for Bioethics (G. Miglietta);

Der Gerechtigkeitsanspruch des Rechts

Rechtsethik Band 3

M.BECK-MANNAGETTA, H.BÖHM, G.GRAF (Hrsg)
Springer Wien/New York, 1996
ISBN 3-211-82831-1

Der Band ist aus Anlaß des 65. Geburtstages von Theo MAYER-MALY (am 16.8.1996) von seinen Mitarbeitern BECK-MANNAGETTA, BÖHM und GRAF im Verlag Springer (Wien) herausgegeben worden. Er ist aber nicht als Festschrift konzipiert, sondern soll die Diskussion zu einem wichtigen Thema vorantreiben. Dies dürfte ihm auch gelingen.

Jeder Mensch fordert vom Recht, daß es gerecht sei. Ungerechtes Recht will niemand. Diese einfache Einsicht hat John RAWLS in das Zentrum seiner Theorie der Gerechtigkeit gestellt. Andererseits erhebt alles Recht den Anspruch, Gerechtigkeit zu verwirklichen. Zumindest gibt es keinen Gesetzgeber, der zynisch die Ungerechtigkeit seiner Anordnungen rühmen würde. Den mit dem Gerechtigkeitsanspruch des Rechts zusammenhängenden Fragen geht ein Autorenteam für die hauptsächlichen Phasen der Rechtsentwicklung und für die wichtigsten Rechtsgebiete (leider mit Ausnahme des Strafrechts) nach. Wolfgang WALDSTEIN, der nun an der Lateranuniversität lehrt, stellt die juristische Relevanz der Gerechtigkeit bei ARISTOTELES, CICERO und ULPIAN (von dem wir ja die maßgebliche Definition der iustitia haben) dar. BECK-MANNAGETTA präsentiert wesentliche Elemente aus der mittelalterlichen Rechtslehre, besonders aus GRATIANS Dekret und aus THOMAS VON AQUIN. Dem 18. Jahrhundert und den Vorstufen des Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches wendet sich Wesener zu. Franz BYDLINSKI, der die österreichische Methodendiskussion revolutioniert hat, stellt in einem umfangreichen Beitrag die Bedeutung der Gerechtigkeit in der juristischen Praxis her-

aus. Es macht ja einen besonderen Vorzug der Rechtstheorie BYDLINSKIS aus, daß sie in erster Linie versucht, der Praxis zu dienen. Abstrakter sind die Überlegungen von Georg GRAF zum Verhältnis zwischen Moral und Zivilrecht ausgefallen. Daß in diesem Band nicht nur „Naturrechtler“ zu Wort kommen, zeigen die Ausführungen von Robert WALTER über das Problem der Gerechtigkeit in der Reinen Rechtslehre, als deren unbestrittenes Schlußhaupt derzeit WALTER anzusehen ist. Wer WALTER als einen Meister des positiven Verfassungs- und Verwaltungsrechts kennt, wird nicht nur von seiner beachtenswerten ARISTOTELES-Exegese, sondern auch von seinen Zitaten aus der Heiligen Schrift überrascht sein. Was Gerechtigkeit als Entscheidungskriterium in der verfassungsgerichtlichen Judikatur bedeutet, zeigt Martin SCHLAG, wobei der Blick besonders auf den Gleichheitssatz fällt. Die Sondergebiete Arbeitsrecht, Sozialrecht, Wirtschaftsrecht und Mietenrecht werden von GRILLBERGER, TOMANDL, KOPPENSTEINER und BÖHM mit der Gerechtigkeitsfrage konfrontiert. Was diese mit dem Rechtsmißbrauchsverbot zu tun hat, zeigt Heinrich HONSELL.

H.UFER

Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch Wirklichkeit und Wege

L.GEISLER

Pharma Verlag Frankfurt GmbH

3.erweiterte Auflage, 1992

ISBN 3-926681-02-0

„Ich habe mich verhalten wie viele meiner Kollegen. Damit habe ich Chancen vertan, Hoffnungen enttäuscht und mich selbst um einen Teil der Früchte meiner Arbeit betrogen. Heute weiß ich, daß das richtige Gespräch zwi-

schen Arzt und Patient nahezu alles bewegen kann und sich ohne das richtige Gespräch fast nichts bewegt. Dieses Buch ist der persönliche Versuch, die Wege zum richtigen Gespräch zwischen Arzt und Patient aufzuzeigen“.

