

Band 13 - Heft 3 - 2006

IMAGO HOMINIS

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 13 - Heft 3 - 2006



PLACEBO

3
2006

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Friedrich KUMMER

Enrique H. PRAT

Schriftleitung:

Susanne KUMMER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Wien)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Gunther LADURNER (Psychiatrie, Salzburg)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerliches Recht, Salzburg)

Hildegunde PIZA (Plastische Chirurgie, Innsbruck)

Ernst PORPACZY (Pharmaindustrie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

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.

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

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	177
------------------------	-----

AUS AKTUELLEM ANLASS

M. MEMMER <i>Patientenverfügungs-Gesetz am 1. Juni 2006 in Kraft getreten</i>	179
E. H. PRAT <i>Das Österreichische Patientenverfügungs-Gesetz aus ethischer Sicht.</i>	183
IMABE-INSTITUT <i>Stellungnahme zur Entscheidung des Ministerrates der EU, embryonale Stammzellenforschung finanziell zu fördern</i>	186
S. KUMMER <i>Gibt es ein Recht auf Unvollkommenheit? Warum ein behindertes Kind niemals eine Schadensquelle sein kann</i>	187

SCHWERPUNKT: Placebo

K. LECHNER, M. MÜLLER <i>Placebo und Placeboeffekt</i>	189
W. KUMMER <i>Missbrauch physikalischer Begriffe in den sogenannten Alternativwissenschaften</i>	201
C. PILAR <i>Religionsäquivalente in der Medizin am Beispiel der Homöopathie</i>	213
N. AUNER <i>Placebogabe und ärztliches Ethos</i>	229

PRO & CONTRA

F. KUMMER <i>Homöopathie und Allopathie im Vergleich – Eine Metaanalyse aus 110 Studienpaaren</i>	237
M. FRASS, B. WULKERSDORFER, H. FRIEHS <i>Pro Homöopathie: Was unterscheidet Homöopathie von Placebo?</i>	240
G. HITZENBERGER <i>Contra Homöopathie</i>	244

DOKUMENTE

<i>Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungsgesetz – PatVG)</i> ..	247
--	-----

NACHRICHTEN	250
--------------------------	-----

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	254
-----------------------------------	-----

BUCHBESPRECHUNGEN	256
--------------------------------	-----

Herausgeber: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT
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 92-4
E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org/>
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803
Schriftleitung: Mag. Susanne KUMMER
Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.
Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch-relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und Produktion: Robert GLOWKA
Herstellung: Buchdruckerei E. BECVAR GESMBH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien
Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA
Einzelpreis: EUR 10.– zzgl. Versand
Jahresabonnement: Inland EUR 35.–, Ausland EUR 40.–, Studentenabo EUR 20.–, Fördererabo EUR 80.–
Abo-Service: Robert GLOWKA
Bankverbindung: BA-CA, BLZ 11000, Kto. Nr. 0955-39888/00;
IBAN = AT67 1100 0095 5398 8800, BIC = BKAUATWW
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 die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.
Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 7. Juni 2006

„Placebo“ hat eine interessante Tradition: „Ich werde Gefallen finden“ kommt zunächst im Psalm 116 vor („placebo Domino in regione vivorum“), der schon im Mittelalter gerne bei Begräbnissen gesungen wurde. Die dafür angeheuerten Sänger wurden im Laufe der Zeit (12. bis 14. Jahrhundert) als „Placebo-Sänger“ bezeichnet: Sie standen damit für eine (vage) Verheißung, die sozusagen für Geld zu haben war. Im medizinischen Sprachgebrauch taucht das Wort Anfang des 19. Jahrhunderts auf (Verschreibung mehr aus Gefälligkeit als zum therapeutischen Nutzen).

Placebo steht heute für „Scheinmedikament“, welches zwecks Negativkontrolle bei der Testung eines neuen Wirkprinzips diesem entgegengestellt wird (meist in pharmakologischen Prüfungen). Das Placebo sollte also nicht nur wirkungslos, sondern auch nebenwirkungsfrei sein. Siehe da: beides konnte nicht aufrechterhalten werden, es musste sogar ein „Nocebo“ („Ich werde schaden“) definiert werden: Ein Scheinmedikament, bei dem der subjektive Schaden überwiegt.

Einerseits sollte das Placebo in der Doppelblindstudie als die wirkungslose „Negativkontrolle“ fungieren. Doch stellte sich bald heraus, dass es eine – gelegentlich sensationelle – Wirkung hat und das angeblich so tolle neue Verum-Präparat matt aussehen lässt. Dieser Problematik widmen sich in dieser Ausgabe von *IMAGO HOMINIS* der klinische Hämato-Onkologe Klaus LECHNER und der klinische Pharmakologe Markus MÜLLER.

Andrerseits kommt es vor, dass so manches zugelassene und traditionsreiche Medikament der Unwirksamkeit verdächtigt wird. Konsequenz: Es wird von der Liste der vom Kostenträger bewilligten Präparate gestrichen (siehe „Rote Liste“ in der deutschen Pharmakopoe), sehr zum Missfallen jener Patienten und Ärzte, die einen guten (subjektiven) Eindruck von der Wirksamkeit haben und die von der mangelnden Nachweisbarkeit derselben (Objektivierung) nicht beeindruckt sind. Oder war es dann doch der „gute Arzt“, der mit großer Überzeugung das Medikament (und gerade dieses) verordnet hat (Effekt der „Droge Arzt“)? Mit dieser Thematik setzt sich Notburga AUNER in ihrem Beitrag auseinander.

Und noch etwas: In der klinischen Praxis geschieht es nämlich hin und wieder, dass sich das Schicksal eines angeblich unwirksamen Medikamentes wendet, weil ihm eine andere als die ursprünglich postulierte Wirkung nachgewiesen werden kann. So geschehen bei einem „schlechten“ schleimlösenden Präparat, das in einen „guten“ Entzündungshemmer umfunktioniert werden konnte (N-Acetyl-L-Zystein). Dies soll uns bewusst machen, dass der Nachweis der Wirksamkeit (und auch der Nebenwirkungen) von der gewählten Untersuchungsmethode abhängig sein kann. Soll man also Unwirksames weiterempfehlen, wenn es nur subjektiven Nutzen bringt? Soll der Arzt dem Drängen der Patienten nachgeben und ein – nach des Arztes Überzeugung – unwirksames Medikament verschreiben? Was kann man dem Arzt in der klinischen Praxis dabei raten?

An diesen Punkten angelangt muss auch die Problematik der alternativen Heilmethoden in den Blick genommen werden. An ihnen, nämlich der Homöopathie, wie auch den Bachblüten, der Anthroposophie, den Edelsteinen, den Erdstrahlen etc. fällt auf, dass das postulierte Wirkprinzip eher den Geisteswissenschaften (Mythologie, Semiotik etc.) als dem naturwissenschaftlichen Ansatz zugeordnet werden muss. Dies wird von den Anwendern durch problematische Erklärungen zu kompensieren versucht, die sich ihrerseits aber aus dem Fundus z. B. der Physik bedienen. Gegen solche Übergriffe argumentiert der theoretische Physiker W. KUMMER in seinem Beitrag.

Die Homöopathie als die wohl zur Zeit traditionsreichste und populärste Methode der Alternativmedizin nimmt in dieser Ausgabe einen größeren Platz ein, weil sie sich seit eh und je die Frage nach der Placebowirkung gefallen lassen muss. Dagegen spricht sich der Intensivmediziner und Vertreter dieser Methode Michael FRASS aus, für die Placebowirkung plädiert der Doyen der klinischen Pharmakologie Gerhart HITZENBERGER.

Auch scheinen sich Proponenten diverser alternativer Methoden auf eine metaphysische Argumentation einzulassen, um mit Glaubenssatz und Wahrheitsanspruch den hypothetischen Ursprung und die Effizienz ihrer Methode zu stützen. Diesem Phänomen geht Clemens PILAR in seinem Beitrag nach, wobei er auch auf die (gerade 200 Jahre alt gewordene) Homöopathie eingeht. Diese seine Wahl erfolgte im Hinblick auf ausge dehnte Schriften neuester Zeit, in denen der religiöse Aspekt in den Lehren HAHNEMANNS angesprochen und sogar weitergeführt worden ist. Die Formulierungen PILARS lassen zwar seine eigene kritische Haltung in diesem Punkt durchblicken, doch gelingt es ihm, eine einseitige Abwertung zu vermeiden und dem Leser die Beurteilung zu überlassen.

Was rät hier die Bioethik? Wie soll es weitergehen mit den „echten“, vermeintlichen und geleugneten Placebos?

1. Im Zeitalter der Patientenautonomie darf der Patient zusätzlich zur Schulmedizin eine ergänzende (komplementäre) Methode in Anspruch nehmen, solange kein „Nocebo“ daraus wird.

2. Die Ärztin/der Arzt jedweder Ausrichtung muss sich elementare anthropophile Erziehungsgüter bewahren wie Takt, Achtung vor der Würde der Person sowie jene Tugenden, die zur Praxis des „bene facere“ und „nil nocere“ befähigen, auch wenn es um ein vom Patienten eingefordertes Placebo geht.

3. Die Schulmedizin darf von der Alternativmedizin lernen, wie die Asymmetrie zwischen körperlichen und seelischen Bedürfnissen zu mildern wäre, anstatt die immateriellen Sehnsüchte der Ratsuchenden einem neuen medizinischen Materialismus (Mystizismus mit fraglicher Wirksamkeit) in die Hände zu spielen, gegen den gerade die Alternativmedizin nicht immun zu sein scheint.

4. Alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte müssen sich der kontinuierlichen medizinischen Fortbildung (CME) verpflichtet fühlen, damit die „Droge Arzt“ nicht zum Nocebo wird.

Die Herausgeber

Patientenverfügungs-Gesetz am 1. Juni 2006 in Kraft getreten

Michael MEMMER

1 Das neue Bundesgesetz

Das „Bundesgesetz über Patientenverfügungen“ (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG) wurde am 8. Mai 2006 unter *BGBI I 55/2006* kundgemacht und ist mit dem 1. Juni 2006 in Kraft getreten. Zentraler Inhalt ist die verbindliche Patientenverfügung. Die in den letzten Jahren strittige Frage, wann eine verbindliche Erklärung vorliegt, ist damit einer abschließenden Klärung zugeführt worden. Außerdem wurden durch einige wenige, aber einschneidende Neuerungen das bislang fehlende Rahmenwerk und Maßnahmen zur Missbrauchsabwehr geschaffen.

2 Anwendungsbereich

Nach § 2 PatVG kann mittels Vorausverfügung nur eine *medizinische Maßnahme* (= Eingriff therapeutischer, diagnostischer, prophylaktischer oder schmerzlindernder Art) *abgelehnt* werden. Pflegemaßnahmen werden bewusst als möglicher Inhalt einer Verfügung ausgeschlossen. Die *Sondenernährung* unterliegt aber nach heute unstrittiger Meinung den Regeln der medizinischen Heilbehandlung und nicht jenen der Pflege. Ein Ablehnungsrecht bezüglich künstlicher Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr steht dem Patienten also auch dann zu, wenn der Ernährungsabbruch den Tod nach sich zieht.

Der Wunsch nach aktiver direkter Sterbehilfe wird durch die Definition der Patientenverfügung in § 2 ausgeschlossen. Betont wird dies indirekt durch § 10 Abs 1 Z 2 PatVG, wonach eine Patientenverfügung mit

strafrechtlich unzulässigem Inhalt unwirksam ist. Hinter dieser Formulierung steht das klare Bekenntnis des Gesetzgebers gegen die aktive direkte Sterbehilfe: „In Österreich ist die aktive direkte Sterbehilfe verboten. Das soll auch so bleiben. Deshalb ist der in einer Patientenverfügung artikulierte Wunsch nach einer solchen aktiven direkten Sterbehilfe nicht bindend“ (RV 1299 BlgNR 22. GP, Erl S 9). Damit wird Befürchtungen, eine gesetzliche Klarstellung könnte sich als Einbruchsstelle für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe erweisen, unmissverständlich entgegengetreten.

In einer Patientenverfügung werden oft auch andere, über die Ablehnung von medizinischen Maßnahmen hinausgehende Punkte geregelt. Solche weiteren Inhalte stehen der Gültigkeit einer Verfügung nicht entgegen. Sinnvoller Weise sollte etwa das Besuchsrecht, die Auskunftserteilung an Vertrauenspersonen und ein mögliches Einsichtsrecht Dritter in die Krankengeschichte überdacht werden. Hier kann der Patient im Wege der Vorausverfügung sehr konstruktiv das Arzt-Patienten-Verhältnis, aber auch das Verhältnis zwischen Arzt und Angehörigen regeln.

3 Errichtung einer Patientenverfügung

Neben allgemeinen Gültigkeitsvoraussetzungen, die allen Willenserklärungen gemeinsam sind, normiert das PatVG neue Verbindlichkeitsvoraussetzungen:

Verbindliche Verfügungen müssen *schriftlich* errichtet werden; dies bedeutet eigenhändige Unterfertigung eines (ev. auch fremdhändigen oder vorgedruckten) Textes.

Dabei müssen die Krankheitssituation und die medizinischen Maßnahmen, die der Patient ablehnt, konkret beschrieben werden. Da die Antizipation aller erdenklichen Situationen unmöglich ist, lässt es das Gesetz genügen, wenn die abgelehnten Maßnahmen eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen.

Zentrale Bedeutung bei der Errichtung kommt künftig dem Arzt zu. Er muss im Rahmen des Beratungsgesprächs *prüfen, ob der Patient einsichts- und urteilsfähig ist*; nur dann kann er ihn aufklären. § 5 PatVG bürdet dabei dem Arzt keine neue Verpflichtung auf, da er sich immer über die Zulässigkeitsbedingungen seiner Behandlung (hier das Vorliegen der Selbstbestimmungsfähigkeit) im Klaren sein muss.

Sodann muss der Arzt den Patienten „*umfassend*“ aufklären. Die Aufklärung bezieht sich nur auf die in der Vorausverfügung genannte Krankheitssituation und die abgelehnten Maßnahmen; „umfassend“ ist im Lichte der höchstgerichtlichen Judikatur als Totalaufklärung zu verstehen, da im konkreten Fall weder eine zeitliche noch eine sachliche Dringlichkeit gegeben ist. Ohne Erhalt aller Informationen fehlt die Grundlage für eine verbindliche Entscheidung des Patienten! Ein Aufklärungsverzicht wird vom Gesetzgeber durch die „Muss-Bestimmung“ des § 5 PatVG bewusst ausgeschlossen; die hierdurch erzwungene Auseinandersetzung des Patienten mit der Sinnhaftigkeit seiner Verfügung ist der Ausgleich dafür, dass das PatVG keine Reichweitenbegrenzung vorsieht.

Außerdem muss der Patient dem Arzt gegenüber glaubhaft machen, dass er die *Folgen seiner Verfügung* zutreffend einschätzt – etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt. Der Gesetzgeber will damit vermeiden, dass unreflektierte Entscheidungen schlagend werden. Die Wertigkeit des Lebens wird hier über den Patientenwillen gestellt!

Der Arzt muss auf der Verfügung selbst oder in einer gesonderten (und später als Anhang

zur Patientenverfügung fungierenden) Urkunde sowohl die erfolgte Aufklärung als auch die Einsichts- und Urteilsfähigkeit *bestätigen* und die *Gründe darlegen*, weshalb der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt. Korrespondierend zu diesen Bestätigungen trifft den Arzt eine entsprechende *Dokumentationspflicht*.

An die ärztliche Beratung schließt die Rechtsbelehrung durch einen *Notar, Rechtsanwalt oder einen rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenrechtsanwaltschaft* iSd § 11e KA-KuG an; idealerweise sollten Arzt und Jurist in einem gemeinsamen Beratungsgespräch zusammenwirken. In der *Rechtsbelehrung* ist der Patient insbesondere über das Wesen einer verbindlichen Erklärung, die Möglichkeit eines Widerrufs, die notwendige Bekräftigung nach fünf Jahren und Alternativen zu einer verbindlichen Verfügung zu unterrichten.

Der Jurist hat außerdem zu prüfen, ob die Verfügung frei und ernstlich erklärt wird, nicht durch Irrtum, List, Täuschung oder Zwang veranlasst worden ist, dass ihr Inhalt erlaubt und möglich ist und eine vom Patienten angestrebte verbindliche Verfügung alle vorgeschriebenen Kriterien erfüllt.

Nach dieser Rechtsbelehrung und den notwendigen Bestätigungen hierüber erfolgt die *Errichtung* der Patientenverfügung durch Unterschreiben der Verfügung vor dem Notar, Rechtsanwalt oder Patientenvertreter.

4 Rechtswirkungen einer Patientenverfügung

4.1 Verbindliche Patientenverfügungen

Eine *verbindliche Verfügung* ist hinsichtlich ihrer Wirkung nicht anders zu beurteilen als eine aktuell ausgesprochene Behandlungsablehnung; der Arzt hat ihr in jedem Fall zu folgen, andernfalls begeht er eine eigenmächtige Heilbehandlung.

Eine solche Verfügung bleibt fünf Jahre lang verbindlich. Spätestens dann muss sie unter Einhaltung aller zuvor genannten Schritte erneuert werden. Die *regelmäßige Erneuerung* ist zu begrüßen, da der Patient gezwungen wird, sich immer wieder mit seiner Verfügung, mit seiner eventuell schon vorliegenden Erkrankung, mit Entwicklungen in der Medizin etc. zu beschäftigen.

Verliert der Patient vor der Erneuerung seine Einsichts- und Urteilsfähigkeit, bleibt die Verfügung *unbegrenzt verbindlich* (§ 7 Abs 3 PatVG) – schließlich ist die Vorausverfügung ja gerade für diesen Fall konzipiert. Wenn sich der *Stand der medizinischen Wissenschaft* in Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat, verliert die Verfügung ihre Wirksamkeit.

4.2 Beachtliche Patientenverfügungen

Erfüllt eine Verfügung nicht alle zuvor genannten besonderen Verbindlichkeitskriterien, entfaltet sie zwar keine unmittelbare Bindungswirkung, ist aber als so genannte „*beachtliche*“ Verfügung ein mögliches *Hilfsmittel bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens*, der für die weitere ärztliche Behandlung maßgebend ist. Liegt keine Entscheidung durch einen hierfür zuständigen Bevollmächtigten (siehe neues SWRÄG 2006, BGBl I 96/2006) oder einen Sachwalter vor, muss der Arzt aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Anhaltspunkte und Umstände des Einzelfalls ermitteln, wie der Betroffene in der gegebenen Situation entscheiden würde, wenn er seinen Willen noch kundtun könnte (= mutmaßlicher Patientenwille). Er hat dabei pflichtgemäß und nicht nach freiem Gutdünken vorzugehen; deshalb ist jedes verfügbare Indiz – und damit insbesondere eine beachtliche Patientenverfügung – bei der Ermittlung des Patientenwillens heranzuziehen. Dieser kommt umso mehr Bedeutung zu, desto stärker sie sich den Kriterien einer verbindlichen Verfügung annähert. Der festgestellte hypothe-

tische Wille bindet den Arzt rechtlich ebenso wie ein aktuell artikulierter Wille.

4.3 Gründe für die differenzierten Rechtsfolgen

Die Unterscheidung zwischen Verbindlichkeit und Beachtlichkeit hat ihren guten Grund: Die Vorwegnahme aller möglichen Fallkonstellationen ist in einer Patientenverfügung unmöglich. So wird es sich immer wieder ereignen, dass ein Patient die gesetzlichen Erfordernisse für eine verbindliche Verfügung erfüllt hat, die eingetretene Krankheitssituation aber nicht mit der in der Verfügung umschriebenen übereinstimmt. In diesem Fall kann die Verfügung den behandelnden Arzt mangels Handlungsdirektive nicht binden; sie kann ihm aber wichtige Informationen über die generellen Wünsche seines Patienten liefern. Außerdem räumt der Gesetzgeber dem Patienten damit die Möglichkeit ein, eine Vorausverfügung ohne Behandlungsanweisung (eine sog. Wertanamnese) zu verfassen. Schließlich erlaubt die beachtliche Patientenverfügung dem Patienten die Errichtung einer Verfügung, ohne die im Gesetz dafür vorgesehenen und mit Kosten verbundenen Hürden nehmen zu müssen. Es wäre deshalb verfehlt, von einer „minderen“ Form zu sprechen, nur weil sie – willentlich oder unbeabsichtigt – nicht alle Verbindlichkeitserfordernisse erfüllt; es handelt sich um eine vom Gesetzgeber bewusst konzipierte Alternative!

5 Missbrauchsabwehr

Ein Fortschritt gegenüber der alten Rechtslage ist in der Verwaltungsstrafbestimmung des § 15 PatVG zu sehen. Damit wird gewährleistet, dass die Errichtung einer Verfügung ausschließlich im freien Ermessen des Patienten liegt und nicht durch äußere (insbesondere wirtschaftliche) Zwänge beeinflusst wird. Besondere Bedeutung erhält dies beim Zugang oder Erhalt von Versorgungsleistungen, aber auch bei Abschluss von Versicherungsverträgen.

6 Ausblick

Der Nationalrat hat beschlossen, das PatVG in drei Jahren einer Evaluierung zu unterziehen. Außerdem werden derzeit noch Überlegungen angestellt, ob ein Hinweis auf das Bestehen und den Aufbewahrungsort einer Patientenverfügung auf der e-card gespeichert werden kann; alternativ oder ergänzend hierzu wird auch die Errichtung von Registern angedacht. Diese Entwicklungen gilt es nunmehr abzuwarten.

Literaturhinweise:

- AIGNER G., *Die Patientenverfügung – Zur Entstehungsgeschichte des PatVG*, FamZ 1/Nr. 2 (2006): 66-68
 BARTH P., *Die Patientenverfügung und ihre praktischen Folgen für den behandelnden Arzt*, FamZ 1/Nr. 2 (2006): 72-76
 KATHREIN G., *Das Patientenverfügungs-Gesetz*, ÖJZ 61/Nr. 14/15

- (2006): 555-567
 KLETECKA-PULKER M., *Checkliste Patientenverfügung*, FamZ 1/Nr. 2 (2006): 76-77
 KUNZ P., GEPART C., *Aufgaben der bei der Errichtung einer Patientenverfügung mitwirkenden Juristen – am Beispiel des Rechtsanwalts*, FamZ 1/Nr. 2 (2006): 81-85
 MEMMER M., *Patientenverfügungen – Rechtslage nach dem 1. Juni 2006*, FamZ 1/Nr. 2 (2006): 69-72
 MEMMER M., *Überlegungen zum Patientenverfügungs-Gesetz 2006*, in: MEMMER M., KERN G. (Hrsg.), *Das Patientenverfügungs-Gesetz – Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte?*, Verlag Österreich, Wien (2006), S. 31-50
 MEMMER M., *Das Patientenverfügungs-Gesetz 2006*, RdM 13 (2006) (in Druck)
 PEINTINGER M., *Zum Stellenwert und zu den Aufgaben ärztlicher Aufklärung vor Errichtung einer Patientenverfügung*, FamZ 1/Nr. 2 (2006): 78-81

Univ.-Prof. Dr. Michael MEMMER
 Institut für Römisches Recht, Universität Wien
 Hessgasse 1, A-1010 Wien
 Michael.Memmer@univie.ac.at

Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz aus ethischer Sicht

Enrique H. PRAT

Mit der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) wurde ein weiteres österreichisches Kapitel zur Umsetzung des Patientenselbstbestimmungsrechts vorläufig abgeschlossen. Nach den bisherigen Kommentaren der meisten Rechtsexperten soll das österreichische Gesetz ein sehr gutes Gesetz sein. Gilt dieses Urteil auch aus ethischer Perspektive?

Der Autonomiebegriff der Aufklärung, der vom Mainstream der Bioethik als das fundamentalste Prinzip postuliert wird und auch der vorliegenden Geschichte zugrunde liegt, ist aus anthropologischer Sicht nicht unproblematisch. Moderne Konzepte zur Umsetzung von Autonomie im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes des Menschen beruhen meist auf einer ausgesprochen individualistischen, Ich-orientierten Perspektive des Menschen. Sie berücksichtigen viel zu wenig, dass der Mensch wesentlich ein soziales Wesen ist, das auf ein „Du“ angewiesen ist, um sich als „Ich“ zu erfahren und seine eigene Identität zu finden. Person zu sein heißt immer schon, in Beziehung zu existieren. Erst in dieser natürlichen, wesenhaften Bezogenheit auf seinen Nächsten hin, in der Beziehung zu einem oder mehreren Menschen, findet der Mensch zu sich selbst. Das heißt aber auch, dass der Autonomie klare moralische Grenzen gesetzt sind. Der radikale Individualismus der Moderne stellt für viele – die meisten? – Menschen eine Überforderung dar. Das verwundert nicht, denn Gemeinschaft mit anderen ist nötig, um die Komplexität der Umwelt und Umgebung auf bestmögliche Art zu bewältigen.

Das gilt auch und besonders in Zeiten der Krankheit. Auch hier gilt: Zur Umsetzung der dem Menschen angemessenen Autonomie in der medizinischen Praxis gehört wesentlich das Vertrauen zum Arzt und zum menschlichen Umfeld, an erster Stelle zur eigenen

Familie. Das kommt nicht von ungefähr, obwohl Autonomie und Vertrauen auf den ersten Blick wenig zusammenzuhängen oder gar einander auszuschließen scheinen. Vertrauen ist soziologisch und psychologisch gesehen eine Komponente, die der Lichtung von Komplexität dient, d. h. zur Lösung von komplexen Problemen beiträgt. Vertrauen ist kein Gegensatz zur Autonomie, zeigt aber ihre anthropologische Grenze an. ARISTOTELES würde sagen, die Autonomie, die der Mensch braucht, ist jene, die ihn – im Vertrauen auf das Urteil der Experten und auf den wohlwollenden und klugen Ratschlag der ihm zur Seite stehenden Verwandten und Freunde – das Richtige mit Sicherheit entscheiden lässt. Das wäre also der Weg, um in der Praxis die Probleme zu meistern. In der Managementtheorie ist dies schon lange eine Selbstverständlichkeit. Der Mensch als dialogisches Wesen lebt nicht allein auf der Erde, im Elfenbeinturm seiner Autonomie, in der Monade. Er darf und soll seine Probleme in der Gemeinschaft lösen.

Eine einseitige Ausweitung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten kann also nur dann sinnvoll sein, wenn das entsprechende notwendige Vertrauensverhältnis vorhanden ist, um dieses Recht wirklich umzusetzen, d. h. wenn der Patient wirklich jene Unterstützung aus seinem Umfeld bekommt, die es ihm erlaubt, sich frei von inneren und äußeren Zwängen für das für ihn Richtige zu entscheiden. Fehlt jedoch die fachkundige Aufklärung oder die menschliche Zuwendung einer ihn tragenden Familie, wäre der Autonomieausbau ein rein formeller. Er würde keine wirkliche, sondern meist nur eine scheinbare Selbstbestimmung mit sich bringen und vielfach eine Überforderung zahlreicher Patienten. Kehren wir nun zum neuen Patientenverfügungsgesetz zurück. Das österreichische PatVG bedeutet

eine Erweiterung der Geltung der Autonomie des Patienten, weil es Vorausverfügungen des Betroffenen unter gewissen Bedingungen bindend werden lässt. Angesichts des Gesundheitssystems, der demographischen Struktur des Landes und der Lage der Familie sehe ich jedoch leider wenig Anlass zur Hoffnung, dass damit tatsächlich die Autonomie vieler Patienten gestärkt wird. Aus anthropologischer Sicht lässt sich die Verbindlichkeit einer Vorausverfügung auch deswegen in Frage stellen, weil bei deren Einrichtung die Unmittelbarkeit der Entscheidungssituation fehlt und damit dem Patienten zwangsläufig ganz wichtige Informationen zu seiner Entscheidung fehlen. Wie oft wurden Ärzte und Pflegepersonal von der Leichtigkeit überrascht, mit der ein Patient beim Eintreten des Ernstfalls seine oft wiederholten Wünsche krass revidiert! Wie anders klingen dann die Worte der Aufklärung und wie schnell ändert sich die Stimmungslage. In Deutschland wird über das Thema der Patientenverfügung seit Jahren eine so hitzige Diskussion geführt, dass der Gesetzgeber sich bislang nicht im Stande sah, eine gesetzliche Regelung zur Abstimmung vorzulegen. Eine zentrale Frage scheint nämlich nicht so leicht zu beantworten zu sein: Kann eine auf Angst vor Leid oder auf Leiderfahrung gegründete Patientenverfügung wirklich selbstbestimmt sein? Was, wenn Leid subjektiv unabwendbar scheint, objektiv aber abwendbar wäre, weil durch schlechte Schmerztherapie, mangelnde Pflege oder soziale Isolation verursacht?¹

In der deutschen Diskussion hat auch folgendes Argument nicht wenig Eindruck gemacht: Das Instrument der Patientenverfügung birgt in sich die Gefahr einer schleichenden Selbstentwertung alter und kranker Menschen. Durch die gesetzliche Regelung wird jedem künftigen Patienten nahe gelegt, explizit Krankheitssituationen zu beschreiben, für die er eine Behandlung ablehnt und damit diese Zustände implizit als für ihn nicht lebenswert erklärt. Der soziale Druck, der damit entsteht, führt zu einer „normativen Akzeptanz“ von

Behandlungsverzicht, die als Wegbereiter der Euthanasie eingeschätzt werden können. Mit BECKMANN kritisierten auch viele andere innerhalb der deutschen Diskussion, dass es nicht Aufgabe der Politik sein könne, dem bereits vorherrschenden Trend, Verfügungen mit impliziter Selbstentwertung zu verfassen, einen rechtlichen Rahmen zu geben und ihm hierdurch insgesamt Vorschub zu leisten. Im Österreichischen Gesetz wird zwar der Wunsch nach Sterbehilfe im § 2 (1) und § 19 (2) implizit ausgeschlossen. Ob dies aber genügt, um das Argument zu entkräften, ist mehr als fraglich. Denn ein Therapieverzicht kann auch Selbstmord bedeuten, und wer Selbstmord in manchen Situationen als moralisch vertretbar ansieht, kommt in Argumentationsnotstand, wenn ihn der Selbstmordwillige, der sich selbst nicht töten kann, um Hilfe bittet. Es ist also nicht auszuschließen, dass das Gesetz dazu beiträgt, die soziale Akzeptanz von Euthanasie mit der sozialen Akzeptanz des Behandlungsabbruchs wachsen zu lassen, was sehr bedauerlich wäre.

In der medizinischen Praxis muss der Arzt oft den mutmaßlichen Willen des Patienten ermitteln, wenn dieser dauerhaft unansprechbar wird. Das neue Gesetz bietet dazu konkrete Abhilfe, indem die Vorausbestimmung des Patienten bindend gemacht wird. Dafür müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein:

- a) Es geht nur um Ablehnung einer medizinischen Behandlung (PatVG § 2 (1)).
- b) Die abgelehnte medizinische Behandlung, muss „konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen“ (PatVG § 4).
- c) Es muss dokumentiert sein, dass der Patient die Folgen seiner Verfügung richtig einschätzt (PatVG § 4).
- d) Ein Arzt muss dokumentieren, dass er den Patienten umfassend über das Wesen und die Folgen der abgelehnten Behandlung aufgeklärt hat (PatVG § 5).
- e) Der Arzt muss dabei auch begründet darlegen, dass er zur Einsicht gekommen ist,

dass der Patient die Folgen der Verfügung richtig einschätzt (PatVG § 5).

- f) Die Verfügung wurde vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet, und dabei hat der Patient von diesem eine Rechtsbelehrung erhalten (PatVG § 6).
- g) Die Patientenverfügung muss höchstens fünf Jahre vor dem Verlust einer Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsunfähigkeit errichtet oder erneuert worden sein (PatVG § 7).

Dennoch darf man sich nichts vormachen: Patientenverfügungen werden im Ernstfall nur selten verbindlich angewandt werden können, da die in der Verfügung beschriebenen Krankheitsumstände, für die eine Behandlung abgelehnt wird, sich kaum mit der später eintretenden Krankheit decken werden, und damit die Frage offen bleibt, ob das, was in der

konkreten Situation vorliegt ist, tatsächlich in der Verfügung gemeint war. Auf jeden Fall wird aber die Patientenverfügung ein Hilfsmittel erster Wahl bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens sein.

Viele Juristen und einige Bioethiker meinen, mit der Gesetzesneuerung wurde ein ruhmvolles Kapitel in der österreichischen Geschichte der Patientenautonomie geschrieben. Ob es sich tatsächlich um einen Meilenstein handelt, werden wir erst in einigen Jahren wissen.

Referenzen:

- 1 vgl. BECKMANN R., *Vorschläge zur Regelung von Patientenverfügungen in Deutschland*, *Imago Hominis* (2004); 11: 168-172

Prof. Dr. Enrique H. PRAT, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

Stellungnahme des IMABE-Instituts zur Entscheidung des Ministerrates der EU, embryonale Stammzellenforschung finanziell zu fördern

Das IMABE-Institut bedauert den in letzter Minute gegen die Stimmen von Österreich, Polen, der Slowakei, Malta und Litauen durchgesetzten Kompromiss, demzufolge embryonale Stammzellenforschung von der EU finanziell gefördert werden soll. Damit wird Österreich de facto gezwungen, an Forschungsprojekten mitzuwirken, die in unserem Land aus ethischen Gründen verboten sind. Hier wird das Selbstbestimmungsrecht eines ganzen Landes in einer wichtigen Gewissensfrage, die den Lebensschutz betrifft, krass missachtet.

Wenn sich die Bürger eines Staates nicht darauf einigen können, die Forschung an embryonalen Stammzellen zu verbieten, sollten zumindest die staatlichen Organe dafür sorgen, dass solche Projekte nur von jenen Bürgern (finanziell) getragen werden, die sie befürworten. Zugleich müssen sie aber verhindern, dass jene Bürger, die in der Tradition des Abendlandes stehend gut fundierte moralische Gründe haben, diese Projekte abzulehnen, zur Kassa gebeten werden. Ähnlich müsste es die EU machen, weil auch sie verpflichtet ist, die Menschenrechte zu schützen. Dies nicht zu tun, wäre ein Missbrauch staatlicher Macht, ein Missbrauch, den sich die EU angesichts des im-

mer größer werdenden Verdrusses der Bürger ihrer Mitgliederstaaten nicht leisten sollte.

Mit dem in Brüssel durchgesetzten Kompromiss wird die seit Jahrzehnten in der Biopolitik praktizierte Salami-Taktik fortgesetzt: Die Kommission soll eine Erklärung abgeben, dass sie Forschungsklonen finanziell nicht unterstützen wird und statt dessen wird im Text des 7. Forschungsrahmenprogramms (2007 – 2013) diese Forschung nicht ausgeschlossen. Damit steht schon fest, dass in den Verhandlungen über das 8. Forschungsrahmenprogramm (ab 2014) ein Ausschluss dieser strittigen Forschungsprojekte kein Thema mehr sein wird.

Wirtschaftsministerin Elisabeth GEHRER ist zu danken, dass sie nicht wie andere ihrer Kollegen dem allgemeinen Druck der Mehrheit der Staaten nachgegeben und damit bis zuletzt die richtigen moralischen Signale gesetzt hat. Nun ist zu hoffen, dass es auch in Österreich den Politikern gelingt, sich dem wachsenden Druck zu widersetzen, sich in dieser Frage an den moralischen Minimalismus der meisten europäischen Länder anzupassen.

Wien, 25. Juli 2006

Gibt es ein Recht auf Unvollkommenheit? Warum ein behindertes Kind niemals eine Schadensquelle sein kann

Susanne KUMMER

Das jüngste OGH-Urteil, mit dem ein Salzburger Frauenarzt für die Existenz eines behinderten Kindes haftbar gemacht werden soll, löste in Österreich eine Welle des Protests aus. Wie berichtet, hatte die Mutter eines behinderten Kindes den Arzt nach der Geburt (1997) auf Schadenersatz geklagt. Der Gynäkologe soll den Unterhalt für das behinderte Kind zahlen, weil er sie nicht ausreichend über die Risiken der Schwangerschaft aufgeklärt habe, so das OGH-Urteil. Wäre der Akademikerin das Risiko klarer gewesen, dass das Kind an Down-Syndrom leiden würde, hätte sie es abgetrieben. Es kam anders. Nun also soll der Arzt selbst in die Tasche greifen (pro Monat sind bis zu 3.700 Euro angedacht), um den angerichteten Schaden wieder gut zu machen. Ein Kind als Schadensquelle?