Mit diesen Worten endet die Einleitung – der Autor sagt dazu „Bekenntnis – statt eines Vorworts“ – zu einem Buch, das in der Folge auch hält, was es verspricht. L. GEISLER, Chefarzt einer Inneren Abteilung, schreibt ein Buch, das nicht Theorien oder abstrakte Thesen anführt. Er versteht es, von seiner persönlichen, reichen Erfahrung ausgehend, das Arzt-Patient-Gespräch unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Theorien (Kommunikation, Körpersprache, etc.) zu analysieren. Die Art und Weise der Aufbereitung der Thematik ist gerade für den Arzt leicht zugänglich, weil sie mit zahlreichen Beispielen belegt und erläutert wird. Das persönliche Anliegen des Autors, seinen Kollegen Wege aufzuweisen, die zum Gelingen des Gesprächs mit dem Patienten führen, schwingt im Hintergrund stets mit und gibt dem Stil eine sympathische Note.

Im ersten Abschnitt werden allgemeine Überlegungen zum Gesprächsrahmen und zur -technik gebracht. Der aufmerksame Leser kann neben allgemeinen Erläuterungen bereits zahlreiche, sehr konkrete Anregungen für den eigenen Alltag bekommen. Dabei geht es niemals aber bloß um das Erlernen einer Technik, sondern um Hilfestellungen für eine gezielte Reflexion. Die „Kunst der Frage“ (§ 86 ff) beispielsweise zeigt in höchst anschaulicher Weise auf, daß die gute Frage Instrument der Arzt-Patient-Beziehung ist, während falsche oder schlecht gestellte Fragen diese Kommunikation häufig unterbinden.

Der zweite, spezielle Teil des Buches geht auf konkrete Situationen der Arzt-Patient-Beziehung ein. Hier kommen Angst, Motivation, Compliance zur Sprache. Der Autor widmet aber auch den Gesprächen auf Intensivstationen, der Kommunikation mit Aphasikern oder auch mit Todkranken und Sterbenden ei-

gene Kapitel. Immer wieder wird die Bedeutung der Sprache zur Lösung vieler Schwierigkeiten aufgezeigt und, wie schon gesagt, auch glaubhaft vermittelt.

Eine ausführliche Literaturliste am Ende ermöglicht die Vertiefung in verschiedenen Sachbereichen. Das Buch mag mehrere Funktionen erfüllen. Es ist einerseits persönliches Zeugnis, Denkanstoß und Anregung für den tätigen Arzt, darüberhinaus aber auch eine gute Einführung für den Medizinstudenten oder angehenden Arzt, der, mit solchem Wissen ausgestattet und bereichert, sicher seiner Aufgabe besser gerecht werden kann.

N. AUNER

Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht, in „Forum interdisziplinäre Ethik“

WILLINGER Helga

Bd. 12 (Hrsg. Gerfried W. HUNOLD)

Verlag Peter Lang

Frankfurt am Main, 1996

ISBN: 3-631-49114-X

Aufklärung war immer schon ein Wort, das – unabhängig von der Thematik – zur Diskussion anregte. Von dem befreienden Wert der Wahrheit wissend, stellten sich und stellen sich heute genauso Mediziner, Juristen, Biologen, Historiker dieselben Fragenkomplexe: Wann und von wem soll jemand in eine bestimmte, meistens ihn persönlich treffende Wahrheit eingeführt werden? Wie weit soll und darf diese Einführung gehen? Wer setzt die Grenzen einer zu weitgehenden oder zu unvollständigen Wahrheitsvermittlung?

Auch wenn es sich um kein *klassisches*, von der Europäischen Menschenrechtskonvention unter Schutz genommenes Menschenrecht handelt, ist das *Recht auf Aufklärung* doch ein im Volk allgemein anerkannter Anspruch, der jedem Individuum zusteht. Mangelt es daran,

fühlt es sich nicht ernst genommen, ja geradezu menschenunwürdig behandelt. Geht man zu ungeschickt damit um, ist dieser Mensch in seinem Inneren verletzt. WILLINGER hat es erkannt und mit ihrem Beitrag versucht sie, ein Konzept herauszuarbeiten, welches in einer der heikelsten Situationen des menschlichen Lebens – und zwar der Krankheit – unter der Analyse der geltenden Gesetzeslage und in Anwendung ihrer exzellenten Kenntnisse über den Menschen und seine Nöte eine ärztliche Aufklärung darstellt, die dem Einzelnen gerecht wird. In ihrer angenehmen Nüchternheit geht es ihr nicht nur darum, auf die mit dem Finger aufzeigende Presse, auf TV-Serien oder skandalöse ausländische Zeitschriften zu hören; auch beschäftigt sie sich nicht zu sehr mit irgendwelchen Spitaldirektoren, die nervös über ihren Mangel an Zeit klagen und aus diesem Grund ihre Patienten vernachlässigen; genauso wenig schaut sie auf den einzelnen überforderten Doktor, welcher sich die Hände in der Unschuld des schon populär gewordenen Begriffes der Spitalmisere wäscht. Ärztliche Aufklärung muß unabhängig von all dem geschehen und zwar deshalb, weil der Mensch viel mehr ist als ein bloßer Gegenstand, der sozusagen *repariert* gehört, weil er sich auf jeden Augenblick seines Lebens richtig einzustellen hat und wissen muß, wie es um ihn steht, und vor allem aber auch deshalb, weil es sein Recht ist – wenn es so weit ist –, erfahren zu wollen, daß das Ende seines eigenen Lebens vorzusehen ist.

Ärztliche Aufklärung ist also menschenwürdig. Und gerade weil der Mensch – auch wenn er krank ist – eben eine Würde hat, „*die den Menschen zum Menschen macht und ihn vom Tier unterscheidet*“ (S. 36) und nicht irgendein Wesen darstellt, soll diese Wahrheit am Krankenbett äußerst taktvoll vermittelt werden. Nun wandelt der Rahmen, der diese feinfühligere Vermittlung erleichtern soll, allerdings zwischen Ethik und Recht, zwischen Nächstenliebe und wirtschaftlichen Vorteilen, zwischen den menschlichen Vertrauensbeziehungen und

den bei Nichteinhaltung mit Strafe bedrohten Vertragsverhältnissen... Alles Begriffe, die zwar aufs Erste zu konkurrieren scheinen und doch in unserer gegenwärtigen Gesellschaft miteinander zu verbinden sind. Die paternalistisch geprägte Arzt-Patient-Beziehung, die einst das Krankendasein beherrschte, wird heute durch die Säkularisierung, Ökonomisierung, Technisierung der Medizin sowie den Wertewandel der pluralistischen Gesellschaft stark beeinflusst und verändert; sie erschwert die Klarheit und die Transparenz, die man bei socher Thematik erwartet. Das frühere Vertrauen wurde sozusagen auf die bloße Beachtung der Rechte und Pflichten umgestellt.

Im ersten Teil des Beitrages wird der ethische Aspekt der ärztlichen Aufklärungspflicht unter die Lupe genommen und sorgfältig analysiert. Es geht dabei um die Betrachtung des ärztlichen Handelns, welches nicht nur als die reine Anwendung des technischen Wissens, als die bloße Beseitigung von Symptomen verstanden werden kann, sondern als die umfassende Heilung eines Menschen. Und, weil der Mensch ein Vernunftswesen ist, ist für seine Heilung die Aufklärung wichtig. Durch die Unterrichtung über seinen Zustand soll dem Patienten die Gelegenheit geboten werden, darüber zu entscheiden, was mit dem eigenen Körper und Leben geschehen soll, da die Zustimmung des Kranken den Eingriff des Arztes legitimiert. Sie sucht außerdem den Konsens zwischen Arzt und ihm, der ihm erleichtern soll, bei bestimmten freiwilligen Therapien mitzumachen oder diese abzulehnen. Aber die Komplexität, der Reichtum eines Menschen ist so wesentlich, daß kein Normenkatalog dafür gefunden werden kann, der vorschreibt, wann und was Gegenstand dieser Unterrichtung werden soll; die höchst fallbezogene und vor allem ethische Entscheidung zur Aufklärung hängt vom Patienten, vom Arzt, von der Krankheit, vom Augenblick ab, wenn sie erfolgreich gelingen soll. Wenn man von einer menschengerechten Behandlung spricht, muß angenommen

werden, daß – bei allem Respekt vor der Autonomie des Kranken – sein Selbstbestimmungsrecht in verschiedenen Situationen hinter die Fürsorgepflicht des Arztes zurücktreten kann.