Der Aufschrei der Behindertenverbände angesichts dieses Urteils kommt nicht von ungefähr. Sie berufen sich unter anderem auf die Bundesverfassung, wonach eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung untersagt ist. Das Argument ist nicht von der Hand zu weisen. Geborene Behinderte haben's (relativ) gut: Für sie werden schiefe Rampen gebaut und positive Maßnahmen gesetzt, um ihnen das Leben zu erleichtern. Ungeborene Behinderte hingegen haben kaum noch eine (Lebens-) Chance. Man diskriminiert sie als Schaden, der abwendbar scheint, indem das Kind zeitgerecht abgetrieben wird. Die Methoden der Pränataldiagnose nehmen zu, allerdings (noch) nicht um zu heilen, sondern um zu verhindern. Eine Logik, die sich bei näherem Hinsehen als Spirale des Schreckens erweist.

Zunächst: Wenn Ärzte angesichts dieses OGH-Urteils auf die Barrikaden gehen, es „unakzeptabel“ nennen und von einem „Skandal“ sprechen, ist das ihr gutes Recht. Wo bleibt angesichts solcher Rechtsprechung

noch Platz für den Gewissensvorbehalt des Arztes, der weiß, dass die Diagnose „Behinderung“ keine Therapie für das Kind in Aussicht stellt, sondern allenfalls seine Tötung – und er genau dafür nicht Handlanger sein will? Kein Arzt ist zur Durchführung oder Mitwirkung an einer Abtreibung verpflichtet. Das Gesetz schützt ihn davor. Angesichts dieses Urteils verstärkt sich jedoch der ohnehin schon bestehende Druck auf Ärzte, Frauen zu raten, sicherheitshalber abzutreiben. Ein krasserer Gegensatz zum eigentlichen Heilungsauftrag des Arztes ist kaum möglich.

Und wer weiß, ob nicht in absehbarer Zeit auch Eltern klagen, wenn sie ein gesundes Kind zur Welt bringen, aber meinen, vom Arzt nicht genügend auf die psychischen Belastungen hingewiesen worden zu sein, die Schreihälse eben verursachen können?

Bei allem Respekt vor der Informationspflicht des Arztes: Die Klägerin im jüngsten Fall wurde sehr wohl über das Risiko informiert. Laut OGH aber nicht „ausführlich und eindringlich“ genug, damit sie die Konsequenz einer zusätzlichen Untersuchung auf sich nimmt. Wenn dieses Urteil Schule macht, müssen sich Ärzte in Zukunft auf eine Lawine von Klagen gefasst machen. Jeder Patient, der keine compliance hat, kann später den Arzt dafür verantwortlich machen mit dem Hinweis, er habe ihn nicht nachdrücklich genug informiert.

Zweitens: Abtreibung ist laut Strafgesetzbuch rechtswidrig. Die Tötung eines Kindes im Mutterleib ist nur unter bestimmten Umständen straffrei gestellt. Nun erleben wir, wie die Gewaltentrennung, das Fundament der Demokratie, aufgehoben wird: die Richterschaft schreibt die Gesetze um. „Makaber“ nannte deshalb der ehemalige „Die Zeit“-Chefredakteur Robert LEICHT die Konsequenz, die die deutschen Richter wie

nun ihre österreichischen Kollegen in ihren „Kind als Schaden“-Urteilen gezogen haben: Die passive Straffreiheit der Abtreibung wird umgedeutet in einen aktiven Anspruch: von der Straffreiheit zum Recht auf Abtreibung.

Drittens: Was ist eigentlich mit jenen Eltern, die ihr behindertes Kind annehmen, ohne eine Abtreibung in Erwägung gezogen zu haben? Was den Anspruch auf wirtschaftlichen Ausgleich anlangt, stehen sie ungleich schlechter da als jene, die von vorneherein sagen: Wir wollten das Kind abtreiben, jetzt müssen wir für es sorgen. Eine perverse Situation.

Und schließlich: Wer bestimmt in Zeiten, wo ein gesundes Kind als Recht angesehen wird, was der Norm entspricht, was normal ist? In Großbritannien gelten Klumpfüße als Abtreibungsindikation – und das, obwohl die Deformation leicht operativ behoben werden kann. Ein weiteres erschreckendes Beispiel: Das Technikfolgen-Abschätzungs-

büro des Deutschen Bundestages ließ vor einigen Jahren eine Umfrage unter Frauen durchführen, was als Behinderung angesehen wird. Fast ein Fünftel aller befragten Frauen – und es waren immerhin über 1000 – sagten, dass auch eine genetische Veranlagung zum Übergewicht für sie ein Grund sei, ihr Kind abzutreiben. Welche Krankheiten werden in die Watch-Liste aufgenommen? Welche nicht? Oder gibt es vielleicht gar kein Recht auf ein gesundes Kind?

Fazit: Es wird höchste Zeit, ein Recht auf Leben in Unvollkommenheit einklagen zu dürfen. Denn gäbe es das nicht, dürfte keiner von uns noch hier sitzen.

Mag. Susanne KUMMER, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
skummer@imabe.org

SCHWERPUNKT

Placebo und Placeboeffekt

Klaus LECHNER und Markus MÜLLER

Zusammenfassung

Das Placebo ist der Freund des Patienten und des behandelnden Arztes und der Feind des Wissenschaftlers, der Gewissheit über die Wirksamkeit neuer Medikamente haben will. Ohne die unterstützende Wirkung des Placeboeffekts wären aber viele Medikamente weniger wirksam. Bei weiterem Fortschritt der Neurowissenschaften kann man hoffen, dass durch weitere Abklärung des Placeboeffekts gezielt jene Mechanismen, über die Placebo seine Wirkung entfaltet, pharmakologisch beeinflusst werden können. Eine Kategorie von Medikamenten mit akzeptabler Wirkung und ohne Nebenwirkungen könnte entstehen. Bis dahin müssen wir uns damit begnügen, die jetzt schon bekannten Methoden, den Placeboeffekt auszulösen, maximal zu nutzen.

Schlüsselwörter: Placebo, Placeboeffekt, klinische Studien, Ethik

Abstract

Placebos are pills, drops or injections which do not contain drugs with biological or pharmacological activity. Nevertheless, under certain circumstances placebos may exert a beneficial ("placebo effect"), but sometimes also a negative (nocebo) clinical effect. Whether or not a placebo effect occurs after application of a placebo depends on a variety of factors which include the personality of the "healer", the type of placebo, the expectations of the patient, the type of symptoms or of the disease and many other factors. The potency of the placebo effect can be best demonstrated in well conducted double blind, placebo controlled clinical studies. The strongest placebo effects have been seen in pain-associated disorders and in depression, but also in some immunological disorders. The perceived placebo effect consists of several components such as spontaneous improvement of symptoms, statistical factors ("regression of the mean"), conditioning and the "true" placebo effect. Recent data indicate that the true placebo effect is mediated through activation of certain receptors in the brain. The use of placebo controls in clinical trials for the evaluation of new drugs is important, but in some instances placebo controls may be problematic from the ethical point of view.

Keywords: Placebo, placebo effect, clinical trials, ethics

Anschrift der Autoren: Em. Univ.-Prof. Dr. Klaus LECHNER, Klinische Abteilung für Hämatologie/
Hämostaseologie, Medizinische Klinik I, Medizinische Universität Wien
Univ.-Prof. Dr. Markus MÜLLER, Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie,
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien

Wahrscheinlich haben schon die alten Ärzte (bis zum 19. Jahrhundert) geahnt oder sogar gewusst, dass ihre Heilerfolge nicht nur auf die chemischen Substanzen in ihren Pillen, Tropfen, Elixieren und Salben oder auf die Effekte von Prozeduren wie Aderlässen zurückzuführen sind, sondern auch die Persönlichkeit des Arztes sowie Versprechungen und „Inszenierungen“ für den Heilerfolg Bedeutung haben. Behauptungen, dass die Medizin bis zum Ende des 19. Jahrhunderts im Wesentlichen eine Placebomedizin war, sind wahrscheinlich zutreffend. Erst Anfang und Mitte des 20. Jahrhunderts, als Medikamente mit objektiv nachweisbarer Wirksamkeit entwickelt wurden, begann man sich mit dem Unterschied zwischen den spezifischen Wirkungen von Medikamenten und dem so genannten Placeboeffekt auseinanderzusetzen. Ein entscheidender Schritt in diese Richtung war die Arbeit von BEECHER¹ „The powerful placebo“, in der der Autor behauptete, dass ein Drittel des Effekts von in Studien untersuchten Medikamenten auf einen Placeboeffekt zurückzuführen ist. Das Placebo und der Placeboeffekt haben seither zunehmend Mediziner, Ethiker, Studienplaner und auch Gesundheitspolitiker beschäftigt. Insbesondere hat man die Wichtigkeit einer Placebovergleichsgruppe bei der Evaluierung der Effektivität neuer Medikamente erkannt. Die Themen „Placebo und Placeboeffekt“ waren in den letzten Jahren Gegenstand mehrerer Übersichtsarbeiten² und wurde in einigen Büchern umfassend dargestellt³.

Was ist ein Placebo?

Placebo ist nicht so einfach zu definieren. Relativ am einfachsten ist dies bei placebo-kontrollierten medikamentösen Studien, bei denen als Placebo Tabletten, Tropfen, Salben oder Injektions- oder Infusionsflüssigkeiten eingesetzt werden, die vollkommen gleich aussehen und schmecken wie das in der Studie untersuchte aktive Medikament, aber nach menschlichem Ermessen keine biolo-

gische (pharmakologische) Wirkung bei der zu behandelnden Krankheit haben können. Im Fall von Tabletten handelt es sich oft um Milchzucker, im Fall von Injektionsflüssigkeiten um Kochsalzlösungen.

Im weiteren Sinne kann man alles als Placebo bezeichnen, was einen „Placeboeffekt“ hervorruft, also eine klinisch oder anderweitig erkennbare Besserung oder Verhinderung der Verschlechterung von subjektiven Beschwerden, aber nicht selten auch von objektiven Befunden durch pharmakologisch nicht wirksame Substanzen oder Prozeduren. In diesem Sinne sind als Placebo zu betrachten: Der Therapeut (Arzt, Physiotherapeut, Medizinmann) als Persönlichkeit, die Umgebung (Wetter, Wellnesshotel), Rituale und vieles andere. Medikamente oder Verfahren, deren Unwirksamkeit durch Studien erwiesen ist, deren Wirksamkeit durch entsprechende Studien nicht erwiesen ist oder die in unwirksamen Dosen verschrieben werden, werden oft (fälschlich) als Placebo bezeichnet.

Ein wesentliches Element bei der Klassifizierung als Placebo ist aber nicht nur das Fehlen einer biologisch plausiblen oder bewiesenen Wirksamkeit, sondern das Fehlen von Nebenwirkungen. Dies ist im Fall der Verabreichung kleiner therapeutisch vermutlich unwirksamer Dosen von Wirkstoffen aber nicht gegeben, da immunologische Reaktionen auch bei kleinsten Dosen einer aktiven Substanz auftreten können und eine nach üblichen Kriterien unwirksame Dosis bei bestimmten Subgruppen von Patienten mit angeborenen oder erworbenen Veränderungen des Medikamentenmetabolismus doch zu beachtlichen positiven und negativen Wirkungen führen kann. Man kann also sagen, dass zwar „unwirksame“ oder krass unterdosierte Medikamente einen Placeboeffekt hervorrufen können. Im eigentlichen Sinne sind sie aber nicht als Placebo zu bezeichnen.

Auch invasive Eingriffe wie Scheinoperationen (bei Studien), Punktionen, das Einstechen von Nadeln, lokale oder systemische Hitze-

oder Kälteeinwirkung könnten einen Placeboeffekt erzeugen, sind aber nicht als Placebo im eigentlichen Sinne zu betrachten.

Unter bestimmten Umständen kann ein Placebo aber auch negative Auswirkungen haben und zu Nebenwirkungen führen, dann spricht man von einem Nocebo. So hatten in einer Studie 27% der Patienten, die früher eine Nebenwirkung auf ein Medikament hatten, nach Verabreichung eines Placebos subjektive Nebenwirkungen wie Jucken und Kopfschmerzen.⁴ Die wichtigsten Faktoren, die zu Noceboeffekten führen, sind Angst, schlechte Erfahrungen bei früherer Medikamenteneinnahme und Erwartung von Nebenwirkungen.⁵

Der „Placeboeffekt“

Als Placeboeffekt werden alle subjektiven und/oder objektivierbaren *positiven* Veränderungen bei einer Krankheit oder einem Zustand bezeichnet, die nach Einnahme von Substanzen, Anwendung von Verfahren oder anderen Einwirkungen auftreten, die keine biologische Plausibilität haben und/oder mit wissenschaftlichen Methoden nicht erklärbar sind. Im Grunde ist der Ausdruck „Placeboeffekt“ nicht glücklich, denn per Definition hat ein Placebo keine Wirkung! Es wäre vielleicht besser, von einem „placebo-assoziierten Effekt“ zu sprechen, denn es sind die mit der Verabreichung des Placebos verbundenen Attribute und andere Faktoren, die zu diesem Effekt führen. Das Vorhandensein des von BEECHER postulierten⁶ Placeboeffekts ist aber keineswegs unumstritten. HROBJARTSSON und GÖTZSCHE⁷ haben auf Grund des Vergleichs placebokontrollierter Studien und Studien mit nur einer Nichtbehandlungsgruppe gemeint, dass es überhaupt keinen Placeboeffekt gibt. Dies hat zu heftigen Reaktionen geführt. Letztendlich hat man beiden Kontrahenten Interpretationsfehler nachweisen können und – wie häufig – liegt die Wahrheit wahrscheinlich in der Mitte.

Der Placeboeffekt lässt sich am besten in den Placeboarmen großer doppelt-blinder, place-

bo-kontrollierter klinischer Studien studieren. Wenn man sieht, wie eindrucksvoll sich bei manchen Krankheiten die Symptomatik im Placeboarm verbessert (Tabelle I), kann man wohl keinen Zweifel an der Existenz des Placeboeffekts haben. Er ist am häufigsten und stärksten bei subjektiven Studienendpunkten wie Lebensqualität und Schmerz und bei der Besserung psychischer Symptome (Depression), lässt sich bei manchen Krankheiten (z. B. M. Crohn) auch mit objektiven Methoden dokumentieren. ERNST und RESCH²¹ haben darauf hingewiesen, dass der beobachtete Placeboeffekt sich aus mehreren Elementen zusammensetzt und der „echte“ Placeboeffekt nur einen Teil des Effekts ausmacht, während ein unterschiedlich großer Anteil der Wirkung sich relativ leicht – ohne Annahme von spezifischen Placeboeffekten – erklären lässt. Diese Faktoren sind die exaktere Betreuung von Studienpatienten, die Neigung zu Spontanremissionen bei bestimmten Erkrankungen und statistische Gründe. Man kann davon ausgehen, dass die Betreuung von Patienten, die in Studien aufgenommen wurden, intensiver und vielleicht auch professioneller ist als bei routinemäßiger Krankenversorgung. Der Patient ist und wird motiviert, besonders bei „add on“ Studien, die Basisedikation genau einzunehmen, die Kontrolle ist häufig engmaschiger und dadurch die Compliance besser. Allein dadurch könnte bei verschiedenen Krankheiten (Diabetes, rheumatische Arthritis, M. Crohn) ohne zusätzliche Medikation eine substantielle Besserung eintreten. In einer placebokontrollierten Studie mit Pioglitazon bei Typ 2-Diabetes²² war auch in der Placebogruppe das HbA_{1c} und LDL gegenüber dem Ausgangswert verbessert. Die Osteoarthritis hat eine beträchtliche Tendenz zur Spontanbesserung. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bei Knieosteoarthritis in einer Studie Placebo genau so wirksam wie eine intensive Physiotherapie war.²³ Immunerkrankungen wie M. Crohn, Colitis ulcerosa, rheumatische Arthritis und Asthma sowie Depressionen haben einen unvorhersehbar fluktuierenden Verlauf

mit spontanen Besserungen, was zumindest eine Teilerklärung für den relativ hohen Placeboeffekt bei diesen Krankheiten sein könnte. Schließlich wird von Statistikern immer auch auf das Phänomen der „regression to the mean“ hingewiesen, was bedeutet, dass Extremwerte

am Beginn einer Studie auch ohne Intervention im Verlauf der Beobachtung in Richtung des Mittelwerts des Kollektivs tendieren.²⁴ Man könnte also die in Studien oder anderweitig beobachtete Placebowirkung mathematisch folgendermaßen formulieren:

Indikation	Endpunkt der Studie	Placebo	Verum
Betablocker bei stabiler Angina pectoris ⁸	Zeit bis zum Auftreten der Angina	+ 34 Sek.	+ 55 – 63 Sek.
Erythropoetin bei Chemotherapie des Lungenkarzinoms ⁹	Verbesserung des FACT-Fatigue Scores	+ 44%	+ 56%
Infliximab bei Colitis ulcerosa (ACT-1) ¹⁰	Klinischer Response nach 8 Wochen	37,2%	61,5% – 69,4%
Infliximab bei Colitis ulcerosa (ACT-2) („add on“) ¹⁰	Klinischer Response nach 30 Wochen	29%	64% – 69%
Natalizumab bei mittelschwerem oder schwerem M. Crohn („add on“) ¹¹	Abfall des CDAI Scores um 70 nach 10 Wochen Remission	49% 30%	56% 37%
Infliximab bei Fisteln bei M. Crohn ¹²	Reduktion drainierender Fisteln um > 50%	26%	56% – 68%
Alosetron bei Colon irritabile ¹³	Besserung nach 3 Monaten	29%	41%
Spasmolytica bei Colon irritabile (Metaanalyse) ¹⁴	Globale Besserung	38%	56%
Etanercept bei MTX behandelter rheumatischer Arthritis ¹⁵	20% Besserung (ACR 20) nach 24 Wochen	27%	71%
Medikamentöse Therapie der Depression (Review) ¹⁶	Reduktion des HRSD Score um > 50%	30%	50,1% (31% – 70%)
Duloxetin bei Depression ¹⁷	Remission nach 8 Wochen	30%	47% – 58%
Duloxetin bei diabetischer Neuropathie ¹⁸	24 Stunden Schmerzaktivitätsscore	- 1,91	-2,36 – -3,24
Arthroskopischer Eingriff bei Osteoarthritis ¹⁹	Schmerzscore nach 6 Monaten	57%	57%
Onkologische Patienten (Review) ²⁰	Verminderter Schmerz Besserer Appetit Gewichtszunahme Bessere Performance Tumorresponse	0% – 21% 8% – 27% 7% – 17% 6% – 14% 2,7%	

Tabelle 1: Die „Wirksamkeit“ von Placebo in placebo-kontrollierten Studien bei verschiedenen Erkrankungen

Beobachtete Wirkung bei Placebogabe = Placeboeffekt (im engeren Sinn, echter Placeboeffekt) + Spontanbesserung + intensivere Betreuung + Regression to the mean.

Der Anteil dieser verschiedenen Faktoren am beobachteten Placeboeffekt bei verschiedenen Krankheiten ist wahrscheinlich unterschiedlich, aber im Einzelnen kaum quantifizierbar.

Wie kann der „echte“ Placeboeffekt erklärt werden?

Wenn auch ein Teil des Placeboeffekts durch die oben genannten Faktoren erklärt werden kann, bleibt noch ein beträchtlicher Teil des Placeboeffekts (der „echte“ Placeboeffekt) übrig, der nicht ohne weiteres erklärt werden kann. Dies ist ein Gebiet, mit dem sich Psychiater, Psychologen, Neurophysiologen und neuerdings Radiologen beschäftigen. Da dieses Gebiet jenseits der Expertise der Autoren liegt, soll nicht im Detail darauf eingegangen werden, sondern nur einige rezente wichtige Beobachtungen erwähnt werden. Die größten Fortschritte hat man bei der Abklärung des analgetischen Effekts von Placebos gemacht.²⁵ Die Verabreichung eines Placebos (zusammen mit der Erklärung, dass es sich um ein Schmerzmittel handelt) reduziert den Schmerz über Opioid- oder Nicht-Opioid-Mechanismen. So konnte gezeigt werden, dass der analgetische Effekt der Akupunktur durch Morphinantagonisten antagonisierbar ist.²⁶ Bei postoperativem Schmerz hat die Verabreichung eines Placebos (verbal angekündigt als Schmerzmittel) die gleiche Wirkung wie 6-8 mg Morphin. Mit Hilfe der Positronen-Emissionstomographie²⁷ und der funktionellen Magnetresonanztomographie²⁸ konnte gezeigt werden, dass durch Placebo die gleichen Hirnregionen aktiviert werden wie durch Analgetika.

Neben analgetischen Effekten konnten auch immunsuppressive Wirkungen und eine Aktivierung von endogenem Dopamin bei Parkinson nach Placebogabe nachgewiesen werden.²⁹

Zu den echten Placeboeffekten gehört auch die Konditionierung. Dies bedeutet, dass ein künstlicher bedingter Reflex erzeugt wird. Ein Patient, der mehrfach Analgetika erhalten hat, kann eine analgetische Wirkung auch nach Verabreichung eines Placebos zeigen, wenn das Placebo verbal als Analgetikum angekündigt wird.

Zusätzlich gibt es eine Reihe interessanter klinischer Beobachtungen im Zusammenhang mit dem Placeboeffekt. Auch ohne Studien weiß jeder erfahrene Arzt (oder andere Therapeuten), dass die Persönlichkeit des „Heilers“ und sein Verhalten gegenüber dem Patienten, insbesondere seine Zuwendung zum Patienten die subjektiven Symptome einer Krankheit oft günstig beeinflusst (*„Ein Arzt, der keinen Placeboeffekt hervorrufen kann, soll Pathologe werden“*³⁰). Dazu gehören die Sicherheit bei der Diagnostik und Therapieentscheidung, das Versprechen, die Krankheit zu bessern oder zu heilen und die Aussicht auf neue wirksame Medikamente bei klinischen Studien. Außerhalb von klinischen Studien kann das Aussehen des Medikaments (bei Tabletten Größe und Farbe), die Art der Verabreichung (parenterale Verabreichung ist immer wirksamer als orale Verabreichung), der Name und das Ansehen der pharmazeutischen Firma, die Behauptung, dass das Medikament individuell für die Krankheit des Patienten hergestellt wurde oder dass es das Immunsystem stärkt, den echten Placeboeffekt fördern.

Der Placeboeffekt bei verschiedenen Erkrankungen

Das globale Ausmaß des Placeboeffekts (ohne Differenzierung der einzelnen Komponenten) lässt sich am besten in modernen, qualitativ hochwertigen klinischen placebo-kontrollierten Studien feststellen.

Tabelle I gibt eine (keineswegs komplette) Übersicht über die in solchen Studien beobachteten positiven Wirkungen im Placeboarm.

Man sieht daraus, dass die ursprüngliche in der Arbeit von BEECHER³¹ genannte Zahl einer 32% Responserate bei Placebogabe durchaus auch in neueren Studien bei bestimmten Erkrankungen beobachtet wird.

Man kann Tabelle I entnehmen, dass die Placebowirkung deutlich ausgeprägt ist bei Krankheiten, die mit Schmerzen (Angina pectoris, Bauchschmerz, Gelenkschmerz, Neuropathie) einhergehen, sowie bei Depression und psychosomatisch bedingten Erkrankungen. Praktisch keine objektivierbaren Veränderungen wurden im Placeboarm bei onkologischen Studien gefunden. Die relativ hohe Placebowirkung bei M. Crohn und Colitis ulcerosa ist bemerkenswert und schwer zu erklären, denn durch spontane Remissionen kann wohl nur ein Teil der Effekte erklärt werden. Hier könnten die experimentell beschriebenen immunmodulierenden Wirkungen des Placebos eine Rolle spielen.³² Wirklich bemerkenswert ist die hohe Placebowirkung einer alleinigen Kniearthroskopie (ohne sonstige chirurgische Maßnahmen).

Placebos in der klinischen Praxis

Jeder erfahrene Arzt weiß, dass bei Patienten, bei denen der Eindruck besteht, dass die Beschwerden psychosomatischer Art sind, gelegentlich Placebos verabreicht werden, sowohl im Spital, wahrscheinlich auch in der ärztlichen Praxis. In der Regel wird diesen Patienten eine subkutane Injektion von physiologischer Kochsalzlösung verabreicht, und zwar deswegen, weil man weiß, dass Injektionen einen viel stärkeren Placeboeffekt auslösen können und bequemer als intravenöse oder intramuskuläre Injektionen zu verabreichen sind. Hier handelt es sich um eine bewusste Täuschung des Patienten, die aus ethischen Gründen abzulehnen ist, wenn auch die Absicht eine gute ist, die Intervention ungefährlich ist und häufig auch zum gewünschten Erfolg führt. Ein Argument für eine solche Vorgangs-

weise könnte aber darin bestehen, dass es sich um einen Konditionierungseffekt handelt und damit doch um eine echte Therapie. Eine andere Form der bewussten Placeboverabreichung ist die Verabreichung von Medikamenten (z. B. Vitaminen) bei bestimmten Krankheiten, wo man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit weiß, dass diese keine Wirkung bei der betreffenden Erkrankung haben können. Im Grunde genommen handelt es sich ebenfalls um eine bewusste Täuschung des Patienten, der Unterschied liegt jedoch darin, dass der Patient das betreffende Präparat tatsächlich erhält (und nicht eine Kochsalzinjektion oder eine Milhzuckerpille) und man formal nie ausschließen kann, dass auch solche Präparate eine limitierte positive Wirkung haben können. Eine weitere Form der Therapie, die man ebenso als Placebothherapie bezeichnen könnte, ist die Verabreichung von Medikamenten, für die nie eine positive therapeutische Wirkung bei einer bestimmten Erkrankung nachgewiesen werden konnte. Der Austria Codex ist voll mit solchen Präparaten und vermutlich ist der Anteil solcher Präparate an ärztlichen Verschreibungen in der Praxis relativ hoch. Wahrscheinlich ist bei Einnahme solcher Präparate, überhaupt dann, wenn sie vom Arzt aus Überzeugung verschrieben wurden und die staatliche Behörde das Präparat mit einer eindrucksvollen Indikationsliste versehen hat, ein mehr oder weniger großer Placeboeffekt durchaus zu erwarten.

Placebos in klinischen Studien

Placebos spielen in Studien, bei denen die Wirksamkeit eines neuen Medikaments oder einer neuen Prozedur geprüft werden soll, eine große Rolle.³³ Im Prinzip könnte die Wirksamkeit auch durch den Vergleich mit einer Gruppe nicht behandelter Patienten geprüft werden. Die Aussagekraft einer solchen Studienanordnung wäre aber in vielen Fällen schwer zu interpretieren, bzw. würde

zu einer Überschätzung der Wirksamkeit des neuen Medikaments führen, da – wie oben ausgeführt – ein mehr oder weniger großer Teil der Medikamentenwirkung (innerhalb oder außerhalb von Studien) auf den „Placeboeffekt“ zurückgeht. Außerdem würden bei Studien, wo es um Behandlung von subjektiven Beschwerden geht, in der Gruppe, die weiß, dass sie keine oder keine spezifische Behandlung erhält, die Ausfallsquote hoch sein und/oder die Patienten unkontrolliert andere Medikamente einnehmen.

In der Regel wird daher zur Bewertung eines neuen Medikaments in einer Studie eine Placebo-Kontrollgruppe und eine „Verblindung“ erforderlich sein, d. h., dass der Patient nicht weiß, ob er das „Verum“ (das zu testende Medikament) oder Placebo erhält.

Eine Placebogruppe als Vergleichsgruppe (kontrollierte, verblindete Placebostudie) ist für jeden Hersteller eines neuen Medikaments attraktiv, da unter diesen Umständen eine allfällige Wirksamkeit des Präparats am leichtesten dokumentiert werden kann. Die Deklaration von Helsinki 2000 (Helsinki VI) erlaubt eine placebo-kontrollierte Studie aber nur dann, wenn keine Therapie mit gesicherter („best proven therapy“) Wirkung für diese Krankheit oder diesen Zustand zur Verfügung steht. Die World Medical Association hat allerdings Helsinki VI insofern modifiziert (note of clarification on placebo-controlled trials), dass placebo-kontrollierte Studien dann akzeptabel sind, wenn gravierende methodologische Gründe vorliegen, keine gefährliche Erkrankung vorliegt und der Patient in der Placebogruppe keinen ernsten oder irreversiblen Schaden erleiden könnte.³⁴ Im Folgenden soll diskutiert werden, unter welchen Umständen placebo-kontrollierte Studien erlaubt bzw. ethisch akzeptabel sind.

Keine Therapie mit gesicherter Wirkung verfügbar.

Placebokontrollierte Studien sind natürlich sinnvoll und entsprechen voll der Deklara-

tion von Helsinki, wenn es für die Krankheit, bei der die Studie durchgeführt werden soll, tatsächlich keine Therapie oder Prophylaxe mit gesicherter Wirksamkeit gibt. So einfach diese Formulierung klingt, so schwierig kann die Interpretation sein. Was bedeutet gesicherte („proven“) Wirkung? Für nahezu jede Krankheit gibt es Medikamente, die zumindest bei einzelnen Patienten Besserungen hervorgerufen haben. Wie stark muss die Wirkung sein, dass man von einer gesicherten Wirkung sprechen kann? Dies soll an einigen Beispielen erläutert werden. Vor kurzem wurde eine Studie publiziert, bei der bei Patienten mit Glioblastom nach der Operation und Strahlentherapie das Medikament Temozolomide (parallel und adjuvant) gegen Placebo getestet wurde.³⁵ Ähnliche Studien mit anderen Zytostatika bei dieser Erkrankung wurden mehrfach publiziert, die Ergebnisse waren aber unbefriedigend und widersprüchlich, sodass man nicht davon sprechen konnte, dass eine Standardtherapie definierbar ist. Eine Placebokontrolle war daher gerechtfertigt.

Wie ist der Ausdruck „Verfügbarkeit einer Therapie mit der besten gesicherten Wirkung“ im Falle von medizinisch unterentwickelten Ländern zu deuten? Was in reichen Ländern als gesicherte Standardtherapie angesehen wird, ist für ärmere Länder (z. B. der Dritten Welt) nicht unbedingt in gleicher Weise gültig. Die Diskussion zu diesem Thema hat sich am Beispiel der antiviralen HIV-Therapie bei Schwangeren zur Verhütung der Übertragung von HIV auf das Neugeborene entzündet. In den westlichen Ländern wurde eine Behandlungsprotokoll (AN76) etabliert, das eine längere Therapie mit Zidovudin prä- und postpartal vorsieht und sehr effektiv ist. Um Kosten zu reduzieren, wurde in asiatischen und afrikanischen Ländern ein Protokoll mit kürzerer Verabreichungsdauer von Zidovudin getestet, aber aus ökonomischen Gründen nicht gegen die westliche Standardtherapie (die dort nicht verfügbar war) sondern gegen Placebo, was eine heftige Diskussion hervorrief.³⁶

Es ist eine Therapie/Prophylaxe mit gesicherter, aber relativ schwacher Wirkung verfügbar.

Hier ist formal nach der Deklaration von Helsinki keine Placebokontrollgruppe erlaubt, sondern es muss das neue Medikament gegen das schon verfügbare wirksame Präparat getestet werden. In solchen Fällen werden dann sogenannte „Non-inferiority“ Studien durchgeführt, mit dem Ziel, die Gleichwertigkeit des neuen Präparats zu beweisen. „Non-inferiority“ ist aber auch bei Anwendung strenger statistischer Verfahren nicht leicht zu beweisen.³⁷ Man benötigt größere Patientenzahlen und bei geringer „Assay Sensitivity“ (d. h. schwacher Wirkung des Standardvergleichspräparats) könnte auch ein Präparat ohne Wirksamkeit als wirksam klassifiziert werden. Aus diesen Gründen drängen manchmal die Zulassungsbehörden darauf, in solchen Fällen placebo-kontrollierte Studien durchzuführen. Beispiele für solche Situationen sind die medikamentöse primäre Prophylaxe der Osteoporose, orale Antidiabetika bei leichtem Typ 2-Diabetes oder die medikamentöse Behandlung der Depression. Besonders heftig ist die Diskussion bei Osteoporosestudien, wobei Ethiker, Kliniker, die Industrie und die Zulassungsbehörden durchaus unterschiedliche Standpunkte einnehmen. Es zeichnet sich aber ab, dass placebo-kontrollierte Studien bei postmenopausaler Osteoporose bei Niedrigrisikopatienten z. B. ohne Frakturen³⁸ oder mit länger zurückliegenden³⁹ vertebrale Frakturen und/oder kurzer Studiendauer⁴⁰ als akzeptabel angesehen werden könnten. Wegen des hohen, aber variablen Effekts von Placebos bei der Therapie der Depression werden placebo-kontrollierte Studien für neue Antidepressiva von manchen Autoren als unerlässlich erachtet⁴¹ und auch (genehmigt durch zahlreiche Ethikkommissionen) durchgeführt.⁴² Da der Effekt von Antidepressiva schon nach kurzer Zeit erkennbar ist, wären kurze (ca. 6 Wochen) placebo-kontrollierte

Studien eventuell eher akzeptabel.⁴³ Neuerdings werden Studien mit Antidepressiva so konzipiert, dass das Studienpräparat gegen ein Placebo *und* ein Standardmedikament getestet wird.⁴⁴ Für Ethikkommissionen ergeben sich hier oft schwierige Entscheidungen.

Placebokontrollierte Studien bei Patienten, die schon eine optimale Standardtherapie erhalten, bei denen die placebo-kontrollierte Studie unter Weiterführung der Basistherapie durchgeführt wird („Add on“ Studien).

Solche Studien sind derzeit sehr populär und meist ethisch unproblematisch. Mit einem solchen Studiendesign werden häufig neue monoklonale Antikörper⁴⁵ neue Antidiabetika⁴⁶ oder andere Substanzen⁴⁷ getestet. Nach unserer Erfahrung nehmen Patienten an Studien dieser Art gerne teil, weil die zu erwartenden Nebenwirkungen meist gering und die Chancen einer Besserung der Krankheit nicht schlecht sind.

Placebokontrollierte Studien mit „etablierten“ Medikamenten

Wenn ein Medikament als wirksam bei bestimmten Erkrankungen deklariert (zugelassen) wurde und als Routinetherapie über viele Jahre verwendet wurde, wäre es im Regelfall unethisch, mit einem solchen Medikament placebo-kontrollierte Studien durchzuführen. Allerdings ist, vor allem bei älteren Medikamenten, die Beweislage für die Wirksamkeit nicht immer sehr überzeugend. Wenn berechtigte Zweifel nicht nur an der Wirksamkeit, sondern auch an der Sicherheit bestehen, kann es gerechtfertigt sein, eine placebo-kontrollierte Studie durchzuführen. Beispiele für solche Situationen waren Digitalis bei Herzinsuffizienz [erhöhte Mortalität bei Frauen⁴⁸], Klasse-I-Antiarrhythmika nach Herzinfarkt [erhöhte Mortalität⁴⁹] und Antithrombinkonzentrat bei schwerer Sepsis [keine Verbesserung der Prognose⁵⁰].

Placebokontrollierte Auslass-Studien

Placebokontrollierte Studien können auch in der Weise durchgeführt werden, dass geprüft wird, wie lange Medikamente zur sekundären Prophylaxe gegeben werden sollen. Beispiele dafür sind die sekundäre Prävention venöser Thromboembolien⁵¹, die adjuvante Antihormontherapie beim Mammakarzinom⁵² oder Transfusionstherapie bei der Sichelzellerkrankung⁵³.