Die Ausübung des medizinischen Berufes basiert zwar einerseits auf der Wissenschaft, sie ist jedoch andererseits durch die Ethik determiniert.

Der zweite Teil ist dem Recht und seiner Rolle bei der medizinischen Behandlung gewidmet. Die Kapitel beschäftigen sich sowohl mit der Gefahr der Verrechtlichung – wenn man jeden Handgriff regeln will! – als auch mit der Notwendigkeit und den Vorteilen der Normierung dieses Bereichs. Das Recht schafft aus dem „Anspruch auf Aufklärung“ des Patienten die „Aufklärungspflicht“ des Arztes. Und auch wenn sich der Laie dagegen wehrt, das Gesetz als „Krankheitsbegleiter“ zu akzeptieren, wird aus diesen Zeilen die Bedeutung seiner Existenz und die Rechtfertigung klar erkennbar. WILLINGER stellt sehr wohl fest, daß das Recht ohne ethischen Hintergrund nicht auskommen kann, es aber unter Menschen unentbehrlich wird, weil die Ethik allein – ohne über Zwangsinstrumente verfügen zu können – zu wenig bietet. Rechtliche Normen sind erzwingbar, sie werden durch ihre Sanktionierbarkeit und Durchsetzungsmöglichkeit gekennzeichnet, was natürlich und im Gegensatz zu anderen Systemen im Notfall schärfer greift. Immerhin handelt es sich bei dem Thema um Leib und Leben, um Gesundheit, um Selbstbestimmung, alles Rechtsgüter höchsten Ranges, die des Schutzes bedürfen; und dieser Schutz kann erfolgreich nur der Staat durch die Rechtsordnung übernehmen. Das Recht übt *Schutzfunktion* aus und bietet eine gewisse *Mißbrauchsabwehr*, welche die Ethik nicht imstande ist vorzusehen. Das Recht wird durch die Klarstellung in Konfliktfällen gleichzeitig als *richtliniengebend* geschätzt; es *stabilisiert* das Vertrauen und erleichtert dem Patienten, sich im Gesetz dadurch sicher zu fühlen, daß er nicht davon ausgehen muß, daß sein Gesundwerden ausschließlich einem konkreten Arzt überlassen wird.

Also rechtliche Normierung ist evident, denn im Streitfall soll das Recht Ansprüche durchsetzbar machen und Klarheit bringen für beide Teile. „*Recht bietet die Möglichkeit, außerrechtliche Normen, also Wertvorstellungen, zu deren Verwirklichung der verantwortungsvolle Arzt schon nach ethischen Grundsätzen verpflichtet ist, auch mit Zwangsmitteln durchzusetzen*“ (S. 86). Zweifellos ist aber damit nicht gesagt worden, daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patient völlig reglementiert werden muß. Daß der Arzt nur dann und so zu handeln hat, wenn es ihm und insofern es ihm das Gesetz vorschreibt; daß der Patient – mit dem Gesetzbuch in der Hand! – eine genaue Verfolgung der gesetzten Handlungen im Spitalsalltag prüfen und beurteilen kann; daß das einzelne Leid, der konkrete psychische Zustand, die verschiedenen Familienschicksale, das Alter und die völlig unterschiedlichen Menschentypen vorgelesen und gesetzlich festgehalten werden können. Im Interesse der Heilung und des Wohlergehens des Patienten muß Recht einen angemessenen Raum für ärztliches Berufsethos und Gewissen lassen.