Placebokontrollierte chirurgische Studien

Solche Studien bedürfen einer speziellen Betrachtung. Im Prinzip hat sich gezeigt, dass solche Studien durchführbar sind, indem man im Placeboarm Scheinoperationen vornimmt.⁵⁴ In diese Kategorie gehören auch placebokontrollierte Studien mit minimal invasiven Methoden wie die transmyokardiale Laser Revaskularisation.⁵⁵ Der wesentliche Unterschied zu placebokontrollierten Medikamentenstudien besteht jedoch darin, dass die so genannte „Placebothherapie“ keineswegs inert und komplikationslos ist. Während bei placebokontrollierten medikamentösen Studien der einzige Nachteil für den Patienten darin bestehen könnte, dass er ein wirksames Präparat nicht erhält (was man am Beginn der Studie jedoch nicht wissen kann), ist der Patient bei chirurgischen Placebostudien (Scheinoperationen) dem Risiko der Anästhesie und des Hautschnitts ausgesetzt, ohne dass er einen wissenschaftlich begründbaren Vorteil an der Teilnahme der Studie hätte. Wenn man allerdings bedenkt, wie viele Patienten ohne Vorliegen dieser Studienergebnisse diesen Risiken unnötigerweise ausgesetzt würden, muss man retrospektiv froh sein, dass solche Studien durchgeführt wurden.

Danksagung:

Wir danken Frau Yen-An CHEN für die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskriptes.

Referenzen:

- 1 BEECHER H. K., *The powerful placebo*, J Am Med Assoc (1955); 159: 1602-1606
- 2 ERNST E., RESCH K. L., *Concept of true and perceived placebo effects*, Br Med J (1995); 311: 551-553
BENEDETTI F., AMANZIO M., *The neurobiology of placebo analgesia: from endogenous opioids to cholecystokinin*, Prog Neurobiol (1997); 52: 109-125
MCQUAY H. J., MOORE R. A., *Placebo*, Postgrad Med J (2005); 81: 155-160
MOERMAN D. E., JONAS W. B., *Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response*, Ann Intern Med (2002); 136: 471-476
THOMPSON W. G., *Placebos: a review of the placebo response*, Am J Gastroenterol (2000); 95: 1637-1643
- 3 SHAPIRO A. K., SHAPIRO E., *The powerful placebo*, Johns Hopkins University Press, Baltimore (1997)
GUESS H. A. et al., *The science of the placebo: toward an interdisciplinary research agenda*, Br Med J Books, London (2002)
THOMPSON W. G., *The placebo effect and health: combining science and compassionate care*, Prometheus Books, New York (2005)
- 4 LICCARDI G. et al., *Evaluation of the nocebo effect during oral challenge in patients with adverse drug reactions*, J Investig Allergol Clin Immunol (2004); 14: 104-107
- 5 BARSKY A. J. et al., *Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon*, JAMA (2002); 287: 622-627
- 6 BEECHER H. K., *The powerful placebo*, J Am Med Assoc (1955); 159: 1602-1606
- 7 HROBJARTSSON A., GOTZSCHE P. C., *Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment*, N Engl J Med (2001); 344: 1594-1602
- 8 WEISS R. et al., *Effectiveness of three different doses of carvedilol for exertional angina. Carvedilol-Angina Study Group*, Am J Cardiol (1998); 82: 927-931
- 9 VANSTEENKISTE J. et al., *Aranesp 980297 Study Group. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase III trial of darbepoetin alfa in lung cancer patients receiving chemotherapy*, J Natl Cancer Inst (2002); 94: 1211-1220
- 10 RUTGEERTS P. et al., *Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis*, N Engl J Med (2005); 353: 2462-2476
- 11 SANDBORN W. J. et al., *International Efficacy of Natalizumab as Active Crohn's Therapy (ENACT-1) Trial Group; Evaluation of Natalizumab as Continuous Therapy (ENACT-2) Trial Group. Natalizumab induction and maintenance therapy for Crohn's disease*, N Engl J Med (2005); 353: 1912-1925
- 12 PRESENT D. H. et al., *Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease*, N Engl J Med (1999); 340: 1398-1405
- 13 CAMILLERI M. et al., *Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial*, Lancet (2000); 355: 1035-1040
- 14 POYNARD T. et al., *Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome*, Aliment Pharmacol Ther (2001); 15: 355-361
- 15 WEINBLATT M. E. et al., *A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor:Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate*, N Engl J Med (1999); 340: 253-259

- 16 WALSH B. T. et al., *Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing*, JAMA (2002); 287: 1840-1847
- 17 DETKE M. J. et al., *Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo- and paroxetine-controlled trial*, Eur Neuropsychopharmacol (2004); 14: 457-470
- 18 GOLDSTEIN D. J. et al., *Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy*, Pain (2005); 116: 109-118
- 19 MOSELEY J. B. et al., *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee*, N Engl J Med (2002); 347: 81-88. Summary for patients in J Fam Pract (2002); 51: 813
- 20 CHVETZOFF G., TANNOCK I. F., *Placebo effects in oncology*, J Natl Cancer Inst (2003); 95: 19-29
- 21 ERNST E., RESCH K. L., *Concept of true and perceived placebo effects*, Br Med J (1995); 311: 551-553
- 22 DORMANDY J. A. et al., *PROactive investigators. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macro Vascular Events): a randomised controlled trial*, Lancet (2005); 366: 1279-1289
- 23 BENNELL K. L. et al., *Efficacy of physiotherapy management of knee joint osteoarthritis: a randomised, double blind, placebo controlled trial*, Ann Rheum Dis (2005); 64: 906-912
- 24 DORMANDY J. A. et al., *PROactive investigators. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macro Vascular Events): a randomised controlled trial*, Lancet (2005); 366: 1279-1289
- 25 COLLOCA L., BENEDETTI F., *Placebos and painkillers: is mind as real as matter?*, Nat Rev Neurosci (2005); 6: 545-552
- 26 POMERANZ B., CHIU D., *Naloxone blockade of acupuncture analgesia: endorphin implicated*, Life Sci (1976); 19: 1757-1762
- 27 PETROVIC P. et al., *Placebo and opioid analgesia – imaging a shared neuronal network*, Science (2002); 295: 1737-1740
- 28 WAGER T. D. et al., *Placebo-induced changes in FMRI in the anticipation and experience of pain*, Science (2004); 303: 1162-1167
- 29 COLLOCA L., BENEDETTI F., *Placebos and painkillers: is mind as real as matter?*, Nat Rev Neurosci (2005); 6: 545-552
- 30 BLAU J. N., *Clinician and placebo*, Lancet (1985); 1: 344
- 31 BEECHER H. K., *The powerful placebo*, J Am Med Assoc (1955); 159: 1602-1606
- 32 COLLOCA L., BENEDETTI F., *Placebos and painkillers: is mind as real as matter?*, Nat Rev Neurosci (2005); 6: 545-552
- 33 SINGER E. A., *The necessity and the value of placebo*, Sci Eng Ethics (2004); 10: 51-56
- 34 PLEINER J. et al., *When is it appropriate to use placebos in clinical studies?*, http://www.pjbpubs.com/pop_gdd_qa.asp (2003)
- 35 STUPP R. et al., *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Brain Tumor and Radiotherapy Groups; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma*, N Engl J Med (2005); 352: 987-996
- 36 ANGELL M., *The ethics of clinical research in the Third World*, N Engl J Med (1997); 337: 847-849
- LURIE P., WOLFE S. M., *Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries*, N Engl J Med (1997); 337: 853-856
- SHAPIRO H. T., MESLIN E. M., *Ethical issues in the design and conduct of clinical trials in developing countries*, N Engl J Med (2001); 345: 139-142
- 37 PIAGGIO G. et al., *CONSORT Group. Reporting of noninferiority and equivalence randomized trials: an extension of the CONSORT statement*, JAMA (2006); 295: 1152-1160
- 38 DELMAS P. D. et al., *Group for the Respect of Ethics and Excellence in Science (GREETES). The use of placebo-controlled and non-inferiority trials for the evaluation of new drugs in the treatment of postmenopausal osteoporosis*, Osteoporos Int (2002); 13: 1-5
- 39 WATTS N. B., *Is it ethical to use placebos in osteoporosis clinical trials?*, Curr Osteoporos Rep (2004); 2: 31-36
- 40 ROSENBLATT M., *Is it ethical to conduct placebo-controlled clinical trials in the development of new agents for osteoporosis? An industry perspective*, J Bone Miner Res (2003); 18: 1142-1145
- 41 WALSH B. T., SYSKO R., *Placebo control groups in trials of major depressive disorder among older patients*, J Clin Psychopharmacol (2005); 25(4 Suppl 1): S29-33
- 42 DETKE M. J. et al., *Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo- and paroxetine-controlled trial*, Eur Neuropsychopharmacol (2004); 14: 457-470
- 43 WALSH B. T., SYSKO R., *Placebo control groups in trials of major depressive disorder among older patients*, J Clin Psychopharmacol (2005); 25(4 Suppl 1): S29-33
- 44 DETKE M. J. et al., *Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo- and paroxetine-controlled trial*, Eur Neuropsychopharmacol (2004); 14: 457-470
- 45 VANSTEENKISTE J. et al., *Aranesp 980297 Study Group. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase III trial of darbepoetin alfa in lung cancer patients receiving chemotherapy*, J Natl Cancer Inst (2002); 94: 1211-1220
- RUTGEERTS P. et al., *Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis*, N Engl J Med (2005); 353: 2462-2476
- SANDBORN W. J. et al., *International Efficacy of Natalizumab as Active Crohn's Therapy (ENACT-1) Trial Group; Evaluation of Natalizumab as Continuous Therapy (ENACT-2) Trial Group. Natalizumab induction and maintenance therapy for Crohn's disease*, N Engl J Med (2005); 353: 1912-1925
- PRESENT D. H. et al., *Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease*, N Engl J Med (1999); 340: 1398-1405
- COIFFIER B. et al., *CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma*, N Engl J Med (2002); 346: 235-242
- HUMBERT M. et al., *Benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (GINA 2002 step 4 treatment): INNOVATE, Allergy (2005); 60: 309-316*
- PICCART-GEHART M. J. et al., *Herceptin Adjuvant (HERA) Trial Study Team. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer*, N Engl J Med (2005); 353: 1659-1672
- 46 DORMANDY J. A. et al., *PROactive investigators. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macro Vascular Events): a randomised controlled trial*, Lancet (2005); 366: 1279-1289
- 47 ARCHIMBAUD E. et al., *A randomized, double-blind, placebo-controlled study with pegylated recombinant human megakaryocyte growth and development factor (PEG-rHuMGDF)*

- as an adjunct to chemotherapy for adults with de novo acute myeloid leukemia, *Blood* (1999); 94: 3694-3701
- ABRAHAM E. et al., *OPTIMIST Trial Study Group. Efficacy and safety of tifacogin (recombinant tissue factor pathway inhibitor) in severe sepsis: a randomized controlled trial*, *JAMA* (2003); 290: 238-247
- 48 RATHORE S. S. et al., *Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure*, *N Engl J Med* (2002); 347: 1403-1411
- THE DIGITALIS INVESTIGATION GROUP, *The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure*, *N Engl J Med* (1997); 336: 525-533
- 49 ECHT D. S. et al., *Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide, or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial*, *N Engl J Med* (1991); 324: 781-788
- 50 WARREN B. L. et al., *KyberSept Trial Study Group. Caring for the critically ill patient. High-dose antithrombin III in severe sepsis: a randomized controlled trial*, *JAMA* (2001); 286: 1869-1878
- 51 KEARON C. et al., *A comparison of three months of anticoagulation with extended anticoagulation for a first episode of idiopathic venous thromboembolism*, *N Engl J Med* (1999); 340: 901-907
- SCHULMAN S. et al., *A comparison of six weeks with six months of oral anticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. Duration of Anticoagulation Trial Study Group*, *N Engl J Med* (1995); 332: 1661-1665
- 52 FISHER B. et al., *Five versus more than five years of tamoxifen for lymph node-negative breast cancer: updated findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-14 randomized trial*, *J Natl Cancer Inst* (2001); 93: 684-690
- 53 ECHT D. S. et al., *Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide, or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial*, *N Engl J Med* (1991); 324: 781-788
- ADAMS R. J., BRAMBILLA D., *Optimizing primary stroke prevention in sickle cell anemia (STOP 2) trial Investigators. Discontinuing prophylactic transfusions used to prevent stroke in sickle cell disease*, *N Engl J Med* (2005); 353: 2769-2778
- 54 MOSELEY J. B. et al., *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee*, *N Engl J Med* (2002); 347: 81-88. Summary for patients in *J Fam Pract* (2002); 51: 813
- 55 SCHOFIELD P. M. et al., *Transmyocardial laser revascularisation in patients with refractory angina: a randomised controlled trial*, *Lancet* (1999); 353: 519-524

Missbrauch physikalischer Begriffe in den sogenannten Alternativwissenschaften

Wolfgang KUMMER

Zusammenfassung

Der Missbrauch physikalischer Begriffe in Zusammenhang mit Behauptungen betreffend die Existenz von Effekten außerhalb jener, die einer wissenschaftlichen Überprüfung standhalten, ist leider heute ein weit verbreitetes Phänomen. Allzu oft unterstützt durch unkritische Medien ist überdies die Verbreitung von Produkten ohne wissenschaftliche Basis in zunehmendem Maße zur Geschäftsgrundlage global agierender, äußerst profitabler Industriezweige geworden. Beispiele für diese zunehmend beunruhigende Entwicklung reichen von angeblich gebündelten „Energieflüssen“, mysteriösen „Strahlen“ sogar bis hin zur „Quantenmechanik“.

Schlüsselwörter: Alternativwissenschaften, Pseudowissenschaften, Missbrauch physikalischer Begriffe

Abstract

The abuse of physical concepts in order to bolster up claims for effects in nature outside the scientifically established ones unfortunately has become a widespread phenomenon. Supported all too often by uncritical media, also the distribution of products without scientific basis is becoming a global and extremely profitable industry. Examples for this increasingly disturbing tendency range from alledged focused “energy fluxes”, mysterious forms of “radiation”, even to “quantum mechanics”.

Keywords: alternative science, pseudo science, abuse of physical concepts

Anschrift des Autors: em. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Dr. h. c. Wolfgang KUMMER,
Ordinarius für Theoretische Physik und langjähriger Vorstand des
gleichnamigen Instituts an der TU Wien bis 2004
Liebhartstalstraße 31, A-1160 Wien
wkummer@tph.tuwien.ac.at

1 Einleitung

Das Wiederauftauchen grammatikalisch allerdings zuweilen holpriger lateinischer Zaubersprüche in den überaus populären Jugendbüchern von J. K. ROWLING erinnert an den für ein bildungsfernes Volk seit jeher geheimnisvoll-mystischen Aspekt einer uralten Sprache. Ökologische Nischen für das Lateinische existieren heute etwa noch bei medizinischen Fachausdrücken, bei Bezeichnungen in der Biologie oder aber auch in Restbeständen lateinisch-katholischer Liturgie. Mit der Zurückdrängung dieser Sprache in allen Lebensbereichen durch die englische lingua franca und parallel zum Niedergang des „altmodischen“ Gymnasiums scheint auch ihre geheimnisvolle Aura zu verschwinden, die sie sich für eine große Mehrheit der abendländischen Gesellschaft durch 2000 Jahre bewahrt hatte.

Andererseits besteht heute eine vergleichbare Verständnislosigkeit des breiten Publikums gegenüber den geradezu atemberaubenden Fortschritten der modernen Natur- und technischen Wissenschaften. Mehr noch gilt dies für deren Grundlagen und hier insbesondere für die Physik. Physikalische Gesetze, die eine letzte Basis für unsere gesamte Naturkenntnis bilden und die für oft Angst machende Anwendungen verantwortlich gemacht werden, bedienen sich letztlich der Mathematik – eines weiteren für viele Gehirne absolut unverständlichen, aber auch verabscheuungswürdigen Gebietes. Sind doch unabänderliche Naturgesetze und unbestreitbare Beweise in der Mathematik so etwas wie „Dogmen“, die nur eine „patriarchalisch-repressive“ Gesellschaftsordnung hervorbringen kann, der gegenüber „Tabubrüche“ ein wesentliches Mittel der Auseinandersetzung sind und insbesondere zur Aufmerksamkeits-erregung eine wichtige Rolle spielen.

Trotzdem (oder deswegen?) finden wohldefinierte Begriffe der Physik in gänzlich anderen Bereichen eine immer größere Verbreitung, wobei sie dort allerdings nur mehr als Legitimierung gänzlich unhaltbarer Interpretationen

dienen oder schlichtweg der bewussten Verschleierung eindeutiger Scharlatanerie.

Ein typisches Ergebnis dieser Taktik resultierte in der sogenannten „Sokalaffäre“. 1996 gelang es dem amerikanischen Physiker A. SOKAL, einen parodistischen, aber von physikalischen Begriffen strotzenden Artikel in einer der renommiertesten amerikanischen Zeitschriften auf dem Gebiet der Sozialwissenschaften zu platzieren, wo er prompt längere Zeit von Seite der Soziologen für bare Münze genommen wurde. Er hatte, scheinbar zustimmend, umfangreiche unsinnige Passagen aus Arbeiten vorwiegend französischer postmodernistischer Philosophen zitiert.¹

Im Folgenden soll jedoch auf diese Form des Missbrauchs physikalischer Begriffe nicht eingegangen werden, sondern vielmehr auf deren irreführende Verwendung im Zusammenhang mit immer größeren Umfang annehmenden kommerziellen Interessen. Damit wird es heute für seriöse Wissenschaftler immer gefährlicher, sich hiezu in der Öffentlichkeit kritisch zu äußern. Millionenklagen wegen Rufschädigung durch Firmen mit Milliardenumsätzen können die Folge sein und sogar bei vom postmodernen Zeitgeist der absoluten Toleranz beeinflussten Staatsanwälten und Richtern auf fruchtbaren Boden fallen. Leider gibt es ja in dieser Berufsgruppe bis heute keine Variante der juristischen Ausbildung, die die naturwissenschaftlich-technischen Grundlagen unserer modernen Gesellschaft auch nur ansatzweise berücksichtigt. Die Entscheidung gerichtlicher Verfahren liegt daher letztlich bei Gutachtern, für deren sachgerechte Auswahl natürlich auch keine systemimmanente Kompetenz bestehen kann – wenn es auch mittlerweile schon einzelne Richter gibt, die sich sozusagen privat entsprechendes Grundwissen angeeignet haben, das ihnen die Fähigkeit der Unterscheidung zwischen seriösen Wissenschaftlern und anderen verleiht.

Wenn also in diesem Artikel nur in isolierten Einzelfällen eine genaue Quellenangabe mit Nennung des Firmennamens bzw. eines

Proponenten von physikalischem Abrakadabra erfolgt, so ist dies für mich – wie für viele Fachkollegen in Physik, Chemie, Biologie, Medizin usw. – eine (leider) notwendige Vorsichtsmaßnahme, um allenfalls geballte Klagen finanzstarker Firmen oder deren Vertreter zu vermeiden. Andererseits werden, wie ich hoffe, die genannten traurigen Beispiele für sich sprechen und vielleicht sogar gelegentlich dem Leser ein (gequältes) Schmunzeln entlocken. Offenbar können es sich heute allenfalls nur auflagenstarke Zeitungen² erlauben, z. B. Ergebnisse über fehlende Wirkungen bestimmter Heilpraktiken zu berichten. Anlässlich der Veröffentlichung der Ergebnisse einer großen wissenschaftlichen Studie³ über die immer wieder behaupteten Heilerfolge durch Homöopathie wurde deren Unwirksamkeit – abgesehen von Placeboeffekten – den Lesern präsentiert. Allerdings sicherte man sich auch dort ab, indem man auch einen Vertreter der Homöopathie zu Wort kommen ließ.

Seriöse Wissenschaftler gehören per definitionem der sogenannten „Schulwissenschaft“ an, einer internationalen Forschergemeinde, die in gegenseitiger Kontrolle dafür sorgt, dass nur intersubjektiv überprüfbare Resultate dem Faktenbestand hinzugefügt werden, der wiederum die Basis für Fortschritte bildet. Entgegen weit verbreiteter Vorstellungen handelt es sich, zumindest in der Basiswissenschaft Physik dabei nie um „Revolutionen“ in dem Sinn, dass alte Vorstellungen durch neue Paradigmen komplett abgelöst werden. Vielmehr enthalten die neuen Einsichten die früheren Resultate als Grenzfall einer umfassenderen Sicht der Dinge. Ein berühmtes Beispiel hierfür stellt die Allgemeine Relativitätstheorie EINSTEINS dar, die NEWTONS Theorie weiterhin als Grenzfall enthält. Dies gilt auch, wenn diese neuen Einsichten, besonders in der Vergangenheit (z. B. EINSTEINS Ablehnung der Quantenmechanik!) älteren Forschern sehr schwer fallen können.

Es ist daher auch nicht erstaunlich, dass die Berufung auf solche „Revolutionen“ zum Argumentationsarsenal der postmodernen Geg-

ner gehört, auch wenn sie eher im Sinne einer „Retrovolution“ sich paradoxerweise etwa in der Medizin auf das angeblich hohe Alter (5.000 Jahre chinesische Medizin, 200 Jahre Homöopathie) dieser Praktiken berufen.

„Alternativwissenschaften“ stellen sich daher meist bewusst als legitime Gegner der „Schulwissenschaften“ dar, indem sie fragwürdige Erklärungsschemata postulieren, die aber trotzdem sehr oft Begriffe derselben verwenden. Im besten Fall bescheiden sie sich mit der Behauptung, eine „Ergänzung“ zu diesen anzubieten – ungeachtet der Tatsache, dass die alternativen Vorstellungen buchstäblich in allen Fällen völlig inkompatibel sind.

2 Energie, Energiestrom, Kräfte, Informationsübertragung

Das Wort *Energie* ist als Synonym für Tatkraft seit seiner Prägung im Altgriechischen allgemein im Gebrauch. Allerdings besitzt es durch den Arzt und Physiker Julius Robert MAYER ab 1845 eine wohldefinierte physikalische Bedeutung: Energie ist als Messgröße ein Attribut nicht nur mechanischer, sondern seit J. R. MAYER *aller*, auch biologischer Systeme, das einem sogenannten absoluten Erhaltungsgesetz genügt. Die Naturwissenschaft kennt keine spontane Entstehung von Energie, sondern nur Umwandlungen von *Energieformen*. Die weltberühmte Gleichung EINSTEINS (Energie gleich Masse mal Quadrat der Lichtgeschwindigkeit) bedeutete nur eine weitere Ausdehnung dieses Energieumwandlungsprinzips, das damit auch die Materie in die Energieerhaltung einbezog.

Aber auch der *Energiestrom* ist physikalisch wohl definiert. Er beteiligt sich an dieser Energieerhaltung als Vehikel des Ausgleichs zwischen räumlich getrennten Gebieten, die Energie austauschen können. Ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde insbesondere auch die elektromagnetische Strahlung (Licht-, Wärme-, Röntgenstrahlung etc.) als Manifestation des Energiestroms erkannt.

Energie kann also gewogen (Masse), berechnet (potentielle Energie, z. B. eines gefüllten alpinen Wasserspeichers) und als Energiestrom mit aller erforderlichen Präzision (von Elektrozählern im Haushalt bis hinunter zu Energiequanten, den winzigsten Energiemengen einzelner atomarer Prozesse) gemessen werden. Als Physiker ist mir kaum jemand bekannt, der die Erhaltung der Energie heute noch in Zweifel ziehen würde.⁴

Trotzdem wird Energie und Energiestrom, wie ich vermute in voller Absicht, verwendet, um etwa in esoterischen Zusammenhängen Wissenschaftlichkeit vorzutäuschen: Bei den Praktiken des tibetischen Quigong handelt es sich um ein „beharrlich und ausdauernd praktiziertes Üben zum Sammeln und Verfeinern von Energie...“. „Chi-Energieschwingungen“ seien für die Besserung von Krankheiten einzusetzen. „Kosmische Energien“ sollten so bestmöglich kontrolliert und eingesetzt werden. Die vorteilhafte Regelung von Energieströmen im menschlichen Körper entlang von „Meridianen“ ist für einen erstaunlich hohen Prozentsatz jener Bevölkerung eine Realität, die sich sogar zur gebildeten Schicht zählt. Ein „energetischer Wirbelsäulenausgleich“ wird sicher auch zahlungswillige Interessenten finden. Reiki-Praktiken leiten angebliche Energieströme von einem Organismus zum anderen.

Auch Feng-Shui beruft sich auf Energieströme, die durch Anordnung von Möbeln in Wohnräumen sowie bestimmte „Hilfsgeräte“ (Windräder, Klangspiele, aufs Fenster geklebte Bilder...) beeinflusst und sogar in der Architektur berücksichtigt werden sollen. Es ist bestürzend, dass in Österreich laut Zeitungsmeldung sogar eine gültige akademische Qualifikation als Architekt mit Feng-Shui-Ausbildung vergeben wird (Donau-Universität Krems).

Der Physiker ist längst imstande, kosmische Energieströme genau zu bestimmen, zu messen und ihre Gesetzmäßigkeiten zu erschließen. Schon seit den Uranfängen des Lebens und auch bis heute ist die Erde einem Trommelfeuer kosmischer Strahlung ausgesetzt. Obwohl die

Lufthülle einen Großteil der hochenergetischen Strahlung absorbiert, trifft im Schnitt pro Quadratmeter etwa ein negativ geladenes Myonteilchen pro Sekunde auf die Erdoberfläche. Dazu kommt auch noch etwa die millionenfach höhere Zahl der alles durchdringenden Neutrinos, für die der gesamte Erdball – geschweige ein lebender Organismus – kein Hindernis darstellt und die, obwohl physikalisch messbar, daher keinerlei Effekt hinterlassen (vergleiche auch unten im Abschnitt „Strahlen“).

Die Esoterik bringt auch besonders schnell wachsende Pflanzen wie Bambus, vermutlich aus daraus gespeisten magischen Vorstellungen, mit kosmischer „Urenergie“ in Verbindung, die dann im Bambusessig – natürlich um teures Geld – in konzentrierter Form erhältlich sei. Das Salz aus dem Himalaja, das natürlich aus vergleichbaren geologischen Perioden wie Salz aus österreichischen Salinen stammt, findet offenbar zu drastisch überhöhten Preisen nicht wenige Käufer, weil es angeblich „seit Jahrmillionen“ Energieströmen ausgesetzt sei.

Obwohl seit 100 Jahren als unhaltbares physikalisches Konzept längst abgeschafft, feiert neuerlich auch der Äther als Quelle kosmischer Energie bei Leichtgläubigen fröhliche Urständ. In Inseraten einschlägiger Zeitschriften wird etwa eine „Ätherquelle“ angeboten, „die reine Lebensenergie aus der Atmosphäre anzieht“ und „gebündelt wieder abstrahlt“.

Ein „kosmischer Energetisator“ transformiert mittels eines Siliziumkristalls „kosmische Energien“. Er nimmt schädliche Strahlen auf, ordnet sie und sendet sie in „perfekter Struktur“ zurück. Die angebliche Wirkungspalette reicht von Elektrosmog, Handys, Schnurlostelefonen bis zu „geopathischen“ Störzonen und hat nicht nur körperliche Effekte (Behebung von Schlafstörungen, Depressionen, Ängsten etc.), sondern ein derartiger Energetisator kann auch zur „Aufladung von Lebensmitteln, Getreide, Heilmitteln...“ verwendet werden. Mir ist sogar ein Fall bekannt, in dem eine aushilfsweise im Physikunterricht eingesetzte Biologielehrerin den Schülern verschiedene

Kristalle in die Hände legte und sie aufforderte, den Energiefluss zu spüren, der von diesen Kristallen in den Körper eindringe.

Die heilige Hildegard VON BINGEN (1098 – 1179) ist nicht nur für ihre Heilkräuter und mittelalterlichen Behandlungsmethoden in bestimmten Kreisen äußerst populär, obwohl ihre strikte Ablehnung bestimmter, heute als besonders vitaminreich geltender Gemüsesorten bizarr wirkt. Sie versuchte aber auch, die Gravitation als Folge einer Anpressung an die Erde durch eine Art kosmischen Wind zu erklären – eine im Rahmen des hochmittelalterlichen Weltbildes geradezu revolutionäre Idee. Diese Vorstellung ist in der modernen Physik zumindest seit dem 17. Jahrhundert obsolet und zwar wegen der unvermeidlichen Reibung dieses kosmischen Windes mit der Erde und den anderen Planeten, der eine rasche Abbremsung deren Bewegungen um die Sonne hervorrufen würde. Trotzdem grassierte zu Beginn der 90er-Jahre ein Angebot gewisser Schweizer Geschäftsleute, diesen „Wind“ als Energiequelle eines „Quantenmotors“ zu verwenden. Auf den Missbrauch des Wortes „Quanten“ und Quantenphysik wird weiter unten eingegangen. Interessenten wurden damals eingeladen, 6000 Schweizer Franken auf ein Konto zu überweisen, um sich an der Entwicklung dieser Energiequelle zu beteiligen. Eine persönliche Besichtigung dieses „Motors“ der „Raum-Quanten-Motoren AG“ war übrigens erst *nach* der oben genannten Einzahlung möglich.

Eine bestimmte Sorte russischer Physiker, die offensichtlich früher unter der Protektion kommunistischer Schutzherren – wie LYSENKO im großen Maßstab unter STALIN mittels seiner lamarckistischen Biologie – ungestört pseudowissenschaftlichen Unsinn produzieren durften, sucht und findet leider in jüngster Zeit auch immer wieder willige Gläubige im Westen. So brachte z. B. im Oktober 2005 ein Dr.-Ing. A. TARASOV an einem Klinikinstitut des AKH Wien eine Besprechung⁵ über ein von ihm vorgestelltes Gerät zustande, das eine „Energieformationskomponente“ erzeugen soll. Der Äther

sei durch EINSTEIN nur „in Vergessenheit geraten“, er habe verschiedene Komponenten und sei „nahe der üblichen Physik“ beschreibbar. Er habe eine Wechselwirkungsgeschwindigkeit von 10^{120} km/s (also etwa das 10^{115} -fache der nach allen physikalischen Befunden nicht überschreitbaren Lichtgeschwindigkeit!). Damit würde ein Biofeld erzeugt, das aber auch eine Wirkung auf Verbrennungsmotoren (!) haben sollte (Verbrauch, Abgas, Leistung). Ein Gegenstand aus Edelmetall, den man einfach durch die Tanköffnung in den Benzintank hineinlegt, soll dies bewirken. Der Vorschlag einer diesbezüglichen Versuchsreihe fand anscheinend nur bei den medizinischen Teilnehmern des Gesprächs, nicht aber bei den anwesenden verstockten Krafftfahrzeugexperten eine positive Reaktion.

Ein sehr beliebter missbräuchlich verwendeter Begriff ist auch das *Tachyon*. In Esoterikläden werden Plastikkärtchen verkauft, die diese „alles durchdringenden“ Teilchen so „bündeln“, dass beim Aufhängen eines solchen in der Nähe eines Computers dessen Elektrosmog ausgeschaltet wird. In der Physik existiert in der Tat der Begriff Tachyon. Wenn nach der speziellen Relativitätstheorie EINSTEINS ein Teilchen einen Massenparameter *hätte*, dessen Quadrat negativ (!) ist, dann müsste sich ein entsprechendes Teilchen mit reeller Masse mit Überlichtgeschwindigkeit bewegen. Es würde außerdem den Kausalzusammenhang durchbrechen (Wirkung *vor* der Ursache). Wenn in einer physikalischen Theorie ein tachyonisches Teilchen auftaucht, ist dies jedoch ein zwingender Grund, eine solche Theorie zu verwerfen oder zumindest zu modifizieren. Nebenbei sei bemerkt, dass gerade die Elimination von scheinbaren Tachyonen durch präzise Neuformulierungen der Ansätze zu großen Fortschritten in der Entwicklung der physikalischen Grundgesetze im heutigen „Standardmodell“ der Elementarteilchentheorie geführt hat.

Der physikalische *Kraftbegriff* ist ebenfalls ein beliebtes Objekt des Missbrauchs. Es gibt – offenbar besonders im Waldviertel

– „Kraftplätze“ mit „unsichtbarer Qualität“. Klarerweise gehören diese bereits auch in immer zahlreicheren anderen Orten zu den Fremdenverkehr fördernden Attraktionen.

Ein zivilrechtlich gesehen besonders heikles Gebiet für einen Artikel wie den vorliegenden bildet die „Energetisierung“ des Wassers. Hier werden „Verwirbelungssysteme“ zum einfachen Durchleiten des Wassers angeboten. Sie bestehen nur aus einem kurzen Rohr mit Verengung in der Mitte, „leicht in der Tasche mitzutragen“. Damit kann jedes Wasser kurz vor dem Trinken „energetisiert“ werden. Auch Kristalle (Rosenquarz oder Bergkristall), in die Trinkwasserkaraffe gelegt, sollen durch Schwingungen die Kristallordnung auf das Wasser übertragen.

Da zwischen Energieströmen und geheimnisvollen Informationsübertragungen im wissenschaftsfernen Gebiet oft wenig Unterschied gemacht wird, muss hier auch das „belebte“ Wasser erwähnt werden, dessen Einsatz als Trinkwasser, in der Landwirtschaft, ja sogar als Kühlwasser in der Industrie beachtliche kommerzielle Erfolge aufweisen kann. Wie die vom Tiroler Erfinder GRANDER und seinen Vertriebsfirmen angebotenen Geräte Wasser „beleben“ sollen, ist nach Aussage des Betriebsführers Peter ORTNER in einem Kreditschädigungsprozess gegen den Kritiker Prof. Erich EDER vom Institut für Evolutionsbiologie der Universität Wien „ein Geheimnis“. ⁶ Laut GRANDER soll etwa ein Glas, gefüllt mit dem von ihm belebten Wasser, ohne Kontakt mit dem vorbeifließenden Leitungswasser das letztere so beeinflussen, dass es positiv auf Organismen wirkt. In der Physik ist jedenfalls kein Übertragungsmechanismus bekannt, der hier relevant sein könnte.

Die Behauptung, Wasser könne durch bestimmte Verfahren eine Struktur erhalten, ist übrigens – auch außerhalb der Homöopathie – ein altes trauriges Kapitel der Geschichte der Pseudowissenschaften. 1988 gelang es dem französischen Immunologen J. BENVISTE in der renommierten Zeitschrift *Nature* einen Artikel über ein angebliches Gedächtnis des Wassers

unterzubringen. Seine Resultate konnten niemals unter einwandfreien wissenschaftlichen Bedingungen reproduziert werden. Unter dem Verdacht der Manipulation wurde daher sein Laboratorium geschlossen, was ihn aber nicht hinderte, mittels privater Mäzene weiter zu „forschen“. Er verstieg sich schließlich zur Behauptung, Wasser habe nicht nur ein Gedächtnis, sondern diese Strukturinformation könne auch ausgelesen, digital codiert, per E-Mail verschickt, wieder ausgelesen und in anderes Wasser gespeichert werden.⁷

3 Strahlen

Zu dem Begriff „Strahlen“ hat die moderne Gesellschaft, oft desinformiert durch ihre Medien, ein sehr gespaltenes Verhältnis. Der physikalische Strahlenbegriff umfasst Strahlen massiver Teilchen (Elektronen, die bereits oben erwähnten Myonteilchen der kosmischen Strahlung, Atome, aber auch Strahlen aus den Atomkernen, etc.) und Strahlen masseloser Teilchen (Photonen als Quantenteilchen der elektromagnetischen Strahlung). Strahlen sind somit nichts anderes als Manifestationen einer spezifischen Form des Energiestroms, der durch verschiedenste Teilchen übermittelt werden kann.

Das Spektrum der Energieströme aller dieser Teilchen reicht über viele Zehnerpotenzen. Massive Teilchen werden nach EINSTEIN bei höheren Geschwindigkeiten „schwerer“, wobei die Lichtgeschwindigkeit eine unerreichbare Grenze bleibt. Obwohl aber die leistungsfähigsten modernen Teilchenbeschleuniger Energien der *Einzelteilchen* (Protonen, Elektronen, Positronen) bis zu mehr als 10^{12} Elektronvolt erreichen⁸, sind die damit verbundenen Energieströme winzig im Vergleich mit den Energieströmen, die durch die kommerziellen Stromnetze unseres Alltags fließen. Übrigens werden die höchsten Energien in sehr seltenen kosmischen Strahlprozessen beobachtet, die über 10^{21} Elektronvolt pro Teilchen erreichen können.

Am untersten Ende der Skala liegen einzel-

ne Lichtquanten (Photonen). Die Energie eines masselosen Photons kann beliebig klein sein. Mit Hilfe von Prozessen, bei denen Photonen beteiligt sind, können somit kleinste Energien und Energieströme gemessen und als „Strahlen“ physikalisch identifiziert werden. Angebliche andere Strahlenphänomene des pseudowissenschaftlichen Bereichs stehen daher von vornherein auf verlorenem Posten.

Im Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit hat sich der Strahlenbegriff von euphorischer Begeisterung zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als die Röntgenstrahlen und die Radioaktivität bestimmter Atome entdeckt wurde, heute zu einer Art radiophoben Ablehnung entwickelt. Dies äußert sich auch in der Literatur des alternativen „Wissens“ im Ersetzen des Begriffs „Strahlen“ (Erdstrahlen etc.) durch Umschreibungen wie „feinstoffliche Wirkungen, Energieströme“ etc. In Wahrheit entwickelte sich das Leben seit Anbeginn, nämlich vor etwa 3,5 Milliarden Jahren in einer strahlungserfüllten Umwelt. Ein Beispiel: Jeder Mensch – wie jedes andere Lebewesen seit Urzeiten – enthält in all seinen Körperzellen ein radioaktives Kaliumisotop, das bei ca. 75 kg Körpergewicht insgesamt zu rund 10.000 Zerfällen pro Sekunde (10.000 Becquerel) führt. Zusätzlich gibt es noch Zerfälle von Kohlenstoff 14, einem radioaktivem Kohlenstoffisotop, das andauernd durch die kosmische Strahlung in der Atmosphäre produziert wird und über das von Pflanzen absorbierte CO₂ in die Nahrungskette gelangt. Weiters hinzuzurechnen sind die radioaktiven Zerfälle anderer im Erdreich natürlich vorkommender Atome (z. B. des Radongases), die die örtliche natürliche Strahlenbelastung im Vergleich mancher Gebiete der Erde bis zu 250% variieren lassen.

Im Gegensatz zu den meist weitgehend ignorierten Effekten organismusfremder chemischer Umwelt- und Nahrungsverunreinigungen kann übrigens jeder einzelne Atomzerfall durch einen Zähler registriert werden, den sich jedermann um wenige Euro etwa im Versandhandel beschaffen kann.

Offenbar sind die Zellreparaturmechanismen der Lebewesen immer mit Strahlenschäden dieser Größenordnung fertig geworden. Bei Belastung mit umweltfremden Chemikalien ist dies hingegen keinesfalls evident.

Nun zu den neuerlich euphemistisch als „feinstofflich“ bezeichneten Missbräuchen des Strahlungsbegriffs: Besonders bekannt sind die sogenannten Erdstrahlen, die angeblich auf Wünschelrutengänger wirken und es ihnen ermöglichen, „geopathologische“ Störungen festzustellen und Wasseradern aufzuspüren. Nach einer kürzlich⁹ abgedruckten Erklärung durch eine professionelle Geomantin (deutsch: Erdwahrsagerin) entstehen Erdstrahlen durch die Bewegung des Wassers als „Reibungsstrahlen“ in Wasseradern. Physikalisch ist natürlich jede Reibung mit Wärmestrahlung (elektromagnetischen Wellen im Infrarotbereich) verbunden. Allerdings führt eine solche Erwärmung in erster Linie zu einer äußerst geringfügigen Erwärmung des Wassers selbst, keinesfalls aber zu auf der Erdoberfläche wahrnehmbaren (und messbaren) Effekten – weder für genaueste physikalische Geräte, noch für die wesentlich weniger darauf reagierenden Organismen.

Es ist richtig, dass Wünschelrutengänger oft Wasser korrekt registrieren. Allerdings stoppte die amerikanische Regierung umfangreiche einschlägige Forschungsreihen der US-Armee bereits vor vielen Jahrzehnten, weil die Trefferquote nicht jene übertraf, die professionelle Geologen auf Grund der Geländeformen, Vegetation und anderer Oberflächenindikatoren erreichten. Beim Wünschelrutengänger findet offenbar eine unbewusste ähnliche („intuitive“) Beurteilung statt.

Wenn jedoch die Grundlagen für eine solche fehlen, kommt es zu totalen Ausfällen. Das negative Resultat eines solchen Versuchs der Universität Nice im Jahre 2001 unter sorgfältigen Bedingungen berichten G. CHARPAK und H. BROCH¹⁰. Nachdem ein Preis von 200.000 Euro für den Nachweis *irgendeines* paranormalen Effekts ausgesetzt worden war, stellte sich ein einziger Wünschelrutengänger

einem Experiment. Nachdem dieser selbst erklärt hatte, es gäbe keine sonstigen Störzonen im Versuchsgebiet, wurden parallel zueinander zehn Röhren vergraben, durch die abwechselnd Wasser geleitet wurde. Der seiner Fähigkeiten absolut sichere Mann war erschüttert, dass er nicht imstande war, die jeweiligen Röhren mit Wasserdurchfluss zu identifizieren.

„Abschirmungen“ gegen „Erdstrahlen“ scheinen sich auf das physikalische Prinzip des Faradayschen Käfigs zu berufen. Bei diesem handelt es sich um den Effekt einer Umhüllung aus leitfähigen Materialien, die in der Tat den Innenraum gegen *elektrische* Felder abschirmen. Lässt man als Kandidaten für Erdstrahlen (geopathische Zonen) also, wenn überhaupt, Variationen des äußerst kleinen Magnetfelds der Erde zu (vgl. nächstes Kapitel), so kann hier kein (bzw. nur ein Placebo-) Effekt auftreten. Allerdings soll es in Österreich sogar ein Spital geben, in dessen Intensivstation sich die Patienten nach Anbringung einer solchen Abschirmung auf Befragung „besser fühlten“ (!). Ob dieser Placeboeffekt den zweifellos nicht billigen baulichen Aufwand wert war, muss offen bleiben.

Einer der magischen Abschirmungsideen scheint auch die verbreitete Verwendung von Kupferarmbändern u. dgl. zugrunde zu liegen. Beim Kauf eines neuen, farblich passenden Lederarmbands für meine Armbanduhr wurde mir ein Merkblatt mitgeliefert, das darauf hinwies, dass ein Kupferband in das Leder eingearbeitet sei und dieses Kupfer sei schon einmal auf 3000 Volt aufgeladen worden. Damit würden sich nicht nur das körperliche Wohlbefinden, sondern auch die intellektuellen Fähigkeiten des Trägers verbessern.

4 Magnetismus

Die gegenseitige Anziehung natürlich vorkommender Gesteine mit magnetischen Eigenschaften (Magnetit) dürfte die Menschen schon seit Urzeiten fasziniert haben. Jedenfalls beschrieben sie bereits die frühen ionischen

Naturphilosophen (Thales von Milet 500 v. C.). Die Verwendung als Kompass dürfte zuerst in China bzw. auf arabischen Handelsschiffen um 1000 n. C. erfolgt sein. Die Entdeckung, dass die Erde selbst einen Magneten darstellt (W. G. GILBERT) stammt erst aus dem Jahre 1600. Dass Magnetismus und Elektrizität eng miteinander in der elektromagnetischen Theorie verbunden sind, ist der modernen Wissenschaft seit MAXWELL (1873) bekannt und führte zu jenen technischen Anwendungen, die heute unsere Gesellschaft bestimmen. Magnetische (und elektrische) Felder können mit höchster Präzision gemessen und „gestaltet“ werden, man denke etwa an Großbeschleuniger mit supraleitenden Magneten, an Kernspintomographen oder auch an kleinste magnetischen „Fallen“, in denen einzelne Atome gespeichert werden können.

Die Wirkung des (Erd-)Magnetismus auf gewisse Organismen, z. B. bestimmte Bakterien, Brieftauben u. a. zu Orientierungszwecken, scheint heute etabliert zu sein. Elektromagnetische Strahlung von Mobiltelefonen und deren Antennen – besonders der *erstere* Effekt dürfte einen größeren Anlass zur Besorgnis geben – bewirkt einen (unerwünschten) elektromagnetischen Energieeintrag. Dieser erwärmt nicht nur Körperzellen (Elektrosmog), sondern ist im Bereich der Mikrowellen auf Grund des resonanten und damit hoch verstärkten Mitschwingens der Wassermoleküle im menschlichen Körper besonders beunruhigend. Liegen doch deren Eigenschwingungen gerade in diesem Frequenzbereich. Im Tierversuch zeigten sich biologische Schäden, wie sie übrigens auch schon vor Jahrzehnten an Menschen beobachtet worden waren, die damals völlig ungeschützt in Radarstationen Mikrowellen ausgesetzt waren.

Das *statische* (zeitunabhängige) Magnetfeld übt jedoch auf Organismen – mit Ausnahme spezieller Organe, die sich mit eingelagerten Eisenatomen in organische Moleküle zu Orientierungszwecken bei einzelnen Tieren im Zuge der Evolution ausbildete – *keinen* nachweis-

baren Einfluss aus. Dies wurde vom streng wissenschaftlichen Standpunkt erst kürzlich wieder¹¹ zusammenfassend diskutiert. Nichtsdestoweniger existiert eine weltumspannende Industrie, deren Erzeugnisse (Armbänder, Schuheinlagen, Kniepflaster, Matratzen etc.) es auf einen Jahresumsatz von etwa 1 Milliarde Dollar bringen. Wenn derartige Produkte überhaupt eine Wirkung besitzen, kann es sich nur um Placeboeffekte handeln. Der physikalische Grund ist einfach: Jeder Magnet hat zwei Pole, zwischen denen das magnetische Feld verläuft, wobei nur in unmittelbarer Nähe der Magnete eine größere Feldstärke registriert wird. Denn zum Unterschied vom elektrischen Feld einer Ladung, das mit dem Quadrat der Entfernung schwächer wird, verläuft diese Abschwächungswirkung beim Magnetfeld mit der 3. Potenz. Eine Verdopplung des Abstands bringt demnach eine Abschwächung um den Faktor 8. Wenn also eine Magnetdecke wirklich aus kleinen und natürlich sehr schwachen Magneten bestehen sollte, ist in wenigen Zentimetern Abstand das magnetische Feld bereits so klein, dass eine Wirkung auf den Organismus auszuschließen ist.

Der Missbrauch des Wortes „Magnetismus“ für gewisse Methoden psychologischer Beeinflussung hat allerdings eine lange Geschichte. Das englische Wort „mesmerize“ enthält noch den Namen des österreichischen Arztes F. A. MESMER (1734-1815), der vom „animalischen Magnetismus“ sprach, aber hier offenbar nicht den physikalischen Begriff, sondern mit der Hypnose verwandte Praktiken bezeichnete.

Die höchst schädlichen Wirkungen hoher Spannungen und Ströme sind der breiten Öffentlichkeit durchaus geläufig. Andererseits werden in der physikalischen Medizin elektrische Wechselspannungen zur Aktivierung von Muskeln bei der Rehabilitation seit langer Zeit erfolgreich eingesetzt. Um aber bei „alternativen“ Verfahren mit ebensolchen elektrischen und elektromagnetischen Effekten eine Aura des Geheimnisvollen zu erzeugen, wird auch bei derartigen Geräten oft nur von

magnetischen Wirkungen gesprochen und das Wort „elektrisch“ vermieden. Ein Vertreter eines Geräts für „pulsierende Signaltherapie“ (PST) erklärte mir einmal, dass hierbei ein wechselndes Magnetfeld auf das Blut wirke, in dem die Wassermoleküle ja Dipole seien. Auf meinen Einwand, es handle sich um *elektrische* Dipole (aus positiven und negativen *elektrischen* Ladungen), gab er in schöner Offenheit zu, dass eigentlich ein (natürlich genauso fragwürdiger) Effekt elektrischer Natur auf Ionen (elektrisch geladene Atome) im Blut vorliege, aber das Wort „Elektrizität“ eben einen negativen Beigeschmack habe, „weil die Kunden dann an Elektroschocks und dergleichen denken“. Von mir erbetene genauere Informationen über das betreffende Gerät und dessen Wirkungsweise erhielt ich nie, vermutlich wegen meiner Visitenkarte mit der Adresse TU Wien. Allerdings hatte dieser Vertreter von vornherein darauf hingewiesen, dass ausführlichere Merkblätter eigentlich nur für Ärzte (!) bestimmt seien.

Aber auch eine „pulsierende Magnetfeldtherapie“ wird in bestimmten Arztpraxen angeboten – mit Berufung auf eine vom Magnetfeld übertragene „Information“. Dabei wirbt man damit, dass man schon im Altertum die „biologische Wirkung der Magnete gekannt und ausgenutzt hätte“, wozu HIPPOKRATES, wiederum Hildegard von BINGEN und auch PARACELUS als Zeugen bemüht werden.

5 Quantenmechanik, Gravitation etc.

Für den sogenannten „gesunden Menschenverstand“ ist die Physik kleinster Strukturen zugegebenerweise eine schwierige Angelegenheit. Die notwendige Aufgabe des strikten Kausalitätsbegriffs für Einzelprozesse bereitete ja sogar großen Geistern wie A. EINSTEIN, der mit einer seiner berühmten Arbeiten des Jahres 1905 eben dieses Gebiet begründet hatte, unüberwindliche Schwierigkeiten. Andererseits ist das quantenmechanische oder besser

quantenfeldtheoretische Verhalten der Elementarteilchen die Grundlage dafür, dass Atome und Moleküle überhaupt stabile Objekte sein können. Eine zugegebenerweise mathematisch aufwändige Beschreibung erlaubt Vorhersagen, die etwa bei einzelnen Fundamentarteilchen bis zu 10 Dezimalen nachprüfbar sind.

Die bereits nahezu unüberschaubare Vielfalt der Anwendungen der Quantenmechanik reicht von der Lasertechnik bis hin etwa zu immer genaueren Voraussagen der detaillierten Eigenschaften chemischer Moleküle. Diese Eigenschaften können heute mit immer leistungsfähigeren Computern direkt aus der Quantenmechanik berechnet werden.

Bei den seit langer Zeit bekannten¹² sogenannten verschränkten Quantenzuständen handelt es sich um Zustände von Quantensystemen, die bis zum Moment ihrer Registrierung durch makroskopische Detektoren in einem unbestimmten, ja sogar prinzipiell unbestimmbaren Zwischenzustand verharren. Die vom Detektor registrierten Werte lassen sich nur statistisch vorhersagen. Trotzdem erlauben ausgeklügelte Übermittlungsmethoden eine präzise Informationsübertragung auch über längere Strecken. Unglücklicherweise wurde eine vergleichbare Übertragung des *Zustands* eines Lichtteilchens, also nicht des Lichtquants selbst, von dem Physiker Anton ZEILINGER vor einigen Jahren als „Teleportation“ bezeichnet, was natürlich für Laien und Begriffsverdrehler eine große Versuchung bedeutet, zur Unterstützung ihrer nicht reproduzierbaren Behauptungen – oder in medizinischen Anwendungen bei allenfalls Placeboeffekten –, die „Quantenphysik“ ins Spiel zu bringen.

Dies geschieht neuerdings besonders gerne im Zusammenhang mit dem „Gedächtnis“ des Wassers bei jenen extremen Verdünnungen, wie sie die Homöopathie vorschreibt. Es ist für den Physiker untragbar, wenn in einer Gegenüberstellung zu dem Resultat der jüngsten Studie über Homöopathie¹³ ein Befürworter dieser Methode einfach behauptete, der angebliche Erinnerungseffekt komme „quantenphysika-

lisch“ zustande, wenn eine „Verschüttelung“ erfolge. Auf welche messbaren oder auch nur theoretisch begründbaren physikalischen Effekte der offensichtlich fachfremde Arzt hierbei Bezug nimmt, bleibt ohne Erklärung. Von Homöopathen wird auch noch häufig die Wichtigkeit dieser Verschüttelung in Richtung „Erdmittelpunkt“ behauptet – sollte dies eine Anspielung auf Quantengravitation enthalten?

Besonders abzulehnen ist die um sich greifende Praxis, im Fachjournal eines bestimmten Wissenschaftsgebietes, dessen Herausgeber keine Kompetenz für andere Fächer besitzen, Artikel zu platzieren, die für jenes andere Fachgebiet unhaltbare Behauptungen enthalten. Dies geschah vor kurzem in einer Zeitschrift für Elektrotechnik, in der ein in der Elektronik verdienter Forscher behauptete, die Ungültigkeit der Relativitätstheorie EINSTEINS experimentell bewiesen zu haben.

Auf einer ähnlichen Linie liegen Artikel¹⁴ in medizinischen Zeitschriften, die physikalisch unhaltbare, nicht überprüfbare Behauptungen aus dem Gebiet der Quantenmechanik enthalten: So etwa habe die Homöopathie etwas mit Teleportation zu tun, bzw. mit der Verschränkung von Quantenzuständen. In der Physik wohldefinierte Phänomene wie die „Dekohärenz bei der Wechselwirkung mit der Makrowelt“ sollen den mit physikalischen Begriffen nicht vertrauten Leser beeindrucken.

Natürlich wird auch immer wieder die „Komplementarität“ gewisser Variablen der Quantenmechanik erwähnt: Ort und Impuls eines Teilchens lassen sich auf Grund der Unbestimmtheitsrelation nicht gleichzeitig beliebig genau messen. Dafür erfinden die Autoren in dem zuletzt zitierten Artikel noch zusätzlich eine veränderte Quantentheorie „ohne Beschränkung durch die Plancksche Konstante“, für die es in der Natur, wie sie durch die herkömmliche Quantentheorie beschrieben wird, überhaupt keinen Beweis gibt. Gleichzeitig werden die von Niels BOHR, dem Altvater der Quantenphysik, leider selbst ins Spiel gebrachten fragwürdigen Erweiterungen

eines äußerst vagen Komplementaritätsbegriffs auf Bereiche außerhalb der Physik (z. B. Individuum versus Gesellschaft, Gefühl versus Verstand) wieder einmal aufgewärmt.

Es scheint also, dass die Unvereinbarkeit der Naturwissenschaften mit der Homöopathie trotzdem unter Verwendung von herkömmlichen physikalischen Begriffen als Grundlage für eine „neue“ Physik verwendet werden soll. Dass diese dann natürlich im Widerspruch zu den umfassenden erfolgreichen Anwendungen der „Schulphysik“ auch im täglichen Leben steht, scheint nicht Anlass für Selbstkritik zu sein.

Ein besonders plumper Versuch, wissenschaftliche Seriosität dadurch vorzutäuschen, dass das Wort „Quanten“ eingeführt wird, stellt der bereits oben erwähnte Raum-Quanten-Motor dar, mit dem „kosmische Energie“ angezapft werden soll. Dabei wurde behauptet, er sei auf Grund der „Prophezeiungen“ von Hildegard VON BINGEN entwickelt worden.

6 Schlussfolgerungen

Dass die missbräuchliche Verwendung physikalischer Begriffe heute ein viel weiter verbreitetes Phänomen ist als im 19. Jahrhundert, als z. B. eine Apotheke keine homöopathische Produkte neben allopathischen Präparaten über denselben Ladentisch verkaufen durfte, hat vielleicht etwas mit dem postmodernen Prinzip des Dogmas einer allumfassenden Toleranz zu tun, die auch durch die *political correctness* erzwungen wird. Seriöse Schulwissenschaft mit intersubjektiv überprüfbaren Vorhersagen, die auf Natur-„Gesetzen“ (!) beruhen, haben es da schwer. Der erhobene Zeigefinger „entlarvt“ den Kritiker von Verschleierung und Scharlatanerie als altmodisch verstockten Schulmeister – den Inbegriff eines längst überholten Autoritätsanspruchs. Wenn ja auch in der Kunst Tabubrüche als Marketingmaßnahmen schon zum Standard gehören, werden Angriffe auf die Schulwissenschaften

und die Verwendung deren Begriffe zur Mystifizierung im Grunde primitiver oder vorwissenschaftlicher, ja magisch bestimmter Verfahren und Vorstellungen leider auch besonders gerne von einer gewissen Clique von Journalisten unterstützt, die vielleicht aus ganz persönlichen Gründen mit den exakten Naturwissenschaften und/oder der Mathematik in der Schule ihre Probleme gehabt hatten. Wie bereits einleitend bemerkt, stellt jedoch einen besonderen Grund zur Besorgnis die mittlerweile gewaltige finanzielle Macht global agierender Firmen dar, die mit „alternativwissenschaftlichen“ Produkten immer umfangreichere Geschäfte machen und entsprechende Profite einfahren. Allein durch die von ihnen festgelegten Streitwerte in zivilrechtlichen Verfahren gegen im allgemeinen wenig betuchte Kritiker aus dem seriösen Bereich der Schulwissenschaft verfügen sie heute auch noch über ein erschreckendes Werkzeug zur Verhinderung der Aufdeckung von Missständen und sind überdies in zunehmendem Maße bereit, dieses rücksichtslos einzusetzen.

Referenzen:

- 1 vgl. KUMMER W., „Wissenschaftskriege“: wo, wer gegen wen?, in: MOSKALIUK S. S. (Hrsg.), *Classics of World Science Vol. 4*, S. 193 ff, Timpani, Ukraine (2. Auflage 2005). Umfangreiche Literatur zur Sokalaffäre ist auch unter <http://www.physics.nyu.edu/faculty/sokal/> zu finden.
- 2 z. B. Profil, 37, 12. September 2005
- 3 SHANG A. et al., *Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy*, Lancet (2005); 366: 726-732
- 4 Allerdings existieren noch einzelne Jünger des Astrophysikers F. HOYLE (1915 - 2001), der als bekennender Materialist nicht an den Urknall („Big Bang“ war seine Wortprägung) und damit an einen Anfang des Universums glauben wollte. Da die kontinuierliche Abstandsvergrößerung von Galaxien aber unbestreitbar ist, erfand er eine „stationäre“ ewige Ausdehnung, die mit unaufhörlicher lokaler Produktion von Masse (also Energie!) einhergehen muss.
- 5 Vgl. Aktennotiz Univ.-Prof.Dr. H. P. LENZ, Besprechung an der Medizinischen Universität Wien, Klinik für Innere Medizin, Intensivstation (17. 10. 2005).
- 6 Vgl. Bericht in „Die Presse“, 9. 11. 2005
- 7 Ich verdanke einem noch unveröffentlichten Text von Herrn Prof. Ulrich BERGER (WU Wien) über Pseudowissenschaften diese prägnante Zusammenfassung der Benviste-Affäre.

- 8 Ein Elektronvolt ist die Energie, die ein Elektron besitzt, wenn es die Spannung 1 Volt zwischen zwei elektrischen Polen durchlaufen hat. Bei chemischen Prozessen geht es typischer Weise um Energien bis zu höchstens wenigen Elektronvolt pro Molekül.
- 9 „Lebensart“, Februar 2006, S. 54
- 10 CHARPAK G., BROCH H., *debunked! ESP, Telekinesis, other Pseudoscience*, The Johns Hopkins Press, Baltimore (2004), S. 78 ff
- 11 FEINGOLD L., FLAMM B. L., *Magnet Therapy*, Br Med J (2005); 332: 4, zitiert nach Physics World (2006); 19: 3
- 12 Der österreichische Nobelpreisträger Erwin SCHRÖDINGER, einer der Begründer der Quantenmechanik, führte diesen Begriff bereits in den 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts ein.
- 13 vgl. Ref. 2 und 3
- 14 vgl. Ärzte Woche, 5. Mai 2005

Religionsäquivalente in der Medizin am Beispiel der Homöopathie

Clemens PILAR

Zusammenfassung

Medizinische Behandlungen wirken nicht nur durch ihre spezifischen Anwendungen und Arzneien. Immer spielt auch das therapeutische Ritual eine Rolle. Zahlreiche alternative Therapien, deren spezifische Wirksamkeit höchst umstritten ist, wirken vor allem durch die Botschaften, die sie transportieren. Vielfach werden dabei Symbole und Elemente aufgegriffen, die traditionell im Kontext der Religionen zu finden sind. Am Beispiel Homöopathie soll in diesem Artikel gezeigt werden, wie sich im Rahmen einer Therapie religiöse Themen und Symbole begegnen.

Schlüsselwörter: Religion, Symbol, Homöopathie, Hermetik, Esoterik

Abstract

Effectiveness of medical treatment is not only the result of specific therapy or medication. One important factor lies within the therapeutic ritual. The effectiveness of many alternative therapies is doubtful, but their therapeutic power lies in the messages, transported by treatment. Frequently symbols and elements are used, which traditionally are found in the context of religion. In this article homoeopathy is taken as an example, to show how religious elements and symbols can be found in therapeutic measures.

Keywords: religion, symbols, homoeopathy, hermeticism, esoteric

Anschrift des Autors: Dr. Clemens PILAR
P. Schwartz Gasse 8
A-1150 Wien
clemenspilar@gmx.at

Hoffnungsträger Medizin?

Die Welt der Medizin als Welt des Heilens hatte und hat immer auch ihre Bezüge zur Welt des Heiles. Um so mehr werden in Zeiten des Niedergangs religiöser Gewissheiten die in unserer Gesellschaft heimatlos gewordenen Heilserwartungen an die Medizin herangetragen, die für viele zum neuen Hoffnungsträger geworden ist, so dass gar schon von einer „Gesundheitsreligion“ als dem wichtigsten Kult unserer Tage gesprochen wird¹.

Dieser „Heils“-suche wird auch in einem blühenden und ausufernden Therapieangebot Rechnung getragen. Bei aller Fragwürdigkeit vieler dieser sogenannten „alternativen“ Therapien, liegt deren Kraft in den *Geschichten*, die sie dem Patienten über Gesundheit und Krankheit erzählen. Placebos seien, im Urteil der Anthropologen, vor allem *Symbole der Heilung*². Als solche halten sie dem Patienten eine „Landkarte“ vor Augen, die ihm hilft, sich in seiner Krankheit zurechtzufinden. Therapien bieten mitten im Chaos der Erkrankung Erklärungen und bringen so Ordnung in ein bedrohliches Geschehen.

Der kosmische Bezug ist ein Wesensmerkmal aller schamanischen Kuren³. Bei genauer Durchsicht des Angebots fällt auf, dass heute vielfach Sprachspiele und im therapeutischen Ritual auch Symbole zum Einsatz kommen, die ursprünglich auf die Welt des *Heiles* verweisen und uns in religiösen Kontexten begegnen. In einer säkularen Kultur überleben religiöse Symbole und Begriffe, nachdem sie in der alternativen Medizin einen neuen Ort gefunden haben. Dabei mutieren sie aber zu Begriffen einer naturalistischen, kosmischen Religiosität, in denen nicht nur die Machbarkeit der Gesundheit, sondern auch jene eines umfassenderen Heiles verkündet werden. Diese Hintergründe reichen aus, um das Gebiet der Alternativmedizin für den Theologen interessant zu machen. Eine Analyse der Religionsäquivalente in der therapeutischen Szene versteht sich auch als Beitrag zu dem noch immer sehr heftig geführ-

ten Konflikt zwischen Evidence Based Medicine und alternativer Medizin. Die Heftigkeit der Debatte lässt sich besser verstehen, wenn man bedenkt, dass sie auch an erkannten oder unerkannten religiösen Gefühlen rührt.

Religiöse Aspekte der Homöopathie

Für eine genauere Analyse bietet sich eine große Zahl unterschiedlicher Therapien an. An diesem Ort soll die Homöopathie herausgegriffen werden, die aus mehreren Gründen für eine Untersuchung solcher Art besonders geeignet erscheint. Zum einen gehört Homöopathie heute zu den am weitesten verbreiteten alternativen Therapien, und sie erfreut sich sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten einer großen Beliebtheit. Zum anderen ist sie Sammelbecken für zahlreiche ältere Ideen und Strömungen (z. B. Neuplatonismus, Hermetik, Vitalismus), und wird so wiederum zum Ideenspendeur für neuere Therapien. Zahlreiche Praktiken, denen wir heute unter verschiedensten Namen begegnen, sind entweder spätere Derivate der Homöopathie (Bach-Blütentherapie, Schüssler-Salze, Elektrohomöopathie...) oder sie greifen in ihren Erklärungen auf Ideen und Begriffe der Homöopathie zurück. Auffallend oft wählen Homöopathen eine betont religiöse Ausdrucksweise zur Beschreibung der Besonderheiten ihrer Therapie. In christlichen Gegenden wird die Bibel und die christliche Theologie herangezogen, um die Therapie zu beschreiben und zu erklären (Gerhard Risch etwa will zeigen, dass die „Homöotherapie“ die echt christliche Heilkunst ist und genau der im Neuen Testament ausgesagten Handlungsweise Gottes gegenüber dem Menschen entspricht⁴), im fernen Osten kann die Homöopathie dagegen zur Unterstützung hinduistischer Ideen herhalten, nach der alle materielle Erscheinung letztlich „Maya“ und die menschliche Individualität nur Täuschung⁵ sei.

Auch als Gesamtphänomen weist Homöopathie manche Ähnlichkeiten mit religiösen Systemen auf⁶. Die Homöopathie als ein

in sich geschlossenes System, gründet sich auf jene Grundgesetze, die HAHNEMANN vor 200 Jahren formuliert hat.

Dabei geht HAHNEMANN von Postulaten aus, die als Säulen des Systems selbst nicht in Frage gestellt werden und als „ewige“, „unumstößliche Wahrheit“⁷ definiert werden. Das führt dazu, dass man die klassische Homöopathie nur als ganze annehmen oder verwerfen kann. Wer das System als Ganzes akzeptiert hat, kann auch durch Negativerfahrungen in seinem Glauben nur schwer erschüttert werden (so wie der Christ, der glaubt, dass Christus jede Krankheit heilen kann, auch dann seinen Glauben nicht verliert, wenn viele Kranke nicht geheilt werden). Es gibt nur mehr „Versuch und Erfolg“⁸. Immunität der Homöopathie gegen jede Falsifizierung wird allerdings von Homöopathen als Gütesiegel gewertet. Die *Wahrheit* der Homöopathie lasse sich daran ermessen, dass sich ihre fundamentalen Grundsätze seit 200 Jahren nicht geändert haben – sie baue eben auf zeitlos gültige Prinzipien, die sich vom philosophischen Ansatz her ergäben⁹. Das System als ganzes bleibt „rückgebunden“ (religare!) an die „himmelfeste Wahrheit“¹⁰, die HAHNEMANN entdeckt habe. Homöopathen dulden es daher nicht, wenn die Homöopathie nach dem Schlüssel der konventionellen Naturwissenschaft untersucht und kritisiert wird. Die Homöopathie habe ein eigenes Wissenschaftsverständnis.¹¹ Als Kritiker könne nur akzeptiert werden, wer in diesem Gebiet promoviert oder besser habilitiert sei¹².

Doch wer sich dieser Kunst öffnet, dem werden nicht nur Mittel zur Hand gegeben, mit denen Krankheiten kuriert werden können, vielmehr hat er dann vielleicht für jeden Menschen „sein Kräutlein, sein homöopathisches Mittel, das ihn heilt und rettet (sic!) – sein Simile.“¹³

Für HAHNEMANN war die Homöopathie die einzig richtige Kurart¹⁴, neben der es keine „Allopathie“ geben konnte. Sein dogmatisch-religiöser Wahrheitsanspruch klingt im Organon – dem Haupt- und Grundlagenwerk HAHNEMANNS

– in vielen Facetten durch. HAHNEMANN verstand sich gleichsam als Prophet, dem von Gott die von der ganzen Menschheit lang ersehnte, aber zuvor nie erkannte¹⁵ Heil(s)wahrheit der Homöopathie offenbart wurde. Darum spricht er von der „göttlichen Homöopathie“¹⁶, von der Lehre, die „auf die unumstößlichsten Pfeiler der Wahrheit gestützt“ ist und „ewig seyn“ wird¹⁷. HAHNEMANN fordert von seinen Schülern unduldsam treue „Nachfolge“¹⁸ ein („Machts nach, aber machts genau nach.“¹⁹). Nur wer die reine Lehre bewahrt, hat ein Recht die „heiligen Ämter unserer göttlichen Kunst“²⁰ zu betreten. Die „unparteiische Geschichte“ wird die Namen derer brandmarken, die sich „frentlich gegen die heilbringende Wahrheit“ verschlossen hatten²¹. Sein Hauptwerk, das „Organon der Heilkunst“²², wird als „Bekennnisschrift“²³ HAHNEMANNS bezeichnet und mit der Bibel der Christen verglichen²⁴. Gleich dieser soll es in einer Art „Lectio continua“ beständig vom treuen Homöopathen gelesen werden²⁵. An die Stelle des Breviers treten Arzneimittellehren²⁶, welche ebenso täglich betrachtet werden müssen, damit die entsprechenden Analogien zwischen Krankheits- und Arzneimittelsymptomen in Fleisch und Blut übergehen. Auf diesem Hintergrund ist es dann auch nicht weiter verwunderlich, dass die Behandlung selber zum „religiösen Akt“ werden kann²⁷. Die Interpretation der „Glaubenssätze“ HAHNEMANNS führt freilich zu den unterschiedlichsten Ergebnissen. Die daraus folgende und immer mehr zunehmende Zersplitterung der Homöopathie lässt auch Homöopathen von Schismen, Sekten und Fundamentalisten sprechen, es wird um die authentische Auslegung der reinen Lehre gestritten. Diese Ausführungen zeigen auch, dass eine Untersuchung über Homöopathie niemals „die“ Homöopathie zum Gegenstand haben kann, da es zu viele verschiedene Strömungen gibt. Was bleibt ist, wesentlichste Aspekte der Homöopathie(n) für eine Analyse heranzuziehen, wohl wissend, dass es unter den Vertretern dieser Richtung große Differenzen hinsichtlich des Umgangs mit den „Grundwahrheiten“ der Homöopathie gibt.

Hintergründe

HAHNEMANN hat sich zwar gerne als originellen Begründer einer völlig neuen, nie da gewesenen *Heillehre* gesehen, doch sind die Quellen seiner Inspiration unschwer aus seinem Gesamtwerk zu erkennen. Einerseits ist er ein Kind der deutschen Aufklärung und war als solches bestrebt, Aberglauben und „Rockenphilosophie“ zu überwinden. Trotzdem ist nicht zu übersehen, dass er auch Erbe eines dynamischen, sympathetischen Weltbildes ist. Unverkennbar dem neuplatonischen Denken verbunden, war HAHNEMANN von der Allbeseeltheit des Universums überzeugt. Entscheidend für sein gesamtes therapeutisches Gebäude ist in diesem Zusammenhang die Vorstellung von der *Lebenskraft*, die Grundlage aller Lebensvollzüge des Organismus sei. Als ein den östlichen Lehren des Konfuzius zugeneigter Geist glaubt er an einen Schöpfer-Gott, dessen erhabenstes Geschöpf der Mensch sei²⁸, in welchem der Hauch der Gottheit, der göttliche Funke wirke. Im Rahmen dieser von Gott weise eingerichteten Schöpfung habe auch die körperliche Schwäche und Krankheitsanfälligkeit des Menschen ihren – letztlich religiösen – Zweck. Sie diene zur Erziehung des Menschen, vor allem aber als Herausforderung an die Fähigkeit des menschlichen Geistes, wirksame Hilfsmittel in der Natur auszuspähen. Den Arzneimitteln seien ihre heilsamen Kräfte von Gott anerschaffen²⁹. Die einzige Bestimmung aller von Gott erschaffenen Arzneien sei es, die kranken Zustände im Menschen in Gesundheit zu verwandeln³⁰. Die Erkennbarkeit der hilfreichen Arzneien ist eine Folge der von Gott gegebenen Ordnung der Natur. Damit entspricht auch das homöopathische Heilgesetz einer göttlichen Ordnung, die nicht weiter begründet werden muss, sondern nur der Entdeckung harret.