Deshalb und aufgrund dieser letzten Aussage ist das *Recht auf Aufklärung* – trotz seiner durchaus zu betonenden Bedeutung – nicht schrankenlos. Und seine Grenzen werden sowohl von der Ethik als auch vom Recht gesetzt. Nicht immer kann das „alles-wissen“ und das „zu jeder Zeit-wissen“ mit Gerechtigkeit und Menschenwürde gleichgesetzt werden. Sehr wohl muß der Arzt gemäß dem Zustand seines Patienten überlegen, wieviel Aufklärung er augenblicklich verträgt und wann der richtige Moment für die „ganze Wahrheit“ gekommen ist. Das kann und darf keine Rechtssprechung regeln, auch wenn es bereits versucht wird. Dies wird gerade im dritten Teil des vorliegenden Studiums eingehend geprüft –, es geht dabei um einige prinzipielle Richtlinien, welche die Aufklärungspflicht in etwa umrahmen, damit ebenfalls das Recht auf Aufklärung staatsrechtlich gewährleistet werden kann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß es in den Verhältnissen Arzt – Patient zu Veränderungen gekommen ist, wodurch der Patient zu einem fast gleichwertigen „Partner“ geworden ist. Er will und soll deshalb in den medizinischen Prozeß miteinbezogen werden. Dies bringt zwar eine erhöhte Kontrolle des ärztlichen Handelns mit sich – was Haftungsprozesse und eine unangenehme Gefahr zur Verrechtlichung als Folge haben kann –, auf der anderen Seite ist es jedoch eine Absicherung des Einzelnen dem ganzen Gesundheitsapparat gegenüber, der immer unpersönlicher und daher immer fremder zu werden scheint. Die diesebezügliche durchaus zu rechtfertigende Rechtsordnung kann sich jedoch nicht von der persönlichen Verantwortung des handelnden Arztes, der trotzdem und in jedem Fall selber wissen muß, wie er die ihm anvertrauten Kran-

ken in diesen Entscheidungsprozeß einführt, vollkommen lösen. Gerade ein Fach wie die Medizin, die sich vor allem mit dem Menschen befaßt, darf sich nicht nur auf das Recht verlassen, vielmehr muß sie eben die stark betonte menschliche Komponente, d.h. den Umgang mit den zu behandelnden Menschen ethisch differenzieren und grundlegen, denn sonst ist diese menschliche Beziehung trotz des Rechtes völlig ungerecht.

Das Buch ist für Mediziner und Juristen sehr empfehlenswert, es ist aber auch für Leser aus anderen Fachrichtungen eine sehr interessante Abhandlung, die sie in der Annahme bestätigt, daß der Mensch in seiner höheren Würde einen besonderen Stellenwert in Wissenschaft und Praxis einnimmt.

A. LLUCH

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchnummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schriftgröße) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: Thomas H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS
(können über das Institut bezogen werden)**BÜCHER**

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.(1995) Hsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (März 1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER's „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen,
Nr. 5: Pränataldiagnose,

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, März 1997

VORSCHAU

Imago Hominis BAND IV/Nr. 2/97

SCHWERPUNKT**ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG II**

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Bernhard KUMMER, Paul HÖFINGER,
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Gerhard WAGNER
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebenstorf
Anzeigenkontakt:
Anneliese STEINMETZ
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–
Abo-Service:
Anneliese STEINMETZ
Bankverbindung:
CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für
Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung
von Artikeln, die Themen der
medizinischen Anthropologie und
Bioethik behandeln, ein. Bitte
senden Sie Ihre Manuskripte an den
Herausgeber. Die einlangenden
Beiträge werden dann von den
Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gem. §4
(4) Z 5 lit e EStG 1988 an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

OFFENLEGUNG

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)
errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5.6.1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC,
insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
Tel. +43 1 715 35 92
Fax +43 1 715 35 93

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Msgr. Dr. Michael WILHELM, Wien, Sekretär der ÖBK
Dr. Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK
Ehrw. Mutter Visitatorin Sr. Donata HAMPEL, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz
von Paul

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen
Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern
Frater Florentin LANGTHALER O.H., Wien, Provinzial der Barmherzigen Brüder

Direktor:

Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI, Wien
Ärztlicher Direktor des KH St. Elisabeth und Vorstand der Abteilung für Innere Medizin

Geschäftsführer:

Dr. Enrique H. PRAT de la RIBA, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und
der medizinischen Anthropologie.