Eine Durchsicht moderner Literatur zeigt, dass sich viele Homöopathen heute von diesem starren Dogmatismus HAHNEMANNS entfernt haben, doch steht und fällt auch

die „moderne“ Homöopathie mit einigen Grundpfeilern der Lehre, die als Axiome des Systems akzeptiert werden müssen. Auch in diesen Grundelementen der Therapie werden Themen angesprochen, die eher dem Bereich der Religion zuzuzählen sind als jenem der Naturwissenschaft. Wesentlich für die klassische Homöopathie sind immer noch die Lehre von der *Lebenskraft* (= Frage nach dem Lebensprinzip), das *Ähnlichkeitsgesetz* (= Fragen nach Ordnung des Ganzen) sowie die spezielle Zubereitungsart der Arzneien durch Verdünnen und „*Potenzieren*“ (= Frage nach der In-formation, bzw. der Kraft, die die Welt im Innersten zusammenhält). Die vierte Säule ist die Lehre über die chronischen Erkrankungen, bzw. die *Psora* (= Frage nach dem Ursprung des Übels in der Welt).

Die Lebenskraft

Homöopathie gilt auch heute noch als vitalistische Therapie. Als HAHNEMANN seine Therapiekonzepte erarbeitete, zirkulierten verschiedene solcher Überlegungen in der Welt der Medizin. HAHNEMANN ist also nicht der einzige Vertreter seiner Zeit, der die Existenz einer „Lebenskraft“ im Menschen annimmt, die er wie folgt beschreibt:

„Im gesunden Zustande des Menschen waltet die geistartige, als Dynamis den materiellen Körper (Organism) belebende Lebenskraft (Autokratie) unumschränkt und hält alle seine Theile in bewundernswürdig harmonischem Lebensgange in Gefühlen und Thätigkeiten, so daß unser inwohnende, vernünftige Geist sich dieses lebendigen, gesunden Werkzeugs frei zu dem höheren Zwecke unseres Daseins bedienen kann.“

„Wenn der Mensch erkrankt, so ist ursprünglich nur diese geistartige, in seinem Organism überall anwesende, selbstthätige Lebenskraft (Lebensprinzip) durch den, dem Leben feindlichen Einfluß eines krankmachenden Agens verstimmt; nur das zu einer solchen

Innormalität verstimmte Lebensprinzip, kann dem Organismus die widrigen Empfindungen und ihn zu so regelwidrigen Tätigkeiten bestimmen, die wir Krankheit nennen,...³¹

Obwohl sich die Naturwissenschaften schon vor mehr als 150 Jahren von den Thesen des Vitalismus verabschiedet haben, hat der Begriff der Lebenskraft in der Philosophie der Esoterik und den damit verbundenen (Para-) Wissenschaften wieder zentrale Bedeutung. Mit diesem Begriff wird aber die Frage nach dem *Lebensprinzip* aufgeworfen und damit auch nach den letzten Gründen des Lebendigen. Diese Frage aber führt über das Gebiet der Naturwissenschaften hinaus in den Bereich religiöser Überlegungen. Dies wird schon deutlich in Hinblick auf die Herkunft des deutschen Begriffs „Lebenskraft“. Dieser findet sich im Deutschen zuallererst in der Bibelübersetzung Martin LUTHERS. Er übersetzt den ersten Vers des Psalms 27 wie folgt:

„Der Herr ist mein Licht und mein Heil, vor wem sollte ich mich fürchten? Der Herr ist meines Lebens-Kraft, vor wem sollte mir grauen?“

Die Genitiv-Metapher „Lebens-Kraft“ wird zu einem eigenständigen Begriff, der 1737 Eingang in ZEDLERS Universallexikon gefunden hat und schließlich von Vertretern der romantischen Medizin aufgegriffen, und es verliert sich das Bewusstsein, dass es sich in dieser Form um einen religiösen Begriff handelt. (Als solcher gerät der Lebenskraftbegriff der vitalistischen Medizin in Spannung zum christlichen Seelenbegriff, da die Seele als einziges Lebensprinzip im Menschen absolut immateriell gefasst wird, ohne ein zweites ‚vegetatives‘ Lebensprinzip als Vermittlung zum Körper zu benötigen: *anima forma corporis*. Eine Behandlung der „Lebenskraft“ als Lebensprinzip durch – wie auch immer zubereitete Arzneimittel – ist nach christlicher Vorstellung daher undenkbar.) Im Vitalismus werden antike Ideen wiederbelebt oder weiterverarbeitet. Wir werden vor allem in die Ideenwelt des Neuplatonismus geführt, in der die Lehre vom feinstofflichen „Seelengefährte“ am meisten ausgebaut wird. Die Einfüh-

rung einer „Lebenskraft“ als Mittler zwischen unstofflichem Geist und materiellem Körper wird dort notwendig, wo ein strenger Dualismus zwischen Geist und Materie gelehrt wird. Die Frage der Vermittlung zwischen Seele und Körper ist freilich nur solange von Bedeutung, als diese – im Sinne eines strengen Dualismus – als vollständig unterschiedene selbständige Substanzen betrachtet werden.

Der Begriff der Lebenskraft hat auch in der modernen Homöopathie nichts an Bedeutung verloren. Unterschiede finden sich lediglich in den Interpretationen der „Lebenskraft“. Dabei wird auch auf die Ähnlichkeit zu Lebenskraftkonzepten in anderen Religionen und Kulturen aufmerksam gemacht:

„... das *Qi (ch'i)* steht im Zentrum der chinesischen Medizin und wird in Indien *prana*, in Ägypten *ka (ga-ilama)* in Tibet *lung*, in Hawaii *mana*, im jüdischen Kulturkreis *cheim*, im islamischen Kulturkreis *ruh* und in der hinduistischen Kultur *akasha* genannt. Die griechische Philosophie kannte dafür den Begriff *apeiron*, HIPPOKRATES nannte sie *enormon*, GALLEN *physis (pneuma)*, PARACELUS *vis mediatrix naturae*, L. GAVANI *Lebenskraft (!)*, H. DRIESCH *Entelechie*, C. LITTLEFIELD *vitaler Magnetismus*, A. MESMER *animalischer Magnetismus*, W. REICH *Orgon* und V. S. GRISCHENKO *Bioplasma*.“³²

Allein an dieser Auflistung wird die Vermischung von religiösen, philosophischen und parawissenschaftlichen Konzepten deutlich.

Die Homöopathie spricht in ihrem Vitalismus wohl eine tiefe religiöse Ahnung des Menschen an. Das geheimnisvolle Lebensprinzip im Menschen wird Gegenstand der Behandlung, weil der Mensch letztlich ahnt, dass es nicht genügt, nur etwas am Körper zu reparieren, er ahnt vielmehr, dass er am Leben selbst geheilt werden muss. Die Rede von der „Lebenskraft“, die wiederhergestellt werden könne, öffnet die Hoffnung auf körperliche Heilung hin zur Hoffnung auf umfassende Heilung an Leib, Seele und Geist – auch dieses Therapieziel wird zuweilen von Vertretern der Homöopathie genannt.

Die Ähnlichkeitsregel

„Wähle, um sanft, schnell, gewiß und dauerhaft zu heilen, in jedem Krankheitsfall eine Arznei, welche ein ähnliches Leiden (homoios pathos) erregen kann als sie heilen soll.“³³, so beschreibt HAHNEMANN das Grundgesetz des homöopathischen Heilens. Ihre Wurzel hat die Ähnlichkeitsregel, wie alle magischen Entsprechungslehren, in der Überzeugung, dass die gesamte Welt aus einem gemeinsamen Ursprung hervorging³⁴. Nach den antiken Vorstellungen, in denen einem die Erde als „Mutter“ begegnet, aus der alles Leben hervorgeht, bleibt ein magisches Band der Sympathie zwischen allen Geschöpfen bestehen. Die Verbundenheit zwischen den Geschöpfen, dem Pflanzlichen, Tierischen und Menschlichen mit dem Tellurischen beruht auf dem Leben, das überall dasselbe ist.³⁵ Das Ähnlichkeitsdenken spielt auch in der biblischen Theologie eine wichtige Rolle – allerdings mit einem wesentlichen Unterschied: während in den umliegenden Kulturen der Antike der Mensch als Mikrokosmos des Makrokosmos bezeichnet wird, als Abbild des Kosmos, beschreibt die Bibel den Menschen als Abbild und Gleichnis Gottes (vgl. Gen 1, 27). Dieses Faktum, so der Kirchenvater Gregor VON NYSSA, gibt dem Menschen seine einzigartige Stellung in der Schöpfung, die er denn auch durch seine Geistseele überragt³⁶.

Kulturgeschichtlich lässt sich die Idee der Ähnlichkeitsregel bis zu den Anfängen der Menschheit zurückverfolgen. Schon bei HIPPOKRATES findet sich die Aussage: „Durch das Ähnliche entsteht die Krankheit und durch Anwendung des Ähnlichen wird die Krankheit geheilt“³⁷, worauf die durch HAHNEMANN berühmt gewordene Formel „Similia similibus curentur“ zurückgeht. EURIPIDES hat dieses „Ähnlichkeitsgesetz“ im Mythos des TELEPHOS verarbeitet. Der verwundete TELEPHOS wendet sich an die PYTHIA und diese rät ihm: „Der die Wunde schlug, wird sie wieder heilen.“ Deshalb wendet sich TELEPHOS an ACHILL, der ihn

verwundet hatte, mit der Bitte um Heilung. Auf Rat des ODYSSEUS schabt dieser etwas von der Lanzenspitze in die Wunde, worauf TELEPHOS gesundet. Das assoziative Denken, das Denken in Analogien durchzieht die menschliche Kulturgeschichte und entspricht einem tiefen inneren Weltgefühl des Menschen. Das Weltbild ist jenes einer vorausgesetzten Einheit des Ganzen, das sich in allen Erscheinungen durchzieht, in Spiegelungen, Abschattungen und Facetten, aber doch so, dass trotz aller Verschiedenheit und Vielheit das Ganze hindurch fassbar bleibt. Das Ähnlichkeits-Denken bringt den Menschen in Bezug zum Ganzen. Die Idee des Menschen als Mikrokosmos, der sich als Abbild und in Ähnlichkeitsbeziehung zum umgebenden Kosmos sieht, ist ein in der Antike häufig zu findendes Motiv. Nicht nur, dass der Gott-Mensch in den einzelnen Kosmosteilen geschaut wird, auch der irdische Mensch erkennt sich in Analogien und ist überzeugt, dass er die umgebende Welt nur erkennen kann, weil er ihr ähnlich ist.

Zum ersten Mal philosophisch durchdrungen wurde dieses Thema von PLATON. PLATONS Timaios, in dem der Gedanke der durchgängigen Einheit ausformuliert und durchdacht wird, wurde schließlich zum grundlegenden Physikbuch des Mittelalters und der Renaissance³⁸ und hat damit zahlreiche Denker dieser und der nachfolgenden Zeit beeinflusst. Vor allem finden sich diese in der Hermetik wieder, die als Grundlage des magischen Denkens der Renaissance gilt und nicht nur das Denken und die Praxis der Alchemisten, sondern auch die Homöopathie HAHNEMANNS beeinflusst hat. So verwundert es nicht, dass die Homöopathie gelegentlich der Hermetik überhaupt zugeordnet wird (so zum Beispiel in Helmut GEBELEINS Werk *Alchemie, Die Magie des Stofflichen*, München 1996). Nach Alexander VON BERNUS ist die Homöopathie HAHNEMANNS bloß der durch die Aufklärung hindurchgegangene Ableger der wahren alchemistischen Homöopathie³⁹. Durch die Simile-Regel wird die Homöopathie immer

wieder in die Nähe der Magie gerückt, ist doch der Ähnlichkeitszauber eine sehr alte Form der versuchten menschlichen Einflussnahme auf die Umwelt. FRAZER bezeichnet schließlich diesen Aspekt der Magie in seinem berühmten Werk „The Golden Bow“ ausdrücklich als „homöopathische Magie“⁴⁰. Doch auch die biblische Geschichte und die christliche Theologie wird als Vergleich für die Gültigkeit des homöopathischen Heilgesetzes herangezogen. So wird die kupferne Schlange des MOSE (vgl. Num 21, 4-9) zuweilen als Beispiel für frühe biblische Anklänge an die Homöopathie verwendet: „Die Erhöhung der Schlange“ nennt sich dann ein Buch über die Geheimnisse der Homöopathie⁴¹, und dem Esoteriker DETHLEFSEN drängt sich der Vergleich an Christus auf, „der als Gott ein leidender Mensch wurde, um so – homöopathisch – durch ähnliches Leiden den Menschen erlösen zu können.“⁴²

In einer säkularen Kultur, in der viele Menschen – bewusst oder unbewusst – an ihrer spirituellen Unbehautheit leiden, kann eine Therapie mit deutlich kosmischem Bezug als hilfreich empfunden werden. Da wird dem Menschen, auf der Suche nach einem Platz im großen Ganzen durch das Kennenlernen der hermetischen Ähnlichkeitsregel geholfen, sich in einer größeren Ordnung einzufinden. Die *Begegnung* mit dem arzneilichen *Simile* (oder gar *Simillimum*) wird zur heilsamen religiösen Erfahrung, die dem Heil-Suchenden seine „Heimat“ im Kosmos zuweist. Damit wird freilich die Anwendung der Ähnlichkeitsregel – die den Menschen im Rahmen einer „personotropen Homöopathie“⁴³ als Person in hermetische Beziehung zum Kosmos setzt – Ausdruck eines naturalistischen Denkens, das letztlich den Menschen nur noch in seiner Natürlichkeit sieht.

Die Hochpotenzen

Auch wenn es nicht auf den ersten Blick offenkundig ist, so klingen doch in der Hoch-

potenzhomöopathie Themen an, die seit jeher auch die Religionen beschäftigt haben. Letztlich wird die Frage nach der „Kraft, die die Welt im Innersten zusammenhält“⁴⁴ angesprochen, und jene nach den letzten Formprinzipien. Das Ansinnen, diese hinter allem stehende Kraft auch methodisch zu erschließen (die „Quintessenz“ der Alchemisten) und zu nützen, kennzeichnet zahlreiche magische und okkulte Traditionen. Es sind aber auch Themen, die in der christlichen Theologie eine wichtige Rolle spielen und von Theologen wie AUGUSTINUS oder Thomas v. AQUIN detailliert durchdacht wurden. Doch während es nach christlicher Weltanschauung nicht möglich ist, die Kraft, die jenseits der greifbaren *Formen* – also der *In-form-ation* – methodisch zu erschließen und zur Anwendung zu bringen, da diese *In-formation* als von Gott gesprochenes *Wort* – und damit letztlich als transzendente Realität – betrachtet wird (AUGUSTINUS), führen Spekulationen auf dem Hintergrund des monistischen, neuplatonischen Denkens zu anderen Schlüssen:

„Arzneistoffe (...) sind nicht todtte Substanzen im gewöhnlichen Sinne; vielmehr ist ihr wahres Wesen bloß dynamisch geistig, ist pure Kraft. So todt sie uns scheinen, wenn sie bloß roh und massiv da vor uns liegen, so gewiß ist dieß doch nur ein Scheintodt.“

Die da auf meiner Hand liegende todtscheinende Arzneisubstanz besteht dennoch aus nichts Anderm, als aus konkreter reiner Kraft in einem gebundenen (latenten), gleichsam erstarrten Zustande, bis sie zur Ausübung dieser ihrer Kraft gelangt, bis ihr inneres Geistigdynamisches durch Hülfe menschlicher Kunst entfaltet, entwickelt ist...“⁴⁵.

HAHNEMANN ist der Überzeugung, dass er die in der Materie schlummernde Kraft mit bloßer Hand erwecken kann: Mit jeder fortschreitenden Auflösung und Verschüttelung steigt, nach dem Glauben HAHNEMANNS, die Kraftwirkung der Arznei. Er ist überzeugt, dass er damit erst die wahre und vollständige Wirkung der Arzneimittel entdeckt hat. In der Erklärung

dieses „Phänomens“ ist bei HAHNEMANN sowohl von einer „wahren Vergeistigung“ der Substanzen die Rede, die „sich zuletzt gänzlich in ihr individuelles, geistartiges Wesen“ auflösen⁴⁶. Der esoterische Beigeschmack der Potenzierungspraxis ist zeitgenössischen Homöopathen durchaus bewusst – und sie stellen selbst fest, dass die Homöopathie mit ihren Behauptungen außerhalb des naturwissenschaftlichen Denkrahmens steht⁴⁷. Die hochpotenzierten Arzneimittel, so wird behauptet, wirken nicht auf der Basis ihrer quantitativen Eigenschaften, sondern durch die *Qualität*, die sich nicht an der Materie als solcher zeigt, sondern am Arzneimittelprüfer, der nach Einnahme der Substanzen, die Symptome beschreibt, die er *subjektiv* erlebt (den Geistes- und Gemütsymptomen kommen heute wie einst höchste Bedeutung zu). Schon im platonischen Denken begegnet der Gedanke, dass die materiellen Erscheinungen nur in Ableitung aus den ewigen geistigen Ideen zu denken sind. Die materielle Erscheinung bleibt aber qualitativ immer hinter der reinen Idee (oder Energie) zurück. Die Potenzierungspraxis diene letztlich dazu, die materielle Erscheinungsform der Substanzen zu übersteigen und ihre qualitative, individuelle Seinsweise einerseits freizusetzen⁴⁸ und andererseits an die Materie (eine Trägersubstanz) zu binden. De facto soll sie eine Wandlung auf der ontologischen Ebene bewirken. So ist es auch konsequent, wenn Homöopathen von Arzneimittel*begegnungen*⁴⁹ sprechen. Dieses Weltbild und Grundlagenmodell entspricht demnach den gängigen Denkmustern der Alleinheitsidee, die sich auch in den Lehren der Esoterik finden. Die Vorstellung aber, dass das Wesen der Substanzen, der „Genius der Arzneien“ (WHITMONT) auf Trägersubstanzen übertragen werden könnte, legen noch einen anderen religiösen Vergleich nahe, der auch von manchen Homöopathen gezogen wurde – den Vergleich mit der Eucharistie. Damit betreten Homöopathen ausdrücklich den Bereich des „Mysterions“.

Die chronischen Erkrankungen

Obwohl sich an der Lehre von den chronischen Krankheiten (oft vereinfacht als „Psora-Lehre“ bezeichnet) bis heute die Geister der Homöopathen scheiden, gibt es doch viele namhafte Homöopathen, die diese Ideen wieder aufgreifen und lehren. HAHNEMANN gelangte zu seiner Lehre über die *Psora* durch die Erfahrung, dass seine homöopathischen Kuren bei vielen Erkrankungen keine dauerhafte Heilung bewirken konnten: „Ihr Anfang war erfreulich, die Fortsetzung minder günstig, der Ausgang hoffnungslos“⁵⁰. Trotz der offenkundigen Misserfolge war er überzeugt, dass seine Lehre auf „die unumstößlichsten Pfeiler der Wahrheit gegründet“ war und „ewig seyn“⁵¹ wird. Also musste diese *Wahrheit* noch ergänzt werden, damit sich das Gesamtsystem als stimmig erweisen konnte. Die Idee der miasmatischen Erkrankungen, die nach und nach tiefer in den Organismus eindringen, liefert die passende Theorie. Am detailliertesten wird diese Lehre anhand der *Psora*, der Krätzerkrankung ausformuliert (Sykosis und Syphilis erlangen in seiner Theorie nur untergeordnete Bedeutung). Wird die *Psora*, die sich zunächst als Lokalübel auf der Haut manifestiert, nicht sofort auf homöopathische Weise geheilt, sondern nur durch eine „allopathische“ Behandlung unterdrückt, so zieht das „Miasma“ tiefer und kann wichtigere Organe im Menschen befallen. Sofern der „Ansteckungs-Zunder“⁵² auch vererbbar ist, ist er nach und nach „in einigen hundert Generationen, durch viele Millionen menschlicher Organismen“ gegangen und so zu einer „unglaublichen Ausbildung“ gelangt, dass „einigermaßen begreiflich“ ist, „wie er sich nun in so unzähligen Krankheits-Formen bei dem großen Menschengeschlechte entfalten konnte...“⁵³ Und so werden eine große Zahl unterschiedlichster Krankheiten des Körpers und des Geistes als Auswirkungen der *Psora* verstanden und beschrieben⁵⁴. Zwischen den Zeilen lässt sich bereits bei HAHNEMANN die Vorstellung vom Krätz-Miasma als Typus

des Ur-Bösen, das an den großen Übeln der Menschheit schuld ist, ahnen. James Tylor KENT (1849-1916) baute die Psoralehre schließlich zu einer regelrechten „Erbsündenlehre“ aus⁵⁵. Bei KENT ist es die Krankheit der Psora, die als materielle Manifestation des Bösen den Menschen und die Menschheit im Griff hält. Deshalb muss der ganze unheile Mensch in seiner leiblichen, aber auch seelischen Zerrüttung homöopathisch behandelt werden. Erst die homöopathische Behandlung mit der entsprechenden Arznei, kann die ursprüngliche Ganzheit des Menschen wiederherstellen und ihm seine Freiheit als Geschöpf zurückerstaten. Bei KENT nimmt die homöopathische Arznei die Rolle des einzigen Erlösers ein; und die Homöopathie bringt nicht nur dem Einzelnen die Erlösung, sondern wird auch die alleinige Retterin der Menschheit sein – wenn sich diese rechtzeitig ihrer Segnungen erinnert und sie in Anspruch nimmt. So phantastisch dieses Gedankengebäude anmutet, ist gerade die Homöopathie KENTS in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts nach Europa importiert worden (wo sie bis dato nur untergeordnete Bedeutung hatte) und hat mittlerweile wieder viele Anhänger gefunden, die diese Ideen aufgegriffen und teilweise weiterentwickelt haben.

Nach dieser kurzgefassten Darstellung religiöser Untertöne in der Homöopathie soll noch am Beispiel einiger ausgewählter Homöopathen gezeigt werden, wie sehr das Schriftgut sich in der Beschreibung der Therapie und ihrer Ziele im religiösen Bereich bewegen kann.

Psyche und Substanz nach Edward C.

WHITMONT

WHITMONT – wir zitieren aus dessen Werk *Psyche und Substanz*⁵⁶ – verbindet die Homöopathie mit der Psychologie von C. G. JUNG, mit hermetisch-gnostischer Philosophie und – wie es heute üblich zu sein scheint – mit Versatzstücken aus der theoretischen Physik. Die Homöopathie sei ein Teil des Zugangs

zum Geheimnis des Daseins⁵⁷, das Ähnlichkeitsgesetz sei als „etwas Grundlegendes, in der Tat Axiomatisches“⁵⁸ zu akzeptieren. Mensch und Natur sind Erscheinungen eines beide umfassenden, einheitlichen Feldes. Wo im christlichen Glauben der transzendente Gott gesetzt wird, erscheint hier ein immanenter ordnender Energiegrund.⁵⁹ Nach der „neuen Sicht der Dinge“⁶⁰ begreifen wir die Funktionen von Psyche und Körper, Mensch und Erde als unterschiedliche Aspekte eines integrierenden Feldes. Würde man die Homöopathie als verifiziert anerkennen, dann ergäbe sich, so WHITMONT, eine ganz neue wissenschaftliche Perspektive:

„Formprozesse, Sinnbilder im Sinne von archetypischen, autonomen, ja transzendenten Mustern, ‚Ideen‘ im Sinne PLATOS, die der Materie vorausgehen, mit der Materie spielen und der Lebenskraft, damit der Biochemie, Physiologie und Psychologie, Richtung geben, würden sich dann als die grundlegenden Regulatoren erweisen. Diese autonomen Formprozesse transzendieren und beinhalten zugleich all das, was wir sonst in getrennte Bereiche teilen, wie Innenwelt und Außenwelt, Seele und Körper, Mensch und Natur, Gesundheit und Krankheit, feste Materie und nicht greifbare Energie.“⁶¹

Was wir als Materie wahrnehmen, ist in diesem Zusammenhang nur eine symbolische Wahrnehmung, „eine Wahrnehmung ‚als ob‘, eine Verdichtung von etwas Unbekanntem, vielleicht Unerkennbaren...“⁶². Die Arzneisubstanzen und der Mensch sind Manifestationen der einen Realität, „die nur im Bereich des Sichtbaren als voneinander unterschieden erscheinen“⁶³.

„Die äußere Substanz, Körper und Psyche verhalten sich dabei so zueinander, als seien sie zwar voneinander verschieden, entsprächen sich aber gegenseitig und wirkten wechselseitig aufeinander ein. ... Jede Substanz bewirkt etwas, was man als die besondere, substanz-eigene Kombination von Persönlichkeitszügen, emotionale und physische Prädispositionen

bezeichnen könnte. ... So machen wir uns ein Bild von einer Substanz, als ob sie eine Persönlichkeit hätte. ... Beschreibungen von Arzneimittelbildern schildern Persönlichkeiten oder einen bestimmten Typus, und bisher haben wir solche Personifikationen als Projektionen auf die Materie behandelt. Doch können wir erkennen, daß diese Projektionen tatsächlich mit etwas Funktionellem ‚draußen‘ übereinstimmen.“⁶⁴

Substanzen und menschliche Persönlichkeiten entsprechen einander demgemäß auf einer tieferen Ebene. Der Mensch steht in einem umfassenden Entsprechungsverhältnis zu den Substanzen ‚draußen‘. Der Mensch in seiner Gesamtheit ist mikrokosmisches Abbild des Makrokosmos:

„Die homöopathischen Arzneimittelprüfungen und die Wirksamkeit des nach der spezifischen Symptomtotalität gewählten Simillimums belegen die Tatsache, daß es für jedes mögliche Verhaltensmuster der Persönlichkeit wie des Organismus, daher auch für jedes Krankheitsbild ein Substanzmuster ‚draußen‘ gibt, das ein minutiöses Duplikat desselben darstellt. [...]. Die Alchemisten des Mittelalters fassten den Menschen als mikrokosmische Abbildung des Makrokosmos der Natur auf.“⁶⁵

Jede Gesundheitsstörung ist dann ein „Ruf nach dem Prozess, der ihr formales makrokosmisches Analogon ist“⁶⁶. Wenn innerer und äußerer Prozess miteinander konfrontiert werden, heben sie einander auf. Da auch psychosomatische Störungen gestörte Prozesse auf der Ebene des integrierenden Feldes sind, ist es naheliegend, dass WHITMONT nach einer „allgemeinen Feldtheorie der Psychosomatik“ sucht.⁶⁷ Durch die Gabe eines Arzneimittels kommt es zur therapeutischen Konfrontation:

„Die menschliche Psyche und die äußere Welt sind polare Manifestationen von Feldaktivitäten, die beides umfassen... Genauso wie das Ich sich zum psychischen Feld verhält, ist auch der menschliche psycho-physische Organismus seinerseits als ein Teilphänomen in einem kosmischen oder Erd-,Organismus‘, einer ‚Weltseele‘ enthalten, zu der er in einer Wech-

selbeziehung der Ergänzung oder Entfremdung steht, je nach seiner bewußten Einstellung.“⁶⁸

Nachdem WHITMONT den Begriff der JUNG’schen Idee der Synchronizität behandelt, beschreibt er das Verhältnis von Krankheit und Arzneimittelenergie genauer:

„Wenn psychische und physische Symptome in einer synchronistischen anstatt einer kausalen Art und Weise zueinander in Beziehung gebracht werden, kann das eine an die Stelle des anderen treten oder ist dem Anschein nach imstande, es gar aufzuheben. Aus diesem Blickwinkel tut sich uns ein erstes Verständnis dafür auf, wie auch ‚Krankheit‘ und ‚ähnliche‘ Arzneimittelenergie als synchronistische Entitäten des gleichen Feldes, die an einer funktionellen Ähnlichkeit teilhaben, imstande sind, jeweils an die Stelle einer funktionellen Ähnlichkeit des anderen zu treten, und sich daher funktionell aufheben können.“⁶⁹

Durch die Gabe eines Arzneimittels kommt es dann zu einer therapeutischen Konfrontation zwischen der eigenen Konstitution und einem analogen oder ähnlichen Muster:

„Doch kommt diese Konfrontation nicht mittels einer geistigen Erkenntnis zustande. Es handelt sich um eine ‚Erkenntnis‘, eine Begegnung mit der Ähnlichkeit des eigenen inneren Formmusters auf der geheimnisvollen Ebene der biologischen Dynamik: eine Konfrontation des eigenen konstitutionellen Zustandes mit dessen Analogon in der Form des dynamischen Kräftemusters des potenzierten Arzneimittels. Das Simillimum ist die symbolische Darstellung des dem Wesen nach unbekanntem inneren konstitutionellen Formmusters. ... Die Arzneimittelsymptomatologie ‚symbolisiert‘ das dem Wesen nach unbekannte Kräftemuster der unwillkürlichen konstitutionellen Abläufe... So erweist sich der Vorgang der Konfrontation des eigenen wesentlichen Formmusters ‚innen‘ mit der entsprechenden Ähnlichkeit ‚außen‘, dem symbolischen Simile oder Analogon, als ein universeller therapeutischer Faktor, sowohl auf der seelischen wie auch auf der körper-

lichen Ebene.“⁷⁰

Im Weltbild WHITMONTS ist die geschlossene und absolute Entsprechung der Persönlichkeit zu dem sie umgebenden immanenten, alles tragenden Energiegrund der Weltseele harmonisch eingefügt. Der Mensch ist Teil eines *hermetisch* geschlossenen Kosmos, symbolische Entsprechungen findet der Mensch in den äußeren Substanzen; diesen Substanzen bzw. ihren inneren Mustern kann er auf einer tieferen Ebene biologischer Dynamik *begegnen*. Mit diesem Ansatz wird in logischer Konsequenz auch die Einmaligkeit und Unwiederholbarkeit des Menschen verneint. Nachdem der Mensch Ausdruck eines kosmischen Substanzmusters ist, das sich auf den verschiedenen Ebenen des Seins manifestieren kann, muss dieses Muster letztlich als wiederholbar gedacht werden. Für das Weltbild WHITMONTS ergibt das selbstredend keinen Widerspruch, da letztlich alle Muster in dem einen alles tragenden Energiegrund zusammenfallen – der sich in den erscheinenden Formen ausdrückt. Damit fügt sich WHITMONTS Homöopathie spannungsfrei in das Denken und Weltbild der zeitgenössischen Esoterik.

Herbert FRITSCHÉ – Homöopathie als Mysterienmedizin

Für FRITSCHÉ enthält die Homöopathie eine ganze Theologie. HAHNEMANN habe mit seiner Homöopathie wieder Sakrales, Kultisches in die Medizin gebracht. „Homöopathie ... wird zelebriert.“⁷¹ Die Homöopathie wird bei FRITSCHÉ unverhohlen als Religion bezeichnet, ja als „Offenbarungsreligion“⁷². FRITSCHÉ mischt in seiner Homöopathie, die er als „Mysterienmedizin“ bezeichnet, gnostische und kabbalistische Ideen sowie christliches Gedankengut (dem allerdings nur Modellwert zukommt) zu einer eigenen Erlösungsreligion, in der die homöopathischen Arzneien schließlich zu den Sakramenten werden. Das dynamische Lebensprinzip des Menschen enthält den

ganzen Kosmos in immaterieller Weise. Es ist das Zusammenspiel der dynamischen Prinzipien, das den Organismus lebendig macht. Sackt eines der immateriellen Prinzipien ins Materielle ab, fehlt es der geistigen Lebenskraft und vergiftet den Körper. Wenn etwa das immaterielle Schwefelprinzip im Organismus materiell geworden ist, so zeigt der Patient die Symptome einer Schwefelvergiftung. So erklärt FRITSCHÉ, wie Krankheitsbild und Arzneimittelbild zusammenhängen. Wird die potenzierte Arznei zugeführt, bedeutet das einen Sieg der „Geist-Arznei“ über die dumm gewordene Materie, die im Rahmen des Heilungsprozesses ausgeschieden wird. Der geistige Organismus hat das Fehlende wieder erlangt, er ist wieder ganz und damit heil geworden.⁷³ Krankheit ist also die Folge eines partiellen Falles des Geistigen in die Materie. Dieser Fall in die Materie ist ein wahrhafter Sündenfall⁷⁴, und deshalb wird mit der Arznei gleichsam gesagt: „Deine Sünden sind dir vergeben“⁷⁵. Die Arznei bringt gnadenhaft die Heilung:

„Das Symbol der Gnade heißt in der Heilkunst Arznei, in der Kunst, Heil zu spenden, Sakrament. Homöopathische Globuli und konsekrierte Hostien stellen eine Entsprechung dar, sind auf verschiedenen Ebenen dasselbe.“⁷⁶ „(Homöopathie) reicht dir, dem Kranken namens Ich, dein Sakrament, dein individualspezifisches eßbares Heil“.⁷⁷

Denn Gottes Simile ist der Mensch – und diese Similie-Situation des Menschen zu Gott hin ist verloren gegangen. Der homöopathische Heilsweg, der im christlichen Messias-Erlöser sein Vorbild und Modell findet, hebt den Menschen zurück in seine ursprüngliche Ganzheit:

„(...) der Mensch muß emporpotenziert werden, bis er ein Simillimum Gottes ist, eine dem Schöpfer allerähnlichste Kreatur.“⁷⁸

Was nun endgültig nicht mehr eine bloße Medizin, sondern ein Heilsweg genannt werden muss, ist ein Heilsweg für den gesamten Kosmos:

„In Wahrheit will Gott von uns, daß wir als Erleuchtete und zugleich als Liebende alles

Dasein durchläutern, durchglühen, heilen, neu machen. Den dunklen Urstoff gilt es zu potenzieren, seine rohen Energien in lebendige Kräfte des Heils zu wandeln, bis das Geschaffene – über den Menschen als das gottähnlich angelegte Geschöpf hinweg (nach HAHNEMANNs eigenen Worten) uns seiner Vollkommenheit und Seligkeit nähern und ihm ähnlicher werden in alle Ewigkeit. Mit solcher „Homöopathie divina“ rührt HAHNEMANN den Heimatboden von Meißen an und die Welt der Alchemie.“⁷⁹

Für FRITSCHKE birgt das Mysterium der Homöopathie jenes der Vollendung der Welt. Eine wahrhaft messianische Kur.

Proceso SANCHEZ ORTEGA – Homöopathie, die einzige Medizin des Menschen

Folgende Zitate stammen aus ORTEGAs Werk „Die Miasmenlehre HAHNEMANNs, Diagnose, Therapie und Prognose der Chronischen Erkrankungen“ (5. Aufl., Heidelberg 2000)⁸⁰. Bereits in der Einleitung lässt ORTEGA keinen Zweifel über die Grunddimension seines ärztlichen Fragens: „Wir fragen uns, warum das ‚Schlechte‘ oder ‚Böse‘ existiert, und was es eigentlich ist, was wir als ‚schlecht‘ oder ‚böse‘ bezeichnen. ... Und genau das, was wir als das ‚Schlechte‘ oder ‚Böse‘ bezeichnen, macht den Inhalt der ärztlichen Tätigkeit aus.“⁸¹

Das Böse, das der Mensch gerne außerhalb seiner selbst sucht, und doch nur in ihm selbst zu finden ist, jenes Übel, von dem alle Zerstörung ausgeht, stellt im Rahmen des ärztlichen Denkens die Krankheit dar. ORTEGA ist der Überzeugung, dass HAHNEMANN die Beschaffenheit des Urübels, die „causa causorum“ alles Zerstörenden im Menschen in den Miasmen entdeckt hat. „Der Zustand, die Aktivität unseres Miasmas ist die Antwort auf alle unsere Fragen nach dem Destruktiven, nach dem, was uns verwirrt und mißfällt, und nach dem, was unsere nächste Umgebung an uns auszusetzen hat und was sie an uns

stört. Das Verständnis der Miasmen ist unserer Meinung nach die größte Aufgabe, der sich ein Arzt widmen muß, weil sie einfach die weitestgehende Erfassung des Menschen beinhaltet, und zwar sowohl in allen seinen Eigenschaften, die ihn in die Lage versetzen, zu überdauern und sich ganz zu verwirklichen, als auch in allen seinen Belastungen, seinen Fehlern, die ihn daran hindern.“⁸² Für ORTEGA tritt das Miasma voll und ganz an die Stelle, die in der christlichen Weltanschauung durch die Sünde eingenommen wird:

„Das Miasma ... gestaltet, oder vielmehr es deformiert die Impulse der Individualität, das heißt des Wesens, indem es dieses ... hemmt, einengt oder verändert. Die absolute Freiheit, die das Individuum als solches erreichen könnte, als ein genau umschriebenes, vollendetes und harmonisches Element, wird durch ein Miasma eingeschränkt, behindert und zerstört, genau wie auch bei denjenigen, die ihm in Zeit und Raum vorangehen und nachfolgen. Das Miasma zwingt ihn in eine Schablone, die ihm in allen seinen Ausdrucksformen, von der tiefsten bis zu oberflächlichsten Beschränkungen auferlegt und zwar entsprechend der grundlegenden Richtungen von Fehlentwicklungen: dem Defekt, dem Exzeß oder der Perversion“.⁸³

Was im Kleinen gilt, gilt auch im Großen. Die Miasmen sind Schuld an allem, was als menschliches Unglück bezeichnet werden kann:

„Woher kommt soviel perverses Verhalten des Menschen gegen den Menschen? ... Die Miasmen sind die Ursache für alles menschliche Unglück. Sie tragen die Schuld für die Kriege und alle anderen überdauernden Irrtümer des Menschen als Gattungswesen. Je tiefer der menschliche Geist geschädigt ist, umso dauerhafter macht sich der Schaden bei seinen Mitmenschen und in seiner Art bemerkbar.“⁸⁴

Nicht nur der Einzelne ist durch die Miasmen gezeichnet und deformiert, sondern die Völker und Gesellschaften sind es gleichermaßen. So wird von der Psora, der Sykosis und der Syphilis der Völker gesprochen, welche destruktive Pro-

zesse in die Wege leiten und hervorbringen.⁸⁵

„Die Psora tut dies, indem sie gegensätzliche Gedanken hervorbringt, aber nicht im Sinne von Einheit und Brüderlichkeit – wie es der gesunde Verstand tun müßte –, sondern in dem von Mißtrauen, Egoismus und Neid. Die Sykosis fördert jedes ehrgeizige und egoistische Handeln auf Kosten der Rechte anderer. Die Syphilis schließlich setzt all die destruktiven Kapazitäten frei, die zur Erlangung jener unmenschlichen und unedlen Ziele vonnöten sind. Die Psora erfüllt den Menschen mit Furcht und macht sich besonders in den herrschenden und machthabenden Kreisen bemerkbar ... Die Sykosis treibt die machthabenden Kreise zur Verfolgung, zum krankhaften Aneignungsdrang und zur Übervorteilung anderer auf Kosten von Entbehrung und Benachteiligung derselben... Die Syphilis schließlich ist die totale leidenschaftliche Zügellosigkeit...“⁸⁶.

Aber auch die Medizin ist durch diese Miasmen zerrüttet, was selbstverständlich in erster Linie für die „Schulmedizin“ gilt. Hinter der Apparatedizin steckt die Psora, hinter der Überheblichkeit der Laboratorien die Sykosis, und die von den Homöopathen kritisierte medizinische Praxis „hatte schon immer stark syphilitische Züge“⁸⁷. Leider sei auch die Homöopathie nicht von solchen Ärzten verschont geblieben, die sich zwar Homöopathen nennen, und doch vorgingen wie ihre unhomöopathischen Kollegen. Alle Bereiche des menschlichen Lebens sind miasmatisch korrumpiert: „Wir können in allen Manifestationen bzw. Aktivitäten der Menschen feststellen, daß sie – was die miasmatische Mischung anbetrifft – von immer bräunlicheren und schwärzlicheren Farben durchdrungen wird. Nehmen wir z. B. den Sport – so wie er in unseren Tagen betrieben wird. Vollkommen entstellt!“⁸⁸ ... usw. Abhilfe aus diesem Menschheitsdilemma kann alleine die Homöopathie schaffen, die zur einzigen Hoffnung für eine sonst verlorene Menschheit wird. „Der Homöotherapeut ist in der Lage, einen großen Teil dieser miasmatischen

Belastungen des Individuums wirksam zu beseitigen, indem er das wahre „Simillimum“ einsetzt ...“⁸⁹ Die Aufgabe, vor der die Homöopathie ORTEGAS steht, ist damit keine geringe: „Die Werke des Menschen werden sich in dem Maße der Perfektion annähern, in dem er selbst seine miasmatischen Veränderungen aufheben kann.“⁹⁰ Das Heil des Menschen hängt von der Gabe der richtigen Arznei ab: „Das homöopathische Medikament oder das wahre Simillimum wird – wenn es, eines nach dem anderen, im Laufe der Zeit verabreicht wird – die Befreiung des menschlichen Wesens erreichen, um es wieder in die Homöostase oder Harmonie mit allem und sich selbst zu integrieren. Das heißt, es stimuliert und treibt es zu seiner persönlichen Vervollkommnung. Die Homöopathie ist daher – gemeinsam mit der die Kreatur erhaltenden Natur – die einzige Medizin des Menschen. Höchstes Ziel des wahren Arztes ist die Wiedervereinigung des menschlichen Seins und seiner Gesundheit, was seelische und körperliche Ausgeglichenheit und Stabilität des Individuums bedeutet. Auf die ganze Menschheit bezogen, ist dies die Verwirklichung der Menschlichkeit und der Ewigkeit.“⁹¹ Dass ORTEGA zur Erreichung dieses Ziels auch ein homöopathisches Programm der Eugenik vorschlägt, passt in diesen Rahmen: „Wir FORDERN daher eine Eugenik, die als Hauptziel die größtmögliche Eliminierung der miasmatischen Belastungen beinhaltet bzw. sich der Beseitigung all dessen widmet, was der vollständigen Entfaltung des Menschen entgegensteht.“⁹² Dies kann nur mit pränatalen Maßnahmen erreicht werden, bei denen von vornherein Mutter und Kind behandelt werden. „Fortschritt und Effektivität in der eugenischen Arbeit können nur dann erreicht werden, wenn Medikamente der einzig wahren und überdauernd gültigen Medizin, wie die der Homöopathie eingesetzt werden.“⁹³ Die Homöopathie ORTEGAS wird damit zu einem umfassenden Programm zur Vervollkommnung des einzelnen Menschen und der gesamten Gesellschaft. Die Zukunft

der Menschheit hängt nach diesem Modell vom gezielten Einsatz der Homöopathie ab. Erlösungshoffnungen werden ungeschminkt auf die angewandte Homöopathie gerichtet.

Georgos VITHOULKAS – Homöopathie für ein neues Zeitalter der Menschheit

„Geheilt! Sanft, rasch, vor allem jedoch gewiß und dauerhaft? Bei Krankheiten der Säuglinge, etwa von Fieber- oder Magenpfortnerkrämpfen, Durchfällen, Milchnährschäden, insbesondere den Ekzemen? Von Kinderkrankheiten wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, Röteln, Mumps? Von Frauenleiden, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen oder inneren Gebrechen wie den bei allen Altersklassen zunehmenden Herz- und Kreislaufbeschwerden? Allergien und Stoffwechselstörungen, also Diabetes mellitus oder Thyreotoxikose, degenerativen Leiden wie Arteriosklerose, Fettleber oder gar Krebs? Bloße Zukunftsmusik? Wirkliche Heilungen ohne medikamentöse Neben- oder Nachwirkungen mit gesteigertem Lebensgefühl? – Ein Wunschtraum aller Mediziner und Patienten, zu schön, um wahr zu sein? Durchaus nicht! Es gibt ein Verfahren, das all dies leistet – ...: die klassische Homöopathie.“⁹⁴

So beginnt der 1979 erstmals auf deutsch erschienene, mittlerweile in zahlreichen Auflagen nachgedruckte Bestseller des griechischen Modehomöopathen Georgos VITHOULKAS „Medizin der Zukunft“ (16. Aufl., Kassel 1997). Bei VITHOULKAS, der niemals Medizin studierte und doch als Leibarzt KRISHNAMURTIS wirkte, verbinden sich Homöopathie und messianische Hoffnung, wobei sich unmissverständliche Anklänge an die typischen Themen des New Age finden. Ein *neues Zeitalter der Medizin* würde auch ein *neues Zeitalter der Menschheit* bereiten:

„Eine der wirksamsten Motivationen für die Rückbesinnung, das Umdenken zur Änderung des eigenen Verhaltens und sozialer Mißstände

ist das Leiden: dies wird heute in der ständig kränker werdenden Menschheit immer deutlicher wahrnehmbar ... So gesehen ist Gesundheit und die Erhaltung der Gesundheit ein Überlebenserfordernis nicht nur für jeden Einzelmenschen, sondern für die Weltbevölkerung, deren Gesundheitszustand ist eine Frage von enormer, ja von kosmischer Tragweite.“⁹⁵

Dass es sich dabei nicht nur um die Herstellung körperlicher Gesundheit handeln kann, ist jedem Homöopathen einleuchtend:

„Auch geistig und seelisch käme (die Menschheit) erst zur vollen Entfaltung, wenn sie durch homöopathische Heilung in ein harmonisches Gleichgewicht gebracht ist. Geistige und seelische Kräfte aber sind es, die der Mensch zur Neuordnung seiner Umwelt, seines gesamten Daseins braucht. In diesem Sinne dürfen wir sagen: Ein neues Zeitalter der Medizin, in der die Homöopathie die Allopathie ablöst, wird zugleich ein neues Zeitalter der Menschheit sein.“⁹⁶

Damit schließen Homöopathen wie ORTEGA und VITHOULKAS an die simplen New Age Heilsverheißungen einer goldenen Menschheitszukunft an, wobei sich diese Zukunft nur einstellen wird, wenn sich die Menschheit rechtzeitig den Prinzipien der Homöopathie öffnet. Wenn auch für moralische Übel aller Art eine homöopathische Arzneimittelbehandlung Abhilfe schaffen kann, sind Termini wie Umkehr, Vergebung, Erlösung im christlichen Sinne tatsächlich obsolet. An deren Stelle ist das homöopathisch machbare Heil der Menschheit getreten, bei dem die Frage nach der richtigen Verwendung und Anwendung der Natursubstanzen über die Zukunft der Menschheit entscheidet, über das kommende Menschheitszeitalter (VITHOULKAS) genauso wie über die Ewigkeit (ORTEGA).

Ausblick

Wir haben in dieser kurzen Darstellung einige Aspekte der Homöopathie herausge-

griffen, die Anklänge an religiöse Welten enthalten und die religiöse Sprache einiger ihrer Vertreter kennen gelernt. Homöopathie ist dabei aber nur eine unter vielen Therapien, die heute angeboten werden. Andere Therapien stehen der Homöopathie in religiöser Sprache und Symbolik in nichts nach. Bach-Blüten etwa seien als *Gnadenmittel* zu verstehen, die als *Sakramente des Feldes* den Weg zur persönlichen Charakterwandlung weisen, die dem Menschen gar – weil Heilung allein zu begrenzt ist – zur *Heiligkeit* verhelfen sollen. Von Edelsteinen erhofft man nicht nur Heilung durch „feinstoffliche Schwingungen“, sondern sie werden als Schutzmächte und Begleiter angepriesen. Schutzengeltröpfchen werden genauso angeboten wie Feenessenzen. So findet die uralte Hoffnung, dass himmlische *Schutzgeister* und *Patrone* den irdischen Weg des Menschen helfend und schützend begleiten, ihre Antwort. Da alle diese Arzneien als sanft, nur hilfreich und ohne Nebenwirkungen angepriesen werden, scheinen sie wie die Symbole des Nur-Guten als wunderbare Gaben aus einer anderen, himmlischen Welt. Doch wird der kritische Mediziner genauso wie der Seelsorger und katholische Theologe sich nicht nur naserümpfend über diese Entwicklung erheben, sondern fragen, welche menschlichen Sehnsüchte diese möglich machen. Der Heilung suchende Mensch sucht mehr als nur die Reparatur seiner Organe. Eine nur materialistisch orientierte Apparatedizin kann den tieferen Wunden des Lebens, die oft im Zusammenhang mit Krankheit erst bewusst werden, nicht abhelfen. Diesen tieferen Fragen des Menschen in seriöser und verantwortbarer Weise zu begegnen, ist wohl in erster Linie Aufgabe der Seelsorge – doch es ist kein Fehl, wenn auch der Mediziner um diese verborgenen Sehnsüchte seiner Patienten weiß. Schließlich könnte jede Behandlung begleitet werden von der wahrhaft heilenden Dimension einer einfühlsamen und verständnisvollen Begegnung von Mensch zu Mensch – der wichtigsten Ergänzung jeder Therapie.

Referenzen:

- 1 vgl. LÜTZ M., *Lebenslust*, Pattloch, München (2002)
- 2 vgl. HARRINGTON A. (Hrsg.), *Placebo*, Harvard University Press, Cambridge, London (1997), S. 7
- 3 SCHMIDBAUER, W., *Vom Umgang mit der Seele, Entstehung und Geschichte der Psychotherapie*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Rhein (2000), S. 44
- 4 RISCH G., *Homöopathie – die göttliche Heilkunst*, Zeitschrift für klassische Homöopathie und Arzneipotenzierung (1972); 16(6). (Quelle: www.homoeopathy.at)
- 5 vgl. SANKARAN R., *Das geistige Prinzip der Homöopathie*, Homoeopathic Medical Publishers, Mumbai (2000)
- 6 vgl. MEYER F. P., *Vorlesungen über Homöopathie*, Gustav Fischer Verlag, Jena, Stuttgart (1991), S. 91
- 7 HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, Standardausgabe der 6. Auflage, Karl F. Haug Verlag, Heidelberg (1996), S. 75
- 8 DORCSI M., *Homöopathie heute*, Rowolt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg (1996), S. 66
- 9 RESCH G., GUTMAN W., *Wissenschaftliche Grundlagen der Homöopathie*, Barthel & Barthel Verlag, Schäftlarn (1994), S. 42
- 10 HAHNEMANN S., *Gesammelte kleine Schriften*, (Hrsg. von SCHMIDT J. M., KAISER D.,) Karl F. Haug Verlag, Heidelberg (2001), S. 795
- 11 vgl. GYPSER K.-H., *Homöopathie – Grundlagen und Praxis*, Verlag C. H. Beck, München (1998), S. 26 f
- 12 ebd., S. 31
- 13 DORCSI M., *Homöopathie heute*, S. 30
- 14 „Die reine homöopathische Heilart ist der einzige richtige, der einzig durch Menschenkunst mögliche, geradeste Heilweg.“ HAHNEMANN S., *Organon*, § 53, S. 134
- 15 HAHNEMANN S., *Gesammelte kleine Schriften*, S. 774
- 16 HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, § 52
- 17 HAHNEMANN S., *Die chronischen Krankheiten, Ihre eigentümliche Natur und homöopathische Heilung*, Karl F. Haug Verlag, Heidelberg (1999), Bd. 1, 5
- 18 HAHNEMANN S., *Gesammelte kleine Schriften*, S. 983
- 19 HAEHL R., Vorrede zur Herausgabe einer Abschrift von Hahnemanns Manuskript zur 6. Auflage des *Organons der Heilkunst*, in: HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, S. 369
- 20 HAHNEMANN S., *Gesammelte kleine Schriften*, S. 836
- 21 ebd., S. 799
- 22 Zu Lebzeiten HAHNEMANNs erschienen fünf immer wieder überarbeitete Auflagen. Als Standard gilt heute die 6. Auflage, die posthum 1921 zum ersten Mal gedruckt wurde.
- 23 HAEHL R., Vorrede in *Organon der Heilkunst*, S. 344
- 24 ebd.
- 25 vgl. ebd.
- 26 „Der homöopathische Therapeut muss mit der Arzneimittellehre – ... – umgehen wie der römische Priester mit dem Brevier. Täglich zu mehreren Zeiten werden, stets wieder von vorn beginnend, und nach einigen Wochen beim letzten Mittel endend, an das sich dann abermals das erste anschließt, die einzelnen Mittel wiederholt, werden auswendig (...) und inwendig (...) gelernt, werden verlebendigt Woche um Woche, Jahr um Jahr, Jahrzehnt um Jahrzehnt“ Herbert Fritsche, zitiert von DORCSI M., *Homöopathie heute*, S. 56
- 27 Indem ich ein (nur) Ähnliches in Form einer homöopathischen Arznei verordnet bekomme, geschehen auch Dinge, deren Erläuterung und Beschreibung vielleicht den Rahmen und die Intention des vorliegenden Buches sprengen könnten. Das

- (nur) bislang Fehlende, mir maximal Ähnliche, die Begegnung mit der Arznei als Form der wechselseitigen Erkenntnis und Achtung [1], wird mir zur Möglichkeit der „RückVerbindung“ (mit der Natur) und so und somit zum religiösen Akt.“ KÖNIG P., *Die Simile-Regel*, in: KÖNIG P. (Hrsg.), *Durch Ähnliches heilen, Homöopathie in Österreich*, Orac Verlag, Wien (1996), S. 81
- 28 vgl. SCHMIDT J. M., *Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns bei der Begründung der Homöopathie*, Sonntag Verlag, München (1990), S. 182
- 29 ebd., S. 181
- 30 ebd., S. 181
- 31 HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, §§ 9; 11
- 32 DELLMOUR F., *Naturwissenschaft versus Homöopathie? Die Bedeutung von Denkrahmen und Modell für die Wissenschaft*, in: KÖNIG P. (Hrsg.), *Durch Ähnliches heilen*, S. 187
- 33 HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, S. 74
- 34 vgl. *Kybalion. Eine Studie über die hermetische Philosophie des alten Ägypten und Griechenlands*, Schikowski Verlag, München (1997), S. 67
- 35 ELIADE M., *Die Religionen und das Heilige, Elemente der Religionsgeschichte*, Insel Verlag, Frankfurt/Main (1998), S. 293
- 36 vgl. v. NYSSA G., *Über die Ausstattung des Menschen*, c. 3. in: v. NYSSA G., *Ausgewählte Schriften*, Kösel Verlag, Kempten (1874)
- 37 HIPPOKRATES, *Von den Stellen des Menschen*, 3. Bd, VI, S. 334, zit. nach TRAPP C., *Homöopathie-Wegweiser 2002/2003*, Sonntag Verlag, München (2002), S. 12
- 38 vgl. GLOY K., *Das Analogiedenken – seine Herkunft und seine Strukturen*, in: APELL R. G., *Homöopathie und Philosophie & Philosophie der Homöopathie*, BluetenstaubVerlag, Eisenach (1998), S. 20
- 39 Vgl. v. BERNUS A., *Alchymie und Heilkunst*, Rudolf Geering Verlag, Dornach (5. Auflage, 1994), S. 90
- 40 FRAZER J. G., *Der Goldene Zweig, Das Geheimnis von Glauben und Sitten der Völker*, Rowolt TaschenbuchVerlag, Rheinbeck bei Hamburg, (5. Auflage, 2004), S. 18
- 41 FRITSCH H., *Die Erhöhung der Schlange, Mysterium, Menschenbild und Mirakel der Homöopathie*, Ulrich Burgdorf Verlag, Göttingen (1994). In der ersten Auflage lautete der Titel dieses Werkes allerdings: „*Die Erlösung durch die Schlange*“.
- 42 DETHLEFSEN T., *Schicksal als Chance, Das Urwissen zur Vollkommenheit des Menschen*, Goldmann Verlag, München (1979), S. 164
- 43 So verstand Mathias DORCSI seine Homöopathie.
- 44 Vgl. ZYCHA H., *Organon der Ganzheit*, Karl Haug Verlag, Heidelberg (1996)
- 45 HAHNEMANN S., *Gesammelte kleine Schriften*, S. 723
- 46 HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, § 270
- 47 DELLMOUR F., *Naturwissenschaft versus Homöopathie?*, S. 178
- 48 „Hier haben wir es mit dem zu tun, was mit dem Ausdruck ‚Genius des Mittel‘ gemeint ist, nämlich mit dem zugrundeliegenden Bedeutungskern, einem Formsinn, der etwas gestaltet, was wir so behandeln, als ob es ein Bild eine Person oder ein Teil einer Persönlichkeit sei ... Die Formelemente sind welterschaffende Kräfte, Wesenheiten, Entitäten, die Kraft Gottes oder wie man sie benennen will.“ WHITMONT E. C., *Psyche und Substanz*, Ulrich Burgdorf Verlag, Göttingen (1997), S. 172
- 49 vgl. KÖNIG P., *Die Simile-Regel*, in: KÖNIG P. (Hrsg.), *Durch Ähnliches heilen*, S. 81.
- 50 HAHNEMANN S., *Die chronischen Krankheiten*, Bd. 1, 4
- 51 ebd., S. 5
- 52 ebd., S. 119
- 53 HAHNEMANN S., *Organon der Heilkunde*, § 81
- 54 vgl. ebd., § 80
- 55 KENT J. T., *Zur Theorie der Homöopathie. Vorlesungen über Hahnemanns Organon*, Karl Haug Verlag, Heidelberg (1996)
- 56 WHITMONT E. C., *Psyche und Substanz*, Ulrich Burgdorf Verlag, Göttingen (1997)
- 57 ebd., S. 62
- 58 ebd., S. 63
- 59 ebd., S. 68
- 60 ebd., S. 12
- 61 ebd., S. 12
- 62 ebd., S. 13
- 63 ebd., S. 73
- 64 ebd., S. 74
- 65 ebd., S. 15
- 66 ebd., S. 15
- 67 ebd., S. 33
- 68 ebd., S. 85
- 69 ebd., S. 98
- 70 ebd., S. 62
- 71 FRITSCH H., *Die Erhöhung der Schlange*, Ulrich Burgdorf Verlag, Göttingen (1994), S. 58
- 72 ebd., S. 75
- 73 ebd., S. 113
- 74 ebd., S. 129
- 75 ebd., S. 131
- 76 ebd., S. 133
- 77 ebd., S. 137
- 78 ebd., S. 216
- 79 ebd., S. 72
- 80 ORTEGA S. O., *Die Miasmenlehre Hahnemanns, Diagnose, Therapie und Prognose der Chronischen Erkrankungen*, 5. Aufl., Karl F. Haug Verlag, Heidelberg (2000)
- 81 ebd., S. 19
- 82 ebd., S. 21
- 83 ebd., S. 133
- 84 ebd., S. 211
- 85 ebd., S. 213
- 86 ebd., S. 213
- 87 ebd., S. 215
- 88 ebd., S. 217
- 89 ebd., S. 221
- 90 ebd., S. 229
- 91 ebd., S. 236
- 92 ebd., S. 202
- 93 ebd., S. 202
- 94 VITHOULKAS G., *Medizin der Zukunft* (16. Auflage), Georg Wenderoth Verlag, Kassel (1997), S. 5
- 95 ebd., S. 168
- 96 ebd., S. 170

Placebogabe und ärztliches Ethos

Notburga AUNER

Zusammenfassung

Aus dem zunehmenden Wissen um die Wirksamkeit von Placeboeffekten stellt sich die Frage, ob unter bestimmten Voraussetzungen auch Placebo direkt zum Einsatz gebracht werden kann, ohne das Vertrauen des Patienten zu hintergehen. Placebo wirkt, auch wenn die kausalmechanische Ursache noch ungeklärt ist. Seine Wirksamkeit dürfte mit der Überzeugtheit des Arztes von der Therapie und mit dem Patientenvertrauen in den Arzt und seine Fähigkeiten in Zusammenhang stehen. Dem immerwährend gültigen Grundsatz ärztlichen Ethos „primum utilis esse“ folgend, spricht unter bestimmten Voraussetzungen, die im folgenden Beitrag erarbeitet werden, nichts gegen eine direkte Verschreibung von Placebo.

Schlüsselwörter: Placebo, Arzt-Patient-Beziehung, EBM, ärztliches Ethos

Abstract

Due to the increasing knowledge of the efficiency of placebo effects the question arises if under certain conditions placebo itself can be prescribed without abusing the patient's confidence in the doctor. Placebo is efficient even if the scientific basis has not yet been established. Its efficiency might depend on the physician's conviction of the applied therapy and on the patient's trust in the physician and his abilities. Following the fundamental principle of medical ethics "Primum utilis esse" there is no objection to the direct prescription of placebo.

Keywords: Placebo, doctor-patient relation, EBM, ethos of medicine

Placeboeffekte spielen in der Medizin zunehmend eine bedeutende Rolle. Aus dem Wissen um ihre Wirksamkeit stellt sich die Frage, ob unter bestimmten Voraussetzungen auch Placebo direkt zum Einsatz gebracht werden kann, und ob es möglich ist, dass der Arzt Placebo anwendet, ohne den Patienten direkt zu täuschen und sein Vertrauen zu hintergehen. Ist also Placebo mit dem ärztlichen Ethos vereinbar?

1 Begriffsdefinition: Placebo

Der aufmerksame Arzt beobachtet in seinem therapeutischen Handeln zuweilen das Auftreten von Effekten, deren Ursachen nicht unmittelbar erklärlich sind. Diese Wirkungen sind nicht selten von positiver Art und können für den Patienten von Vorteil sein. So (a) wenn ein Patient behauptet, bestimmte Tabletten würden seine Beschwerden sofort lindern, obwohl dieser Effekt weder unter den Indikationen angeführt, noch durch klinische Untersuchungen bestätigt ist, oder (b) wenn der Arzt zum Verschreiben eines Präparates geradezu genötigt wird, obwohl wissenschaftliche Untersuchungen dessen Wirksamkeit stark in Zweifel ziehen, oder (c) wenn der Arzt aus Ratlosigkeit zu einem Medikament greift, um irgendetwas zu probieren, und überraschend ein durchschlagender Erfolg für die Befindlichkeit des Patienten erzielt werden kann. Dieses bekannte Phänomen wird, wie es das Medizinlexikon *Psyhyrembel*¹ darlegt, dem Placebo *im weiteren Sinn*² zugeordnet. Es handelt sich dabei um eine Maßnahme ohne naturwissenschaftlichen Wirknachweis, die ein besseres Befinden des Patienten zur Folge hat. Placebo kommt zum Einsatz, um dem subjektiven Patientenwunsch nach einer medizinischen Handlung nachzukommen. Placebo hat aber auch eine andere Bedeutung: Placebo *im engeren Sinn* ist ein unwirksames so genanntes Scheinmedikament, eine pharmakologisch indifferente, in Medikamentenform verabreichte Substanz. Gerade die (postulier-

te) pharmakologische Nicht-Wirksamkeit von Placebo stellt den wichtigen Referenzpunkt dar. Unter diesem Aspekt hat Placebo bei der Erprobung neuer Medikamente eine wichtige Funktion für Doppelblindstudien. Aus dem Gesagten wird klar, dass Placebo nicht einfach zu definieren ist, weil eine komplexe, schwer fassbare medizinische Wirklichkeit dahinter steht. Während Wissenschaftler zur Erprobung therapeutischer Verfahren das neutrale Scheinpräparat ohne Wirkstoff zum Vergleich heranziehen, erkennen einige Therapeuten im Placebo eine effiziente Behandlungsmöglichkeit. Sogar die Diskussion um die Rechtfertigung von Placebo-Operationen hat in Chirurgenkreisen des deutschsprachigen Raumes Eingang gefunden. Es hatte sich bei randomisierten, placebokontrollierten Studien gezeigt, dass etwa bei Gelenksspiegelungen oder bei Operationen zur Adhäsioolyse wegen chronischer Bauchschmerzen, auch jene Eingriffe dieselbe klinische Wirksamkeit zeigten, bei denen nach Eröffnung des Operationsareales keine spezifische chirurgische Intervention erfolgte.³ Denn Placebo ist, wie die Definition auch sagt, keineswegs unwirksam, es wirkt einfach auf eine andere Art und Weise.⁴ Die komplexe Natur des Menschen lässt sich nicht in enge physikalisch-naturwissenschaftliche Konzepte zwingen.

Während Placebo günstig wirkt – und zwar ohne wissenschaftliches Erklärungsmodell – so kann es aber auch ohne fassbare Erklärung zum Auftreten negativer Wirkungen kommen. Neben subjektiven Beschwerden (Mundtrockenheit, Übelkeit, Benommenheit, Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit, Schwindel usw.) können auch messbare negative Wirkungen (Blutbildveränderungen, Urticaria, Kreislaufkollaps usw.) auftreten. Eine beeindruckende Schilderung dieses sogenannten Nocebo-Effektes stammt aus der Feder des bekannten Kardiologen B. LOWN⁵. In den Anfangszeiten seiner beruflichen Tätigkeit beobachtete er das völlig unerwartete plötzliche Versterben einer Patientin, die aufgrund eines einfachen

sprachlichen Missverständnisses eine akute Verschlechterung ihres Herzleidens erlitt, welches von diesem Zeitpunkt an nicht mehr in den Griff zu bekommen war. Obwohl die schädliche Variante des Placebo, das Nocebo, im Regelfall keine lebensbedrohlichen Situationen auslöst, zeigt das geschilderte Beispiel, wie gravierend Noceboeffekte im Ernstfall aber doch sein können.

Wie Placebo/Nocebo wirkt, entzieht sich der genauen Kenntnis. Es gibt verschiedene, zum Teil nur vage Erklärungsmodelle. Speziell die Placebo-Analgesie dürfte über die Freisetzung Schmerz hemmender Neurotransmitter erklärbar sein⁶. Dass die Suggestion als übertragener Affekt auf die Placebowirkung einen Einfluss ausübt, ist nahe liegend. Placebo wirkt aber nicht immer und bei jedem. Es könnte auch sein, dass die Reagibilität auf eine Placebogabe im Menschen eine Potenz ist, die unter bestimmten Bedingungen entsteht.

2 Arzt-Patient-Beziehung und Placebo

Die Arzt-Patient-Beziehung ist durch eine asymmetrische Struktur gekennzeichnet. Bei der unterschiedlichen Wissensverteilung ist der Arzt Fachmann der Theorie und der Patient Experte für seine konkreten Beschwerden und Einschränkungen. Der Wissensvorsprung des Arztes bedingt eine Art Definitionsmacht: Diagnosestellung, Verordnungen, Krankschreibung usw. führen den Patienten in ein Abhängigkeitsverhältnis, das weit in seine Intimsphäre reicht, da ja der Gegenstand der Beziehung seine Gesundheit oder sein Mangel an Gesundheit und Wohlbefinden ist. Die erwähnte Asymmetrie ist konstitutiv. Durch den bereits vollzogenen Wandel vom ärztlichen Paternalismus zur Patienten-Autonomie gewinnt das Vertrauen als Wesenselement in der funktionierenden Arzt-Patienten-Beziehung eine neue Bedeutung. Der Patient vertraut dem Arzt, dass dieser sein überlegenes Wissen „gewissenhaft“ einsetzt, ohne es zu missbrauchen, was beispielsweise

der Falls wäre, wenn er dem Patienten eine teure Therapie empfehlen würde, die aber gar nicht nötig wäre. Der erste, immerwährend gültige Grundsatz ärztlichen Ethos lautet „*primum utilis esse*“. Der Arzt wird also bedacht darauf sein, mit seinem Wissen dem Patienten dienlich zu sein. Dazu gehört auch die Pflicht zur Weiterbildung in Theorie und Praxis, die ebenfalls weit in die hippokratische Tradition zurück reicht. Es gibt eine Form des „Nicht-Wissens“, die nicht auf mangelnde Fortbildung zurückgeführt werden kann. Jede Handlung ist von einer gewissen Unsicherheit und einem Risiko begleitet. Wird dieser konkrete Patient von der Therapie profitieren oder nicht, weil gerade er in die Gruppe der Non-Responder fällt? Oder liegen unbekannte Umstände vor, die die gesetzten Maßnahmen unwirksam machen? Es könnte ja sogar vorkommen, dass die Behandlung wegen des Nicht-in-Betracht-Ziehens weiterer Umstände zum Schaden gereicht. Im ärztlichen Alltag mag dieser Aspekt bei der Entscheidungsfindung oftmals nicht ins Gewicht fallen. Angesichts maligner oder seltener Diagnosen steigt die Sorgfaltspflicht an, und es kann aus den oben genannten Gründen sehr schwierig sein, die rechten Maßnahmen zu finden. In diesen Graubereich des Unbekannten, des notwendigen „Nicht-Wissens“, fällt auch der Placeboeffekt. Der Arzt müsste in seine Überlegungen zur Therapieplanung das Placebophänomen miteinbeziehen und damit die Möglichkeit, einen nicht berechenbaren positiven Effekt zu erzielen. Die Schwierigkeit liegt in der Unvorhersehbarkeit. Andererseits gibt es auch bei pharmakologisch geprüften Therapien keine hundertprozentige Wirksamkeit, was in der Routinepraxis kaum beachtet wird.

In den Erklärungsansätzen des Placeboeffekts wird häufig die Wirksamkeit gerade mit der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung in Zusammenhang gebracht. Dabei spielen die Persönlichkeit des Arztes und des Patienten sowie die therapeutische Situation eine Rolle. Die Wirksamkeit von Placebo dürfte mit der Überzeugtheit des Arztes von der Therapie

und mit dem Vertrauen des Patienten in den Arzt und seine Fähigkeiten in Zusammenhang stehen. Zusätzlich ist die Art und Weise, wie die Konsultation und die Verschreibung der Medikamente von Patientenseite her erlebt werden, von Bedeutung. So kam die Sprache von der „Droge Arzt“ auf. Diese „Droge“ ist bei einem freundlichen und kompetenten Arzt wirksamer, als bei einem abweisenden, unsicher wirkenden, unfreundlichen oder launenhaften Kollegen. Diese Zusammenhänge sind mehrfach experimentell belegt.⁷ Andererseits gilt auch der Umkehrschluss: Die Möglichkeit des Noceboeffektes, ausgelöst durch eine missglückte Arzt-Patienten-Beziehung darf nicht vernachlässigt werden. Die kommunikativen Fähigkeiten des Arztes sind in der Regel besonders gefordert. Die Aussprache einer Diagnose kann, wenn danach der Patient allein gelassen wird, einen beträchtlichen negativen Effekt auslösen, der nur schwer wieder gut zu machen ist. Es gibt Diagnosen, die „abstempeln“ oder quasi schon als Todesurteil aufgefasst werden. Auch die erwähnte Episode aus der Erfahrung von B. LOWN mag als Beispiel in Erinnerung gerufen werden. Eine Diagnose kann andererseits auch als Krankheitsbestätigung dienen und bei bestimmten Persönlichkeitskonstellationen die Chronifizierung des Leidens zur Folge haben. Sogar der unüberlegte, zuweilen unnötige Einsatz diagnostischer Verfahren kann sich negativ auswirken, wenn der unvorbereitete Patient dadurch ein sehr unangenehmes Erlebnis hat. Die Anordnung einer Untersuchung kann aber auch bei hypochondrisch verfassten Patienten den „Verdacht“ der schweren Krankheit erhärten und chronische Zustände provozieren bzw. krankheitsfixierend wirken. Das gegenseitige Vertrauen spielt gerade in diesen Zusammenhängen eine entscheidende Rolle. Wie stark die „Droge Arzt“ beeinflussen kann, wird durch Studien immer wieder deutlich. So stellte sich beispielsweise bei einer Studie zur Behandlung von Patienten mit Magengeschwüren bei Placebogabe in 25% eine Erleichterung im Sinne der Schmerzlinderung nach Verabreichung durch Krankenschwestern ein, gegenüber einer

Besserung in 70% bei Verabreichung durch den Arzt.⁸ Eine andere randomisierte Untersuchung von Anästhesisten bringt den Vergleich zweier Patientengruppen, die a) routinemäßig knapp oder b) ausführlich durch einen Narkosearzt über die Operation, den Schmerzcharakter und die Notwendigkeit relaxierender Verfahren aufgeklärt wurden.⁹ Die ausführenden Chirurgen waren über das jeweilige Ausmaß der Aufklärungsgespräche nicht informiert. Die detailliert aufgeklärten Patienten brauchten in der Folge durchschnittlich nur die Hälfte der Analgetika, und konnten auch im Schnitt zwei Tage früher aus dem stationären Aufenthalt entlassen werden.

3 Ethische Überlegungen zu Placebo

Obwohl die kausalmechanischen Ursachen nicht geklärt sind, wirkt sich Placebo für den Patienten positiv aus, Nocebo negativ sogar bis zu letalen Folgen. Daher sind Placebo- und Noceboeffekte von großer medizinischer Bedeutung und sollten in therapeutischen Planungen Beachtung finden. Bekanntlich wirken selbst klinisch geprüfte Substanzen bei überzeugter Gabe durch den Arzt besser, als bei kommentarloser oder von wenig optimistischen Äußerungen begleiteter Verschreibung. Zahlreiche Ergebnisse von Doppelblindstudien bestätigen diese Beobachtung. Allein schon die Worte und Gesten des Arztes können einen um Kompensation ringenden Patienten aufrichten oder eine Verschlechterung bewirken, wenn der Patient mit Skepsis oder Pessimismus konfrontiert wird. Man könnte sagen, dass bei jeder ärztlichen Handlung, auch dann, wenn klinisch erprobte Medikamente zum Einsatz kommen, der Placeboeffekt, der die therapeutische Wirkung des Medikamentes verstärken oder vielleicht ganz ersetzen kann, nicht auszuschließen ist. Die Wirklichkeit des Placeboeffektes wirft die konkrete ethische Frage auf, ob das Ethos der ärztlichen Kunst nicht eigentlich kategorisch die Verpflichtung einschließen sollte, den Pla-

ceboeffekt voll in das therapeutische Procedere einzubeziehen, zumal wenn dieser für den Patienten tatsächlich von Nutzen ist.

3.1 Erkenntnistheoretische Überlegungen zu Placebo

Nach Auffassung der evidence based medicine (EBM) sollten nur Therapien akzeptiert werden, deren Wirksamkeit durch Studien statistisch eindeutig belegt wurde. Dieses Konzept, das prinzipiell zu bejahen ist, wäre soweit zu relativieren, dass nicht alles, was nicht evidence-based ist, bereits angezweifelt werden muss. Für gewöhnlich ist allein das Wort Placebo vorurteilsvoll negativ belegt. Mancher moderne Arzt sollte sich von der allzu starken scientistischen Orientierung seines Handelns befreien, indem er durch eine erkenntnistheoretische Hinterfragung seines medizinischen Wissens zur demütigen Haltung geführt wird, dass das, was er zu wissen meint, auch nur partiell und brüchig ist. Wie oft schon sind in der Geschichte der Medizin therapeutische Dogmen in sich zusammengebrochen! EBM ist wichtig, aber sie ist nicht alles und vor allem nicht einziges oberstes Gebot. Viele Schulmediziner sind von einer möglichen Wirksamkeit des Placebos nicht überzeugt und sehen darin ein reines „Hokuspokus“. Man müsste sich fragen, ob diese Einstellung auf Vorurteilen bzw. auf Ignoranz beruht, die durchaus entschuldigt werden kann, weil in der Ausbildung dem Placebophänomen keine Beachtung geschenkt wird. Erkenntnistheoretisch jedenfalls darf man nicht ausschließen, dass ohne ausreichende Kenntnis der Ursachen eine Wirkung erzielt wird, und man wäre daher wohl beraten, anerkannte Placebos zu verschreiben, wenn, wie es nicht selten der Fall ist, klinisch erprobte Standardtherapien nicht gewirkt haben. Das Problem liegt darin, dass Placebo vor allem wirkt, wenn es Hoffnungsträger ist, d. h. wenn es dem Arzt gelingt, dem Patienten zu vermitteln, es handle sich in diesem Fall um das Mittel erster Wahl.

3.2 Tugenden im ärztlichen Handeln

In der Arzt-Patient-Beziehung ist das Objekt der Handlung die Person des Kranken, deren Würde stets zu achten ist. Daher spielt für das ärztliche Berufsethos neben dem Wissen und Können auch die Mitmenschlichkeit eine ganz besondere Rolle.¹⁰ Diese Dimension des ärztlichen Ethos verlangt eine stetige Kultivierung des Gewissens, die mit der Pflege der Kardinaltugenden eng zusammenhängt, denn die Voraussetzung dafür, dass das Gute und Richtige erkannt und erfasst wird, sind die Tugenden. Eigentlich kann die Kultivierung des Gewissens auf den Erwerb und die Pflege der Kardinaltugenden (Klugheit, Gerechtigkeit, Stärke, Maßhalten)¹¹ reduziert werden. Daraus folgt, dass der gute und tugendhafte Arzt zuerst ein guter und tugendhafter Mensch sein muss. Die Tugenden sichern die Handlungsqualität des Menschen und im konkreten Fall des Arztes. Die gute medizinische Behandlung muss nicht nur fachgerecht, sondern auch mit Respekt und liebevoll, rechtzeitig und pünktlich, sauber und feinfühlig usw. verrichtet werden. Allein die Beachtung dieser Grundsätze dürfte eine positive Auswirkung auf den Placeboeffekt haben. Krankheit macht empfindlich und empfindsam. Die Umgangsformen, durch die eine Reihe menschlicher Tugenden der personalen Interaktion zum Einsatz kommen, lösen Vorgänge im menschlichen Organismus aus, die so weit gehen können, dass dem Körper innewohnende Selbstheilungskräfte aktiviert werden.¹² Man kann davon ausgehen, dass die positive Wirkung der „Droge Arzt“ vornehmlich durch die Übung der Tugenden in der rechten Weise zum Einsatz gebracht wird.

3.3 Der Faktor „Vertrauen“ und die Täuschung des Patienten

Das beiderseitige Vertrauen stellt, wie bereits dargelegt, in der Arzt-Patient-Beziehung eine wichtige Grundhaltung dar. Der Arzt konzipiert für den individuellen Patienten die

entsprechende Therapie nach bestem Wissen und Gewissen und spricht seine Empfehlung aus. Konsequenterweise wird der Arzt die medizinischen Maßnahmen, von denen er überzeugt ist, mit Optimismus einsetzen und dem Patienten Hoffnung und Zuversicht vermitteln. Das kann auch für Maßnahmen gelten, die in der Schulmedizin als „Pseudoplacebos“ (Vitaminpräparate, allgemeine roborierende Maßnahmen, Verumverabreichung in niedriger Dosierung etc.) gehandelt werden und deren Wirksamkeit in Frage gestellt und von der EBM nicht akzeptiert wird. Vorausgesetzt bleibt, dass bei dieser Vorgangsweise keine gesundheitsschädliche Wirkung die Folge sein darf. Gelegentlich muss ja der Arzt den Balanceakt vollbringen, dem Patienten die Hoffnung auf Besserung seiner subjektiven Beschwerden zu geben, während er nur Mittel anbieten kann, von deren Wirksamkeit er wenig überzeugt ist. Von schulmedizinischer Seite wird oft die Ansicht geäußert, reines Placebo zu verschreiben wäre eine Täuschung des Patienten und würde einen Vertrauensbruch bewirken. Das wäre tatsächlich dann der Fall, wenn die Verschreibung von klinisch erprobten (gegenüber Placebo wirksameren) Therapien unterbleiben würde und man erst-rangig reine Placebos verordnen würde. Die Ansicht, dass eine Placeboverschreibung auch unter der Voraussetzung, dass EBM-geprüfte Therapien keinen Erfolg gebracht haben, eine Irreführung des Patienten sei und der Verrat des ärztlichen Ethos die Folge wäre, entspringt einer szientistischen Sichtweise. Demnach wäre Placebo und Wirkungslosigkeit gleichgesetzt. Man zieht es daher vor, klinische Therapien unendlich zu wiederholen in der Hoffnung, irgendwann die erwünschte Wirkung zu erreichen, anstatt Placebo auszuprobieren. Placebo wird als Niederlage der Naturwissenschaft gewertet, weil seine Wirkweise nicht erklärt werden kann. Wenn aber erprobte Mittel beim konkreten Patienten versagen, ist es sogar eine Frage des medizinischen „Hausverstandes“, Placebos

zu verabreichen. Das geht zweifels-ohne mit dem ärztlichen Ethos konform. Das Problem liegt darin, dass Placebo vornehmlich dann wirkt, wenn der Patient der Überzeugung ist, ein für ihn sicher wirksames Medikament, ein Verum zu erhalten. Sehr wichtig ist aber in der Medizin die Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Einschätzung. Das „Verum“ der Pharmakologie (objektive Einschätzung) und das „Verum“ für den Patienten (subjektive Einschätzung) folgen ganz anderen Diskursen, deren Ergebnisse, wie leicht ersichtlich, stark auseinander fallen können¹³. Placebo könnte auch als jenes Phänomen definiert werden, wonach ein unter pharmakologischen Gesichtspunkten „Nicht-Verum“ für den Patienten zum „Verum“ wird. Dieses Phänomen ist sicherlich kein physikalisches, kein naturwissenschaftlich fassbares, sondern eher ein psychologisch beschreibbares, aber doch zur ärztlichen Kunst gehörendes. Vor allem der Arzt kann dieses Phänomen durch seine kommunikativen Fähigkeiten und seine Überzeugungsgabe maßgeblich steuern. Es ist sicherlich keine Scharlatanerie, wenn er diese angesichts der Tatsache, dass Placebo wirkt, einsetzt. Dann ist die Verabreichung keine gezielte Irreführung des Patienten, und bedeutet im eigentlichen Sinn keinen Vertrauensbruch. Ganz im Gegenteil, die erste Verpflichtung des Arztes besteht im „nihil nocere“, und dieser wäre sicherlich genüge getan. Natürlich verlangt der Einstieg des Arztes in eine Placebo-Therapie kommunikative Fähigkeiten, die heute dem Schulmediziner immer fremder geworden sind.

3.4 Placebo in der Wissenschaft

Es ist richtig, Placebo zur Prüfung von Verum-Präparaten diesen gegenüberzustellen. Medikamente, die sich da bewähren und signifikant höhere Wirkungen erreichen, sind unzweifelhaft therapeutische Mittel erster Wahl. Fraglich ist jedoch, ob es richtig ist, Placebo mit dem therapeutischen „Nullpunkt“ gleichzusetzen. Die

wachsende Überzeugung über die beachtliche Wirksamkeit von Placebo stammt großteils aus kontrollierten Doppelblind-Studien, deren überraschende Ergebnisse im Placeboarm zum Nachdenken anregen. Der Schluss liegt nahe, dass Placebo zwar ein wichtiger Referenzpunkt ist, auf der Skala der Wirksamkeit aber nicht den Nullpunkt markiert.

3.5 Fazit

Aus ethischer Sicht kann man also sagen: Sind folgende Voraussetzungen erfüllt, kann die bewusste Verschreibung von reinem Placebo unter bestimmten Bedingungen sogar indiziert sein: 1) die Diagnose muss nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen; 2) es darf keine bessere und wirksamere Pharmakotherapie vorhanden sein; 3) der Patient erwartet aus den gegebenen Umständen heraus eine Arzneimittelbehandlung, und eine „Behandlungsabstinenz“ würde zum großen Schaden gereichen; 4) bei relativ geringen Beschwerden und dem dringenden Wunsch nach einer Behandlung, wenn die mögliche Pharmakotherapie mit dem Risiko schwerwiegender unerwünschter Folgen verbunden wäre.

Referenzen:

- 1 PSCHYREMBEL W., *Klinisches Wörterbuch* (259. Auflage), de Gruyter Verlag, Berlin (2002)
- 2 placebo, lat.: ich gefalle, eine dem Patienten zuträgliche, seine Befindlichkeit verbessernde medizinische Maßnahme
- 3 Vgl. SCHOENEICH F., *Placebo- und Nozeboeffekte*, in: SCHMERLING-KLUDAS C. et al., *Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin*, Hans Marseille Verlag GmbH, München (2005)
- 4 Vgl. LECHNER K., MÜLLER M., *Placebo und Placeboeffekt*, *Imago Hominis* (2006); 13: 189-199
- 5 Vgl. LOWN B., *Die verlorene Kunst des Heilens*, Schattauer Verlag, Stuttgart (2002)
- 6 vgl. Ref. 3
- 7 SCHOENEICH F., *Placebo- und Nozeboeffekte*, in: SCHMERLING-KLUDAS C. et al., *Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin*, Hans Marseille Verlag GmbH, München (2005)
- 8 Vgl. GAULER T. C., WEHRAUCH T. R., *Placebo. Ein unwirksames und ungefährliches Medikament?*, Urban & Schwarzenberg, München (1997)
- 9 ebd.
- 1 Vgl. PRAT E. H., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2002); 9: 265-272
- 11 ARISTOTELES beschreibt die Tugend als jene feste Grundhaltung „durch welche ein Mensch gut wird und vermöge derer er seine ihm eigentümliche Leistung gut vollbringt.
- 12 Vgl. BRODY H., BRODY D., *Der Placebo-Effekt. Die Selbstheilungskräfte unseres Körpers*, Deutscher Taschenbuch Verlag, München (2002)
- 13 Vgl. KOSLOWSKI P., *Ärztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln. Zum Primum utilis esse*, in: KOSLOWSKI L. (Hrsg.), *Maximen in der Medizin*, Schattauer Verlag, Stuttgart (1992), S. 74-80
- PRAT E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, *Imago Hominis* (1999); 6: 11-31

Homöopathie und Allopathie im Vergleich – Eine Metaanalyse aus 110 Studienpaaren

Friedrich KUMMER

Vor kurzem hat eine schweizerisch-britische Studie für neue Diskussion über den klinischen Effekt der Homöopathie (HP) gesorgt, wobei die Frage in den Mittelpunkt gestellt wurde, wie weit es sich dabei um einen Placebo-Effekt handeln könne.¹

Wann immer über diese Frage diskutiert wird – so auch in dieser Ausgabe von *IMAGO HOMINIS* –, kann die Erörterung der genannten Studie nicht fehlen. Die Befürworter des Placeboeffektes der HP rühmen die umfassende Erhebung von relevanten Studien aus diversen Dateien und die gediegene statistische Auswertung. Hingegen kritisieren die Freunde der HP die angebliche Voreingenommenheit der Autoren und die Manipulation der Statistik bei der Evaluierung der Ergebnisse. Es wird daher versucht, die Studie ihren Grundzügen hier vorzustellen und ohne eigene Wertung zu besprechen.

Diese Metaanalyse basiert auf der Gegenüberstellung prospektiver placebo-kontrollierter Untersuchungen bei vergleichbaren Erkrankungen, die entweder konventionell oder homöopathisch behandelt wurden. Für die HP zogen die Autoren 19 elektronische Datenbasen (inkl. homöopathische und komplementärmedizinische Register) heran und evaluierten die Jahre 1995 bis Jänner 2003. In MEDLINE (der Literaturdatenbank des US-amerikanischen National Center for Biotechnology Information) waren die vorgegebenen Stichwörter Homöopathie, Placebo, Placeboeffekt und Scheineffekt (sham). Es gab keine Limitierungen gegenüber der Sprache, in der die Artikel verfasst waren. Für die konventionelle Medizin (CM) wurde das Cochrane Controlled Trial Register nach placebo-kontrollierten Studien durchsucht,

wobei die Ausgabe 1/2003 mit über 350.000 Zitaten herangezogen wurde.

Die Ein- und a priori Ausschlusskriterien waren dieselben für HP und CM. Die Einschlusskriterien waren: Kontrollierte Therapien oder Präventivmaßnahmen mit definierten klinischen Resultaten („outcomes“); zufällige (random bzw. quasi-random) Zuordnung zu Behandlungs- und Placebogruppen; eine schriftliche Dokumentation der Daten, aus welchen eine Kalkulation der Wirkwahrscheinlichkeit (Odds Ratio < 1) möglich war. Ausgeschlossen wurden sogenannte Arzneimittelprüfungen in der HP an gesunden Individuen, sowie Cross-over-Designs und sogenannte N-1-Studien.

Auf diese Weise wurden 110 geeignete Studien (aus einem ursprünglichen Pool von 165) der HP ausgewählt und 110 paarweise gematchten Studien der CM gegenübergestellt. Folgende klinische Fragestellungen waren vertreten:

Infektionen des Atemtraktes	21 (19%)
Pollinose und Asthma	16 (15%)
Gynäkologie und Geburtshilfe	14 (13%)
Muskuloskelettale Erkrankungen	11 (10%)
Andere	14 (13%)

Die Kriterien für die Bewertung des Behandlungsergebnisses (Outcome) wurden vorher wie folgt festgelegt:

Erste Wahl: Jener Haupteffekt, der auch für die Ermittlung der erforderlichen Fallzahl verwendet wurde.

Wenn ein solcher nicht angegeben war, wurden andere Kriterien herangezogen, und zwar in folgender Reihung:

- Beurteilung des Erfolges durch die Patienten;
- Beurteilung des Erfolges durch den Behandler;

– jener Faktor zum Maß des Erfolges, der klinisch am relevantesten erschien.

Die Art der Anwendung der HP wurde differenziert nach „klassisch“ (umfassende Anamnese und ein einzelnes Medikament), „klinisch“ (keine HP-Anamnese, alle Patienten bekamen das gleiche Medikament), „komplex“ (gemischte Applikation von verschiedenen Remedien) und „isopathisch“ (das angeschuldigte Agens wird zur Therapie verwendet, z. B. Pollen bei Pollinose).

Zu den Ergebnissen: In 49% der HP- und 45% der CM-Studien wurde ein allgemeiner Therapieerfolg dokumentiert. Die Studien umfassten im Mittel 65 Probanden (10 bis 1573). Bei den HP-Studien waren 16% als klassisch, 44% als klinisch, 32% als komplex und 7% als isopathisch einzustufen.

Bei den CM-Studien wurden in 92% Medikamente getestet, bei 7% eine Immuntherapie und in einem Fall eine Vakzine.

Die Resultate wurden so codiert, dass eine positive Wirkung (oder Abschwächung des Risikos) aus einer Odds Ratio von < 1 abgelesen werden konnte. Tatsächlich sprachen die meisten Studien in beiden Gruppen für eine Wirksamkeit der verwendeten Therapie. Allerdings wiesen die HP-Studien in überzufälliger Weise eine größere Heterogenität auf als die CM-Studien ($p < 0,0001$), im Wesentlichen gestützt auf den Effekt, dass bei kleiner Fallzahl eher Erfolge zu registrieren waren als bei großen Studien. Obwohl dies in der Essenz auch auf die CM-Studien zutraf, war bei diesen der Unterschied nicht statistisch signifikant. Weitere Asymmetrien waren zu erheben in der Verwendung der englischen Sprache (bei CM öfter als bei HP), in der Dauer der Nachuntersuchung, in der klinischen Diagnose, in den verschiedenen Typen der Praxis der HP sowie in der Indikation zu Therapie.

Wenn die Prüfung der Heterogenität auf den Vergleich der kleinen und schwächeren mit den großen, bestqualifizierten Studien aus beiden Bereichen angewandt wurde, so bestätigte sich dieser Trend:

Für die Random-Effekt-Analyse der Studien mit den größten Fallzahlen und der höchsten methodischen Qualität wurden acht HP- und sechs CM-Studien herangezogen. Hier wurde die Odds Ratio bei HP mit 0,88 (0,65 – 1,18), bei CM mit 0,58 (0,39 – 0,85) errechnet. Ähnliches ergab sich bei der Berechnung der Sicherheit, einen Behandlungserfolg vorherzusagen. Hier lagen die Odds Ratios bei 0,96 (0,73 – 1,25) bei HP und 0,67 (0,48 – 0,91) bei CM, was für einen eindeutig besseren Effekt der CM gedeutet wurde.

In der Diskussion betonten die Autoren, dass in beiden Gruppen die Arbeiten mit minderer Qualität und kleineren Fallzahlen überwogen, wobei die HP-Studien im Vergleich besser abschnitten als die CM-Studien. Kleinere Studien mit einem schwächeren Design erbrachten in der Regel bessere Therapieresultate als große Studien von hoher Qualität. Dieser Unterschied war besonders bei den HP-Studien ausgeprägt. Diese Fakten wurden mit HP-Praktikern diskutiert, die vermuteten, dass die Anwendung der klassischen HP, die Indikation bei chronischen Erkrankungen und eine längere Verlaufsbeobachtung bessere Resultate bringen würden. Die daraufhin von den Autoren angestellten Nachberechnungen konnten jedoch keine Bestätigung dieser Hypothese erbringen.

Die Schwächen (Biases) von Studien können zahlreiche, untereinander vernetzte Ursachen haben, die nicht sauber entwirrt werden könnten. Die in den Abbildungen der Studie wiedergegebenen sog. funnel plots mögen daher nicht nur als Mittel zu Aufdeckung von Biases dienen, sondern auch als ein Instrument zur Untersuchung des „Kleinheitseffektes“ einer Studie, die positive Resultate zu vermitteln scheint.

Abschließend legen die Autoren nochmals Wert auf die Feststellung, dass die Analyse der einander gegenübergestellten Arbeiten einzig der Frage gewidmet war, ob bei HP-Medikamenten eine spezifische Wirkung nachweisbar sei. Immerhin sehen sie den Einfluss der für die HP geforderten speziellen Beziehung zwischen

Arzt und Patient als maßgeblich an, unterstützt vom gemeinsamen Glauben an die Effektivität des Medikamentes. Hier sehen manche Beurteiler ein starkes komplementäres Potential, das wieder von der Schulmedizin aufgegriffen und genutzt werden könnte. Andere hinwieder sehen gerade darin eine absichtliche und wissenschaftsfremde Täuschung der Patienten, welche in der modernen Medizin keinen Platz habe.

Die Autoren folgern schließlich, dass es zwar unmöglich sei, für die HP eine Unwirksamkeit zu beweisen, doch seien die Resultate in placebokontrollierten HP-Studien mit der

Placebo-Hypothese vereinbar, was sie von der Effizienz der CM unterscheidet, bei welcher die Erfolge einer Therapie kaum durch unspezifische Effekte erklärbar seien.

Referenzen:

- 1 SHANG A. et al., *Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects?*, Lancet (2005); 366: 726-732

Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
fkummer@aon.at

Pro Homöopathie: Was unterscheidet Homöopathie von Placebo?

Michael FRASS, Beatrix WULKERSDORFER, Helmut FRIEHS

Vor kurzem ist ein Artikel im Lancet erschienen, der das Ende der Homöopathie heraufbeschwört¹: Zunächst wird in diesem Artikel beschrieben, dass die Homöopathie im Vergleich zur konventionellen Medizin nicht wirksam ist. In einem Editorial wird den ÄrztInnen angeraten, PatientInnen über die Sinnlosigkeit der Homöopathie aufzuklären. Der von uns verfasste „Letter to the Editor“ wurde von Lancet abgelehnt, ist aber im Internet nachzulesen.² Tatsächlich haben sich in die Arbeit¹ mehrere statistische Fehler eingeschlichen.

Mit Homöopathie assoziieren viele sofort „Placebo“. Während dieser Begriff für „Scheinmedikament“ allgemein bekannt ist, machen sich nur wenige Gedanken über den Ursprung des Wortes aus dem Lateinischen: „Ich werde gefallen“. Das nun wiederum eröffnet ganz neue Perspektiven. SPITZY³ zitiert KIENLE, der zwischen „Wirksamkeit“ und „Wirkung“ unterscheidet. In der Heilbehandlung ist nicht alles „wirksam“, was wirkt und auch nicht alles „unwirksam“, was nicht „wirkt“. „Wirkung“ bedingt messbare physiologische Veränderungen, „Wirksamkeit“ bedeutet Heilung oder Linderung von Erkrankungen. Einige Überlegungen verdienen Beachtung⁴:

1. Die wahre Natur des Placeboeffektes ist unbekannt.

2. Das Placebo wurde nie im Sinne von Interaktionen zwischen Molekülen erklärt und muss daher als immateriell eingestuft werden, ähnlich wie die „Vitalkraft“ in der Homöopathie.

3. „Immaterielle“, und daher nicht messbare Interaktionen werden im allgemeinen von der konventionellen Medizin als ungeprüft verworfen.

4. Überraschenderweise aber betrachtet die konventionelle Medizin das Placebo als etwas „Reales“: Der Placeboeffekt, obwohl

unerklärlich, gilt als integraler Bestandteil der Kultur in der konventionellen Medizin. Die Theorie klingt einfach: Wenn der Patient damit rechnet, dass es ihm durch die Einnahme eines Medikamentes besser geht, ist es wahrscheinlich, dass dies auch der Fall sein wird. Das Problem dabei ist, dass man z. B. Schmerzen nicht objektiv messen kann, sondern sich vollkommen auf die Aussagen der PatientInnen verlassen muss. Somit ist es schwierig, zu beweisen, dass Placebos nicht nur eine psychische Wirkung haben (der Patient empfindet den Schmerz als weniger stark, obwohl die Reize die gleichen sind), sondern wirklich den Schmerzreiz lindern.

Nun stellt sich die Frage, ob die Wirkung der Homöopathie über die Placebowirkung hinausgeht. Mit Homöopathie wird gewöhnlich nicht das Ähnlichkeitsgesetz, sondern die Verdünnung assoziiert, wobei übersehen wird, dass neben der Verdünnung die Verschüttelung, die sogenannte Potenzierung, eine wesentliche Rolle für die Herstellung der Potenzen spielt. Dieser Vorgang bewirkt nach Ansicht der HomöopathInnen einen Transfer der Arzneimittleigenschaften auf das flüssige Medium. Am Beginn der Arzneimittelprüfungen am Gesunden hat HAHNEMANN mit unverdünnten respektive mäßig verdünnten Substanzen gearbeitet, erst als eine seiner Töchter bei der Prüfung von *Veratrum album* beinahe gestorben wäre, entwickelte HAHNEMANN die Potenzierung.

Im Werkzeugbuch der HomöopathInnen, dem Organon (6. Auflage⁵), ist die Potenzierung allerdings erst unter den letzten 10% der knapp 300 Paragraphen angeführt. Somit wird ersichtlich, dass die Potenzierung keine „*Conditio sine qua non*“ ist, d. h. man kann Homöopathie auch mit nicht potenzierten Arzneimitteln betreiben. Für Homöopa-

thInnen ist aber aus der Erfahrung klar, dass potenzierte Arzneimittel oft eine höhere Wirksamkeit besitzen als nicht potenzierte.

Dass Hochpotenzen eine physikalische Wirksamkeit entfalten können, wurde jüngst aufgezeigt: Louis REY, französisch-schweizerischer Physiker und Biologe, hat sich speziell mit der Niedertemperaturkonservierung von Zellen und Geweben für die plastische und rekonstruktive Chirurgie sowie mit der Gefriertrocknung beschäftigt.⁶ Höchst-Potenzen von Lithium- und Natriumchlorid (in einer potenzierten Form von 10^{-30} g in 1 ml schweren Wassers, D_2O) wurden von ihm bei einer Temperatur von $77^\circ K$ mit Röntgen- respektive Gamma-Strahlen beschossen und anschließend langsam wieder auf Raumtemperatur erwärmt. Während dieser Phase wurde ihre Thermolumineszenz gemessen und festgestellt, dass – ungeachtet ihrer Verdünnung (Potenzierung) jenseits der AVOGADRO'schen Zahl – das ausgesandte Licht spezifisch für die ursprünglich gelösten Salze ist.^{6,7}

HomöopathInnen gehen ebenfalls von der Annahme aus, dass Wasser als Trägerstoff die Informationen von Arzneistoffen speichern kann. Deshalb können diese Ergebnisse als ein wichtiger Mosaikstein für einen wissenschaftlichen Wirkungsnachweis der Homöopathie angesehen werden.

Die Ergebnisse zur Aggregatbildung⁸: je verdünnter die Ausgangslösung, desto größere Aggregate bilden sich. Auch das kann ein Hinweis auf das paradox erscheinende Phänomen der zunehmenden Stärke der in der Homöopathie verwendeten Arzneimittel sein.

Nun gibt es aber auch sehr gute Studien⁹ als auch Metaanalysen¹⁰, die vorsichtig positiv beurteilt worden sind. Auch eine große Metaanalyse kommt zu positiven Ergebnissen.¹¹ Zu diesen steht die rezente Metaanalyse¹ in krassem Kontrast. Hier die wesentlichen Problembereiche¹²: In diesen 220 Studien zeigten sowohl die Homöopathie als auch die Schulmedizin deutliche Effekte. Aus diesem Pool wurden dann sogenannte „große, metho-

dologisch bessere“ Untersuchungen, nämlich 8 homöopathische und 6 schulmedizinische Studien nochmals analysiert. Nun fanden die Autoren nur noch bei schulmedizinischen Methoden einen spezifischen Effekt, nicht jedoch bei der Homöopathie. Aus den Resultaten geht zunächst hervor, dass bei beiden Gruppen ein günstiger Effekt gezeigt werden konnte, solange alle 110 Studien berücksichtigt wurden. Die Autoren anerkennen eine weniger ausgeprägte Heterogenität bei den homöopathischen Studien. Zudem wurde eine höhere Qualität der untersuchten Studien bei der Homöopathie Gruppe konstatiert (19% vs. 8%).

Während wir mit den Autoren hinsichtlich dieser Resultate übereinstimmen, sehen wir größere Probleme bei der Schlussfolgerung der Autoren: Zunächst bleibt es selbst bei sorgfältiger Auswahl problematisch, Studien aus einem Pool von 165 bei der Homöopathie mit mehr als 200.000 bei der konventionellen Medizin zu vergleichen. Dieser Faktor von 1.000 enthält bereits eine Asymmetrie in diesem Vergleich. Außerdem erscheint es uns nicht angebracht, Publikationen in englischer Sprache (94/110, 85% bei der konventionellen Medizin (vs. 58/110, 53% bei der Homöopathie) höher zu bewerten.

Wenn die Autoren die Zahl der eingeschlossenen Studien auf „größere Untersuchungen höherer Qualität“ reduzieren, scheinen die Resultate zwischen konventioneller Medizin und Homöopathie zu differieren. Allerdings bleibt eine gewisse Unsicherheit über die Auswahl dieser acht (Homöopathie) versus sechs (konventionelle Medizin) Studien.

Ferner handelt es sich bei der Festlegung auf größere Untersuchungen höherer Qualität wohl um eine post-festum Hypothese, aber nicht um das ursprüngliche Studiendesign. Da wir die durchgeführte Reduktion im Abstract nicht finden können, bezweifeln wir, dass sie a-priori vorgesehen war.

Die dramatische Restriktion von ursprünglich 220 Studien auf 14 wird von den Autoren deshalb gewählt, weil die 220 Studien auf

Grund von funnel plots einen vermeintlichen Publikations-Bias zeigen. Obwohl diese funnel plots laut Literatur mit größter Vorsicht interpretiert werden müssen, geben die Autoren keinen einzigen Hinweis darauf, dass in dieser sehr kleinen Auswahl kein Publikations-Bias existiert. Auffällig ist auch, dass über die 14 verwendeten Studien keine Information gegeben wird, wie odds ratio, matching Parameter, Literaturzitate.

Bei Beschränkung auf größere Studien höherer methodologischer Qualität war die odds ratio bei der Homöopathie 0,88 (CI 95%: 0,65 – 1,19), bei der konventionellen Medizin 0,58 (CI 95% 0,39 – 0,85) und lässt mit einer Unsicherheit von 5% den Schluss zu, dass die Ergebnisse nicht nur durch Zufall erreicht worden sind. Die Statistik erlaubt aber nur eine Aussage bzgl. „Evidenz“ bzw. „keine Evidenz“, aber nicht bzgl. „schwache oder starke Evidenz“.

Zusätzlich neigt die scientific community dazu, bei kontroversiellen Hypothesen, wie dem Vergleich dieser beiden Methoden, eine Signifikanz auf 1%-Niveau anzustreben. Der/Die LeserIn wäre auch interessiert zu wissen, bei welcher Irrtumswahrscheinlichkeit die Homöopathie signifikant geworden wäre.

Man sollte im Auge behalten, dass diese Arbeit nicht Studien der Homöopathie mit Studien der konventionellen Medizin vergleicht, sondern die spezifischen Effekte der beiden Methoden in separaten Analysen. Daher darf ein direkter Vergleich aus dieser Studie nicht gezogen werden.

Was SHANG et al.¹ möglicherweise nicht ausdrücklich wissen: Die größeren Studien sind selten „klassische“ homöopathische Interventionen, daher kann das Hauptprinzip der Homöopathie – die Individualisierung – nicht angewandt werden. Dadurch mangelt es der Studie an einem tiefen Verständnis darüber, was Homöopathie eigentlich repräsentiert.

Zwei eigene prospektive, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studien sind vor kurzem erschienen: Die in Chest publizierte Arbeit¹³ zeigt die Wirksamkeit

der Homöopathie bei der Beseitigung zäher trachealer Sekretionen bei intubierten PatientInnen auf, wobei Kalium bichromicum in einer C30 eine Verminderung der Sekretion und eine frühere Verlegung aus der Intensivstation ermöglicht. Die Menge der trachealen Sekretionen war in der Homöopathiegruppe signifikant reduziert ($p < 0,0001$), die Extubation konnte in dieser Gruppe früher erfolgen ($p < 0,0001$). Zudem war die Aufenthaltsdauer in der Behandlungsgruppe kürzer ($4,20 \pm 1,61$ Tage vs. $7,68 \pm 3,60$ Tage in der Placebogruppe, $p < 0,0001$). Eine weitere Arbeit zeigt die Sinnhaftigkeit der Homöopathie bei SepsispatientInnen.¹⁴ Das Überleben nach 180 Tagen war bei der Behandlungsgruppe signifikant höher (75,8% vs 50,0% in der Placebogruppe, $p = 0,043$).

Diese und andere Untersuchungen zeigen, dass Homöopathie mehr kann als Placebo. In einer weiteren¹⁵ wird die Machtlosigkeit des Placebos untersucht: In einer großen Metaanalyse wird aufgezeigt, dass Placebo nicht mehr kann als „Nichts-Tun“, z. B. bei mäßigen Schmerzen und in klinischen Studien. Das bedeutet aber auch, dass die Stellung des Placebos neu überdacht werden muss. Eine weitere Überlegung, deren Ausführung den Rahmen dieses Artikels wohl sprengen würde: Oft wird ja bei gutem Erfolg jedweder Methode eine Spontanheilung postuliert. Aus homöopathischer Sicht spricht nichts gegen die Spontanheilung, da man ja bemüht ist, den Körper dazu anzuregen und ihn damit autark zu machen.

Kontroversielle Themen sollten in einer akademischen und nicht-emotionalen Weise behandelt werden. Wir unterstützen den Dialog zwischen konventioneller Medizin und Homöopathie und bemühen uns, durch Freie Wahlfächer die Grundlagen der Homöopathie sowie Komplementärmedizin während des Studiums zu vermitteln. Eine an dieser Klinik eingerichtete Ambulanz „Homöopathie bei malignen Erkrankungen“ ist inzwischen ein von PatientInnen und KollegInnen akzeptierter Bestandteil der onkologischen Abteilung

geworden. Dadurch ist es zu einer zunehmenden gegenseitigen Wertschätzung und Unterstützung gekommen, wobei das Miteinander zum Wohle der PatientInnen überwiegt.

Referenzen:

- 1 SHANG A. et al., *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy*, Lancet (2005); 366: 726-732
- 2 FRASS M. et al., *Bias in the trial and reporting of trials of homeopathy: a fundamental breakdown in peer review and standards?*, J Altern Complement Med (2005); 11: 780-782
- 3 SPITZY K. H., *Homöopathie: Arzneimittel- oder Placebothherapie*, Zentrale Fortbildungstagung der Österreichischen Apothekerkammer, Salzburg, 10. – 11. November 1990
- 4 MASTRANGELO D., *Cosimo Loré. The growth of a lie and the end of "conventional" medicine*, Med Sci Monit (2005); 11: SR27-31
- 5 HAHNEMANN S., *Organon*, Haug Verlag, Heidelberg (6. Auflage 1921)
- 6 MUCHITSCH I., HEINRICH M., *Thermolumineszenz als Beweis der Wirkung der Homöopathie. Das Gedächtnis des Wassers*, Österreichische Apothekerzeitung (2004); 58: 314-316
- 7 REY L., *Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium chloride and sodium chloride*, Physica A (2003); 323: 67-74
- 8 SAMAL S., GECKELER K. E., *Unexpected solute aggregation in water on dilution*, Chem Commun (2001); 2224-2225
- 9 JACOBS J. et al., *Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: A randomized clinical trial in Nicaragua*, Pediatrics (1994); 93: 719-725
- 10 REILLY D. T. et al., *Is evidence for homeopathy reproducible?*, Lancet (1994); 344: 1601-1606
- 11 LINDE K. et al., *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials*, Lancet (1997); 350: 834-843
- 12 HEINRICH M., *Der Homöopathie-Streit: nächste Runde*, Österreichische Apothekerzeitung (2005); 59: 922-927
- 13 FRASS M. et al., *Influence of potassium dichromate on tracheal secretions in critically ill patients*, Chest (2005); 127: 936-941
- 14 FRASS M. et al., *Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in an intensive care unit*, Homeopathy (2005); 94: 75-80
- 15 HRÓBARTSSON A., GOTZSCHE P. C., *Is the Placebo powerless? An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment*, N Engl J Med (2001); 344: 1594-1602

Univ.-Prof. Dr. Michael FRASS,
 Dr. Beatrix WULKERSDORFER, Dr. Helmut FRIEHS
 Leiter der Spezialambulanz: Homöopathie
 bei malignen Erkrankungen
 Klinische Abteilung für Onkologie Klinik für
 Innere Medizin I
 Allgemeines Krankenhaus Wien, Währinger
 Gürtel 18-20, A-1090 Wien
 Michael.Frass@meduniwien.ac.at

Contra Homöopathie

Gerhart HITZENBERGER

Es ist unbestritten, dass heute immer mehr Patienten nach alternativen Behandlungen ihrer Erkrankungen suchen. Unter diesen nimmt die Homöopathie eine besondere Stelle ein. Es soll an dieser Stelle nicht ausführlich auf die Bedenken der klassischen Pharmakologie eingegangen werden, wonach eine Wirksamkeit homöopathischer Zubereitungen, sei es im klassischen HAHNEMANN'schen Sinn, sei es als Fertigarzneimittel, in Folge der hochgradigen Verdünnung wirksamer Substanzen ein Effekt vollkommen ausgeschlossen erscheint. Eine Arzneimittelwirkung sollte ja pharmakologisch abgesichert, d. h. ihr Mechanismus nachvollziehbar zu erklären sein und damit – zumindest weitgehend – Allgemeingültigkeit beanspruchen können. Demgegenüber beruht die Homöopathie auch in ihrer klassischen individualisierten Form auf „Erfahrungswerten“ und nicht auf naturwissenschaftlichen Fundamenten. Aber wesentlicher erscheint mir, die Frage zu beantworten, *ob* die Homöopathie überhaupt einen Effekt hat. Immerhin muss zugegeben werden, dass diese Behandlungsmethode mehr als zwei Jahrhunderte überlebt hat und genauso populär geblieben ist, wie bei ihrer Einführung. Natürlich ist, wie E. ERNST¹ bemerkt, Popularität ein schwacher Ersatz für Wirksamkeit, aber selbst der zynischste Skeptiker muss zugeben, dass viele Patienten aus der Homöopathie substanziellen Nutzen ziehen.

Die Frage ist, ob dieser Nutzen denjenigen von Placebo übersteigt. Um eine Antwort auf sie zu finden, ist es notwendig, nach kontrollierten klinischen Studien zu suchen: Mehr als 200 dieser Studien wurden bis dato publiziert.

Zwei dieser Studien hat der Autor dieser Zeilen in der Indikation „Hypertonie“ selbst durchgeführt: Die erste bereits im Jahre 1982 gemeinsam mit dem damaligen führenden Homöopathen Österreichs M. DORCSI.² Damals

wurden in einer randomisierten doppelblind (genau genommen eher vierfachblind) angeordneten cross-over Studie die Möglichkeiten einer antihypertensiven Pharmakotherapie mit denen der klassischen (individuell angepassten) Homöopathie (allerdings nur bei 10 Patienten mit essentieller Hypertonie) verglichen. Dabei ergab sich, dass 1. die blutdrucksenkende Wirkung der Pharmakotherapie derjenigen der homöopathischen Behandlung deutlich überlegen war, deren Blutdruckwirkung nicht gesichert werden konnte, 2. die subjektiven Beschwerden der Patienten unter Pharmakotherapie nicht günstiger beeinflusst wurden als unter der homöopathischen Behandlung, 3. das cross-over Design wegen der langen Versuchsdauer und nicht auszuschließenden Nachwirkung von einer Behandlungsphase über die dazwischen geschaltete Placeboperiode in die andere weniger günstig erschien als das Arbeiten mit Parallelgruppen, was allerdings einen viel größeren Aufwand erfordert hätte. In einer zweiten Studie³ wurde ein homöopathisches Fertigarzneimittel auf den Blutdruck von Hypertonikern randomisiert kontrolliert gegen Placebo in einer Parallelgruppen-Vergleichsstudie untersucht. Das Ergebnis war ernüchternd: Das geprüfte homöopathische Arzneimittel unterschied sich über sechs Wochen getestet in seiner Wirkung weder auf den systolischen noch auf den diastolischen Blutdruck signifikant von Placebo. Zuzugeben ist, dass diese Studie nicht repräsentativ für die ganze Homöopathie ist, da die Verwendung homöopathischer Fertigarzneimittel von der klassischen Homöopathie abgelehnt wird.

Wenn die eigenen Untersuchungen auch nur in der Indikation „Hypertonie“ durchgeführt worden waren, so könnte es doch sein, dass homöopathische Methoden bei anderen Indikationen hilfreich sein könnten. Wie steht

es nun damit? Im Vorjahr erschien im Lancet⁴ eine Metaanalyse zur Frage, ob die klinischen Wirkungen der Homöopathie Placeboeffekte seien. Diese Metaanalyse, welche die Ergebnisse von 110 homöopathischen Studien mit 110 Studien mit konventionellen Methoden untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass die Effekte der Homöopathie Placebowirkungen gleichen. Diese Studie wurde sofort von Vertretern der Homöopathie aufs Schärfste bekämpft. Vor allem wurde bemängelt, dass die Auswahl der ausgewerteten Studien willkürlich gewesen sei und dass nicht angegeben wurde, welche Indikationen mit welchen Methoden behandelt worden waren. Die interessantesten Einwände finden sich als „correspondence“ wiederum im Lancet.⁵ In derselben Ausgabe antworten allerdings die Autoren auf diese Einwände. Sie erklären hier ihre Methode nochmals genauer: Erstens verweisen sie auf die schon im Originalbericht erfolgten Hinweise auf „webappendices 1 und 2“ und geben eine Internetadresse (<http://www.ispm.ch/downloads/>) an. Auf dieser Webseite findet man

1. eine Liste der aus der Analyse ausgeschlossenen Studien und die Gründe dafür;
2. Details der Charakteristika für die Homöopathiestudien und Resultate von 110 placebo-kontrollierten Studien;
3. wie 2., allerdings für die Allopathiestudien.

Mit dieser Webseite werden die oben erwähnten Einwände nach Meinung des Autors dieser Zeilen weitgehend entkräftet. Die in der Wiener Medizinischen Wochenschrift¹ publizierten Arbeiten entkräften die Bedenken gegen die Homöopathie jedoch nicht. Weder die „Entwicklung einer klinischen Integration und wissenschaftlichen Zusammenarbeit im Rahmen eines großen akademischen Medizinenzentrums in London“ (ein späteres Ergebnis könnte vielleicht interessant werden), noch die Reglementierung der Potenzen durch die Europäische Gesetzgebung, noch die „statistisch nicht nachweisbare Wirksamkeit von Arnika“ bei stumpfen Traumata, noch die „Fallstudie bei Patienten in einer Notfallauf-

nahmestation“ dokumentieren eine gesicherte Überlegenheit gegenüber Placebo.

Homöopathie – doch ein Placebo?

Nach heutigem Stand der Wissenschaft muss also angenommen werden, dass sich die Effekte der Homöopathie nicht von denen bei Verabreichung von Placebo unterscheiden. Dann ergibt sich allerdings nur die Frage, wieso so viele Patienten auf eine homöopathische Therapie positiv reagieren. Die Antwort könnte lauten: „Es gibt auch positive Ergebnisse bei Verabreichung von Placebo; viele Patienten profitieren von der Tatsache, dass in der Schulmedizin häufig Medikamente verschrieben werden, die in Einzelfällen nicht indiziert sind oder/und Nebenwirkungen hervorrufen; der Homöopath setzt sie ab. Er nimmt sich erheblich mehr Zeit für die Aussprache mit seinen Patienten, was beinhaltet, dass er nach sehr viel mehr Details fragt; der Patient fühlt sich individuell besser aufgehoben und spürt mehr Mitgefühl des Arztes. Und: Homöopathen sind im Umgang mit ihren Patienten und deren Leiden erfahrene Ärzte.“

Referenzen:

- 1 ERNST E., *Homeopathy Editorial*, Wt Med Wschr (2005); 155: 473
- 2 HITZENBERGER G. A. et al., *Kontrollierte randomisierte doppelblinde Studie zum Vergleich einer Behandlung von Patienten mit essentieller Hypertonie mit homöopathischen und pharmakologisch wirksamen Medikamenten*, Wt Klin Wschr (1982); 94: 665-670
- 3 HITZENBERGER G., REHAK P. H., *Zur Wirkung eines homöopathischen Fertigarzneimittels auf den Blutdruck von Hypertonikern. Eine randomisierte doppelblinde kontrollierte Parallelgruppen-Vergleichsstudie*, Wt Med Wschr (2005); 155: 392-396
- 4 SHANG A. et al., *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy*, Lancet (2005); 366: 726-732
- 5 *Correspondence*, Lancet (2005); 366: 2081-2086

Univ.-Prof. Dr. Gerhart HITZENBERGER
Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Pharmakologie
Kinderspitalgasse 10/15-17, A-1090 Wien
office@klinischepharmakologie.at

**Bundesgesetz über Patientenverfügungen
(Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG)**

BGBI. I Nr. 55/2006; Gesetzesnummer: 20004723

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Anwendungsbereich

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.

(2) Eine Patientenverfügung kann verbindlich oder für die Ermittlung des Patientenwillens beachtlich sein.

Begriffe

§ 2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist.

(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person

§ 3. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Der Patient muss bei Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein.

2. Abschnitt: Verbindliche Patientenverfügung

Inhalt

§ 4. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind,

konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.

Aufklärung

§ 5. Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.

Errichtung

§ 6. (1) Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e Kranken- und Kuranstaltengesetz, BGBI. Nr. 1/1957) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist.

(2) Der Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter der Patientenvertretungen hat die Vornahme dieser Belehrung in der

Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.

Erneuerung

§ 7. (1) Eine Patientenverfügung verliert nach Ablauf von fünf Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden; damit beginnt die Frist von fünf Jahren neu zu laufen.

(2) Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert werden. Dabei sind die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung entsprechend anzuwenden. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die in Abs. 1 genannte Frist für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen.

(3) Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.

3. Abschnitt: Beachtliche Patientenverfügung

Voraussetzungen

§ 8. Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich.

Beachtung der Patientenverfügung

§ 9. Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie

konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt.

4. Abschnitt: Gemeinsame Bestimmungen

Unwirksamkeit

§ 10. (1) Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn

1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde,
2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder
3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.

(2) Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

Sonstige Inhalte

§ 11. Der Wirksamkeit einer Patientenverfügung steht es nicht entgegen, dass darin weitere Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontakts zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person, enthalten sind.

Notfälle

§ 12. Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der

mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.

Pflichten des Patienten

§ 13. Der Patient kann durch eine Patientenverfügung die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken.

Dokumentation

§ 14. (1) Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.

(2) Stellt ein Arzt im Zuge der Aufklärung nach § 5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.

Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch

§ 15. Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht

ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25 000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 50 000 Euro, zu bestrafen.

5. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Personenbezogene Bezeichnungen

§ 16. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Verweisungen

§ 17. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

In-Kraft-Treten

§ 18. Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Monat seiner Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft. Patientenverfügungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits errichtet sind, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

Vollziehung

§ 19. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz betraut.

Forschung: Doch keine embryonalen Stammzellen ohne Embryo-Tötung

Wieder wurde eine Stammzellen-Sensation als Falschmeldung entlarvt: Ende August verkündete Nature in einer Pressemeldung, dass es Wissenschaftlern um Robert LANZA von der US-Firma „Advanced Cell Technology“ in Worcester im US-Bundesstaat Massachusetts nach eigenen Angaben erstmals gelungen sei, menschliche embryonale Stammzellen ohne Töten des Embryos zu gewinnen. Einen Tag nach Veröffentlichung ruderte das Wissenschaftsmagazin zurück und gab bekannt, dass der Pressestelle ein Fehler unterlaufen sei. Die Forscher um LANZA hatten vorgegeben, eine ethisch saubere Lösung gefunden zu haben, um embryonale Stammzellen zu gewinnen. Sie erweckten den Eindruck, 16 menschlichen Embryonen je nur eine Zelle, eine so genannte Blastomere, entnommen und aus diesem Vorrat am Ende zwei Stammzelllinien gewonnen zu haben. Tatsächlich seien den Embryonen jedoch mehrere Blastomeren entnommen worden. Die hat sich kurz danach als Falschmeldung entpuppt. Letztendlich wurden aus 91 Blastomeren zwei Stammzelllinien abgeleitet, wobei die Embryonen dabei offensichtlich völlig in Blastomeren zerlegt worden sind. Die Studie zeige zwar, dass sich menschliche embryonale Stammzellen aus einzelnen Zellen früher Embryonen gewinnen ließen, aber die in diesen Experimenten verwendeten Embryonen seien nicht, wie zuvor berichtet, intakt geblieben, sondern getötet worden, erläuterte das Journal. Der vorherige Schluss sei aufgrund eines Missverständnisses entstanden, hieß es in einer Erklärung des Fachblatts. Die nun von Nature getätigte Klarstellung sorgte in den Medien und unter Forschern für erheblichen Unmut, weil sich bereits in der Vergangenheit alle Studien des südkoreanischen Klonforschers Woo Suk HWANG zu embryonalen Stammzellen als Fälschungen erwiesen haben und dieser Forschungszweig in massiven Misskredit gebracht wurde. Diesmal war die Studie als solche zwar nicht gefälscht, jedoch wurde abermals

eine Sensation verbreitet, die sich im Nachhinein als falsch herausstellte.

Nature, 23. August 2006
Spiegel online 25. August 2006
FTD, 29. August 2006

Stammzellenforschung: weitere Quelle moralisch unbedenklicher Stammzellen

Eine weitere viel versprechende Methode, embryonale Stammzellen zu erzeugen, ohne Embryonen zu zerstören, wird an der Michiganer Staatsuniversität studiert. In den *Proceedings der Nationalen Akademie der Wissenschaften* gab Professor José CIBELLI bekannt, dass er mit seinem Team 66 Gene identifizieren konnte, die allem Anschein nach dafür verantwortlich sind, eine erwachsene Zelle im Klonprozess zu reprogrammieren.

Wenn eine adulte Zelle mit einer Eizelle verschmolzen wird, schafft es die Eizelle, jene Gene zu deaktivieren, welche sie als bestimmte Gewebeart spezifizieren. Dann aktiviert sie jene Gene, die die Zelle in einen Embryo verwandeln. Ziel von CIBELLIS Forschung ist es einen Weg zu finden, Stammzellen zu schaffen, indem er diese Gene in ausdifferenzierte Zellen einbringt. Damit wäre es unnötig, Eizellen für den Klonprozess zu verwenden oder Embryonen zu zerstören. Der Biotechnologe arbeitete zuvor an der Seite von Robert LANZA mit der umstrittenen Gesellschaft „Advanced Cell Technology“ zusammen, verließ sie aber vor mehreren Jahren um an der Michigan State University zu arbeiten.

Lansing State Journal, 7. September 2006
Science Daily, 6. September 2006

Lifestyle: Folgebehandlungen nach Schönheitschirurgie künftig aus eigener Tasche?

Die Nachbehandlung von selbst verschuldeten Erkrankungen, zum Beispiel nach Schönheitsoperatio-

nen, Piercings oder Tätowierungen, müssen in Deutschland in Zukunft vermehrt aus eigener Tasche bezahlt werden. Ein Eckpunkt der geplanten Gesundheitsreform 2006 besagt, dass die Krankenkassen die Folgekosten von derartigen Eingriffen – etwa bei Komplikationen – nicht mehr übernehmen sollen. Das neue Gesetz wird von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW) prinzipiell begrüßt. Erst kürzlich haben Mediziner vor den Schäden durch Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen gewarnt. Die Folgeschäden reichten von der schmerzhaften Abkapselung eines Brustimplantats, über Entzündungen der Zunge durch ein Piercing bis hin zu Todesfällen beim Fettabsaugen. Die vom Gesundheitsministerium in Berlin geschätzten Kosteneinsparungen für die Krankenkassen von 50 Millionen Euro sind aus Sicht von Peter VOGT, Direktor der Abteilung für Plastische Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover viel zu niedrig gegriffen. Mehr als eine Million Schönheitsoperationen führen allein die Fachabteilungen der deutschen Kliniken pro Jahr durch, die Zahl hat sich binnen zehn Jahren annähernd verzehnfacht. Aber „ein Mehrfaches“ an Operationen werde laut VOGT von Ärzten ohne spezielle Facharzt-ausbildung vorgenommen, meist in Privatkliniken oder gar nur mit Gewerbeschein in Studios für Piercing und Tattoos. An der MHH sind inzwischen 80 Prozent aller plastischen Eingriffe im Bereich der weiblichen Brust Wiederholungseingriffe, weil Implantate ersetzt oder entfernt werden müssen – manchmal zehn oder 20 Jahre nach der Erstbehandlung. Das Problem der Mediziner: Zuverlässige Gesamtzahlen über Komplikationen gibt es praktisch nicht. Die Krankenkassen könnten aus ihren Akten nicht wirklich herausfiltern, welche medizinischen Eingriffe manchmal erst Jahre nach der Ursprungsoperation notwendig geworden sind.

Pressemitteilung Informationsdienst Wissenschaft, 11. August 2006

Lifestyle: Computerspielen kann süchtig machen

Aktuellen Studien zufolge nutzt jeder zehnte Internetnutzer, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen, exzessiv Computerspiele. Forscher sprechen von einer Sucht. Diese nicht stoffliche Sucht habe ähnliche Symptome wie stoffliche Süchte, sagte die Leiterin der interdisziplinären Suchtforschungsgruppe der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Sabine GRÜSSER-SINOPOLI am Rande des 7. Interdisziplinären Kongresses für Suchtmedizin in München (Juli 2006). Im Labor wurde zudem in einem Experiment nachgewiesen, dass der Anblick von Computerspielen bei süchtigen Spielern im Gehirn dieselben Mechanismen auslöse wie Alkoholikern der Anblick von Alkohol.

Als Folge wiederholter Belohnungsreize entstehe ein so genanntes Suchtdenken. Dies sei nach Ergebnissen einer Befragung von über 7.000 Personen bei mehr als jedem zehnten Computerspieler der Fall. Die Forscher verglichen nun die Hirnaktivität von „normalen“ mit jener von „exzessiven“ Computerspielern. Als exzessiv wurde eingestuft, wer mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllte: unstillbares Verlangen, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Vernachlässigung anderer Interessen, Kontrollverlust sowie anhaltendes Spielen trotz schädlicher Folgen.

Ob die Zahl der computerspielsüchtigen Kinder und Jugendlichen gestiegen sei, könne wissenschaftlich nicht belegt werden, da es keine früheren vergleichbaren Studien gebe. Allerdings sei mit dem zunehmenden Einzug der Computer in den Alltag davon auszugehen. GRÜSSER-SINOPOLI nimmt jedoch an, dass es in zehn Jahren eine „ganz andere Generation von Suchtpatienten“ geben wird.

Die Medizinische Welt (2006); 57(3): 107-111

Stern-online, 14. Juli 2006

Stress: Kinder von Alleinerziehenden und Migranten bewältigen Stress schlechter

Die große Mehrheit der Jugendlichen kann mit Stress angemessen umgehen.

Kinder aus Ein-Eltern- und Migrantenfamilien haben es dagegen deutlich schwerer. Zu diesem Ergebnis kommt eine vom Psychologischen Institut der Johannes Gutenberg-Universität Mainz durchgeführte Studie. Dabei wurde die Stressbelastung von deutschen Jugendlichen untersucht und mit Daten anderer Länder verglichen. Rund 9.800 Jugendliche aus 18 Ländern waren zum Thema befragt worden.

Das Resultat: Jugendliche, die mit beiden Eltern zusammenleben, berichten über weniger Schulstress, aber auch weniger Elternstress als Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien. „In allen Kulturen zeigte sich, dass Kinder von Alleinerziehenden mehr Stress haben und ihn schlechter bewältigen können“, so Studienleiterin Inge SEIFFGE-KRENKE. Auch Kinder aus Migrantenfamilien weisen extrem hohe Stresswerte auf und haben sehr schlechte Bewältigungsstrategien. Die Betroffenen bräuchten nach Auffassung der Psychologin sachkundige Unterstützung. Auch Lehrern müsse geholfen werden, die zunehmend unter der zusätzlichen Last durch erzieherische Aufgaben und anderen belastenden Faktoren litten.

journalMed, 26. Juni 2006

AIDS: HIV-Medikamente können Ausbreitung des Virus verhindern

Bei der Welt-AIDS-Konferenz in Toronto vom 13. – 18. August 2006 mahnte angesichts der weltweit 40 Millionen Infizierten und der erschreckenden Verbreitung in Entwicklungsländern das Kinderhilfswerk *Terre des hommes* eine stärkere soziale Komponente im Kampf gegen die Krankheit an. Eine Eindämmung der AIDS-Pandemie sei nur möglich, wenn sich die Maßnahmen an den Lebensumständen der Menschen orientierten, erklärte Sprecherin Christa DAMMERMANN. „Wir haben es nicht nur mit einer Immunschwäche im medizinischen, sondern vor allem auch im sozialen Sinn zu tun. Sie bildet den eigentlichen Nährboden für die Ausbreitung des Virus.“ Bereits heute haben zwölf Millionen Kinder ihre Mutter, ihren Vater oder beide Eltern durch die Immunkrankheit verloren. Häufig

müssten die Kinder ihre kranken Eltern allein bis zum Tode pflegen. UNICEF forderte, mehr Geld gezielt für von AIDS betroffene Kinder einzusetzen. Die Immunschwäche AIDS kann nie geheilt, durch Medikamente aber unter Kontrolle gebracht werden. Eine HIV-Therapie hat auch einen präventiven Effekt: Wenn eine Person gut wirksame HIV-Medikamente einnimmt, dann ist sie nach heutiger Auffassung praktisch nicht mehr ansteckend. Diese Wirkung ist so gut, dass bisher weltweit noch immer keine einzige Übertragung von einer gut behandelten Person auf einen Partner berichtet wurde. Daraus leitete Julio MONTANA, der zukünftige Präsident der internationalen AIDS-Gesellschaft eine Idee ab: Wenn weltweit alle HIV-Infizierten mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden könnten, würde das HI-Virus binnen wenigen Jahrzehnten verschwinden. Die Kosten dieser Maßnahme, die MONTANA auf jährlich 15 Milliarden Dollar veranschlagt, scheinen immens. Diese würden jedoch jährlich abnehmen, ab 2020 wären sie niedriger als die Kosten, die es derzeit braucht, um 30% infizierte Menschen zu behandeln.

NZZ, 23. August 2006

Terre des hommes, 16. August 2006

Abtreibung: Amnesty will Abtreibung als Menschenrecht

Amnesty International diskutiert derzeit, ob in künftigen Kampagnen eine Legalisierung von Abtreibung vorangetrieben werden soll. Irene KAHN, die seit 2001 als erste Frau, Asiatin und Muslimin an der Spitze der Menschenrechtsorganisation steht, befürwortet einen solchen Schritt. In einem Interview mit der Schweizer „Weltwoche“ meint die AI-Generalsekretärin wörtlich, dass es „gemäß der Menschenrechtsgesetzgebung kein Recht auf Leben für einen Fötus“ gebe. Im Jahr 2003 hatte AI einen Sechs-Jahres-Strategieplan verabschiedet. Er umfasst die Bereiche Diskriminierung, Gerechtigkeit, Fragen der Straflosigkeit, Folter, Todesstrafe, Schutz von Flüchtlingen sowie Rechte von Frauen und Mädchen. Unter dem letzten Themenbereich soll nun

auch das Recht auf Abtreibung unter dem Passus „Recht auf reproduktive Gesundheit“ gefordert werden. Abteilungen von AI in Kanada, Neuseeland und Großbritannien haben sich zuletzt dafür ausgesprochen. Innerhalb der Menschenrechtsorganisation stehen dieser ideologischen Kehrtwende Kritiker entgegen. Bisher hatte AI erklärt, Abtreibung sei im internationalen Recht nicht grundsätzlich verankert und nahm eine neutrale Position ein. Auch der Vatikan warnte AI vor einem Einsatz für die Abtreibung. Sollte die 1961 von einem katholischen Juristen gegründete Organisation Abtreibung als Menschenrecht definieren, würde sie die Unterstützung katholischer Aktivisten verlieren, betonte der Vorsitzende des Päpstlichen Rats für Gerechtigkeit und Frieden, Kardinal Renato Martino. Auf die Frage, ob Christen jetzt noch bei Amnesty International mitarbeiten können, sieht Österreichs „Lebensschutz“-Bischof Klaus KÜNG „dringenden Klärungsbedarf“. Bei einer Initiative „Menschenrecht auf Abtreibung“ könne ein Christ sicher nicht mitarbeiten, „ohne sich schwer schuldig zu machen“ Im Jahr 2007 will AI eine Entscheidung treffen. Die Organisation ist weltweit in 150 Ländern aktiv und zählt rund 1,8 Millionen Mitglieder und Unterstützer.

*Die Weltwoche 26/06
kath.net, 3. Juli 2006*

IVF: Werbung für Eizellen von US-Elite-Studentinnen

Kinderlose US-Paare mit Fruchtbarkeitsproblemen gaben im vergangenen Jahr 38 Millionen US-Dollar für Eizellenspenden aus. Ein großer Teil des Geldes floss auf Konten von Studentinnen: Experten schätzen, dass sie drei Viertel der Spenderinnen stellen, berichtete das Magazin Spiegel. In sechs US-College-Zeitungen, von Harvard bis Stanford, hat die kalifornische Eizellenspender-Agentur „A Perfect Match“ Anzeigen geschaltet. Das Angebot ist verlockend. Bis zu 50.000 Dollar zahlen unfruchtbare Paare auf der Suche nach dem maßgeschneiderten Baby. Der Campus ist ein günstiges Umfeld für den fragwürdigen Handel mit Eizellen.

Oft stecken Studentinnen wegen der hohen US-Studienkosten tief in Schulden. Das macht sie anfällig für die immer üppigeren Lockangebote. Vor 20 Jahren wurden 250 Dollar für eine Ovum-Spende bezahlt. Heute bieten einige Agenturen gar 25.000 bis 100.000 Dollar – Spitzenwerte für Elite-Studentinnen mit spezifischen Eigenschaften. Der Normalpreis liegt zwischen 5000 und 15.000 Dollar. Kritiker werfen der Agentur vor, dass ihre Suche nach intelligenten langbeinigen Blondinen einer Art Eugenik Vorschub leiste. Rabbi Moshe TENDLER, Professor für Bioethik an der Yeshiva-Universität in New York, zeigt sich vor allem darüber besorgt, dass Preise nach ethnischer Zugehörigkeit, Aussehen, Universitätsrang und Art des Studiums ausgehandelt werden. Die Zahlungen an die Eizellen-Spenderinnen werden als Dienstleistungen deklariert, „Aufwandsentschädigungen“ für die Unannehmlichkeiten der medizinischen Prozedur. Ein Trick zur Umgehung des US-Gesetzes, das den Verkauf von Körperteilen verbietet. Über die Nebenwirkungen einer Eizellen-Spende werden die Frauen kaum aufgeklärt. Kopfschmerzen und Krämpfe können auftreten, aber auch Infektionen sind möglich. Das gefährliche „Ovarielle Hyperstimulationssyndrom“ (OHHS) tritt in rund sechs Prozent aller Behandlungen auf. Erst Anfang August ist in London eine gesunde 33jährige Frau an den Folgen einer Eizellenspende gestorben.

Spiegel online, 4. September 2006

IVF: Großbritannien erlaubt Eizell-Spende gegen Geld

Britische Stammzellforscher haben erstmals die Erlaubnis erhalten, Frauen für Eizell-Spenden zu bezahlen. Die staatliche Aufsichtsbehörde für Fortpflanzungsmedizin und Embryologie (HFEA) habe einer Forschergruppe in Newcastle eine entsprechende Lizenz erteilt, berichtete das Deutsche Ärzteblatt. Zielgruppe seien laut den Wissenschaftlern Frauen, die sich die teuren Verfahren einer künstlichen Befruchtung nicht leisten können. Wenn sie Eizellen für die Forschung zur Verfügung stellten, könnte damit

im Gegenzug ihre Behandlung der Kinderlosigkeit finanziert werden, so die Forscher. Mit dem Beginn des Programms werde in einem Jahr gerechnet. Die staatliche Aufsichtsbehörde kündigte an, eine Expertenbefragung durchzuführen, um zu neuen, detaillierten Richtlinien im Umgang mit Eizell-Spenden zu kommen. Es müsse verhindert werden, dass Frauen unter Druck gerieten, Eizellen zu spenden oder gesundheitliche Risiken infolge von Hormonbehandlungen auf sich zu nehmen. Andererseits gebe es von Seiten der Forschung einen enormen Bedarf an „frischen menschlichen Eizellen, um wissenschaftliche Projekte durchzuführen“. Nature griff das brisante Thema auf und kritisierte, dass es von Seiten der Privatlinik wenig Interesse gäbe, die Risiken der massiven Hormonbehandlung eingehender zu erforschen. Im Editorial gehen sich die Nature-Herausgeber skeptisch gegenüber Ansichten des Bioethikers Insoo HYUN von der Case Western Reserve University, Ohio. HYUNs vertrat in derselben Nature-Ausgabe die Ansicht, dass örtliche Ethik-Kommissionen in der Festsetzung der Summen von Aufwandsentschädigung verantwortlich handeln würden. Frauen würden so nicht dazu verführt, durch Eizellen-Spenden Geld verdienen zu wollen. Frauenorganisationen und Mediziner kritisierten dagegen laut Deutschem Ärzteblatt die Entwicklung. Ein wachsender Druck auf Frauen sei unvermeidlich.

*Dt. Ärzteblatt, 28. Juli 2006
Nature, 10. August 2006*

IVF: Reproduktive Möglichkeiten schüren Wunsch nach Designer-Baby

Je höher Eltern gebildet sind, desto eher sind sie bereit, ihr Kind nach Wunschmerkmalen „designen“ zu lassen. Die geht aus einer jüngst präsentierten britischen Studie der University of East Anglia hervor. In der Untersuchung wurden 200 Befragungen durchgeführt, wobei festgestellt wurde, dass vor allem höher gebildete Eltern den IQ ihres Kindes verbessern würden. Die Studie zielte darauf ab, zu belegen, dass bestimmte soziale

Schichten ihr Kind mit bestimmten Eigenschaften vor der Geburt ausstatten würden, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Dabei ergaben sich einige Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Klassenunterschieden der Befragten. Besonders geneigt dazu, genetische Manipulationen durchzuführen, sind Frauen eher als Männer, Menschen, die älter als 50 Jahre sind und Frauen, die erst spät selbst Kinder bekommen. Weiters zeigt die Studie, dass es geschlechterspezifische

Unterschiede gibt, wenn es um die Einschätzung der Wichtigkeit von physischen, sozialen und intellektuellen Eigenschaften des Nachwuchses geht. Die meisten werdenden Eltern in Großbritannien würden, wenn sie die Möglichkeit hätten, psychische und physische Eigenschaften ihres Kindern verändern, meist um ihnen ein besseres Leben zu bieten. Der Wunsch, sein Kind eigens „zu designen“, komme hauptsächlich von dem Wunsch der werdenden Eltern, ein gesundes Kind zu haben, „wobei Gesundheit oft ver-

schiedene Bedeutungen hat“, sagt der Studienleiter und Sozialpsychologe Simon HAMPTON. Es herrsche Verwirrung darüber, ab wann eine Manipulation des Körpers, der Psyche oder des Charakters natürlich, legitim oder ethisch inakzeptabel sei. Abschließend verdeutlicht die Untersuchung, dass die meisten britischen Eltern Genmanipulation zu medizinischen Zwecken als akzeptabel erachten.

University of East Anglia, 5. September 2006

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch
13. Jahrgang, Heft 3, 2006
Wolfgang MAZAL: Editorial;
Beiträge:
Michaela WINDISCH-GRAETZ: Zur Frage
der Zulässigkeit von Rabatten für
Apotheker und hausapotheken-
führende Ärzte;
Gerhard AIGNER: Behandlungsschäden
durch Produktfehler – Beweisnotstand
des Patienten?.

13. Jahrgang, Heft 4, 2006
Wolfgang MAZAL: Editorial;
Beiträge:
Hannelore PILZ: Zur strafrechtlichen
Verantwortung von Krankenanstalten
nach dem neuen Unternehmensrecht;
Alexander HÖNEL, Nicolas PASCHAUER,
Wolfgang WESSLEY: Datenschutzrecht-
liche Fragestellungen im Zusammen-
hang mit klinischen Prüfungen;
Florian PERSCHLER, Wolfgang SCHOB-
ERBERGER: Reisetrombose: Haftung der
Fluglinie?.

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch
13. Jahrgang, Heft 2, 2006
Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RA-
SCHAUER: Editorial;
Beiträge:
Peter BUSSGÄNGER, Daniela LARCH:
Gemeinschaftsrecht, internationales
Umweltrecht und Verkehrsprojekte
(1. Teil);
Christine HARTL, Erika WAGNER: Zur neu-
en Wegekosten-Richtlinie (2. Teil);
Thomas RABL: Umweltinformationsge-
setz – Wer haftet für Falschankünfte
von Privaten?.

13. Jahrgang, Heft 3, 2006
Ferdinand KERSCHNER: Editorial;
Sonderbeilage:
Martina SCHLÖGL: Wie viel Ökostrom
braucht Österreich?;
Julia LÖWENSTEIN: IPPC-Regime für
Papier und Zellstofferzeugung: BREF-
Dokument und Anlagenabgrenzung;
Beiträge:
Erika WAGNER: Verkehrswertminderung
durch Mobilfunkanlagen;
Erika BUSSGÄNGER, Daniela LARCH:

Gemeinschaftsrecht, internationales
Umweltrecht und Verkehrsprojekte
(2. Teil);
Herbert WEGSCHEIDER: Umweltstraf-
recht neu gefasst.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
14. Jahrgang Heft 2, 2006
Leitartikel:
Thiess PETERSEN: Marx zur Gerech-
tigkeit;
Christof BAUMGARTNER: Übertreibung als
Methode. Zur Frage nach dem systema-
tischen Ort des ‚homo oeconomicus‘;
Klaus HIELANDT: Der philosophische
Grundgedanke bei Heidegger und die
Krise der Moderne;
Dieter WITSCHEN: Kasuistik in Kants
Ethik: Ein Hinweis auf ein nahezu
völlig vernachlässigtes Thema;
Béatrice BOWALD: Prostitutionsmigra-
tion. Ein unterbelichteter Aspekt der
Migrationsbewegungen.

HASTINGS CENTER REPORT

New York, USA.
Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 36 No. 3, 2006
From the Editor: In Praise of Reading
Carefully;
Another Voice: Jerome Amir SINGH:
The Vital Importance of Implementa-
tion Ethics;
In Practice: Patrick McDONALD: There’s
a Bug in Your Head;
At Law: Rebecca DRESSER: Pharmaceu-
tical Company Gifts: From Voluntary
Standards to Legal Demands;
Policy & Politics: Jeffrey P. KAHN: What
Happens When Politics Discovers
Bioethics?;
Essays: Leonard M. FLECK: The Costs
of Caring: Who Pays? Who Profits?
Who Panders?;
Dan W. BROCK: How much Is More
Life Worth?;
Peter J. COHEN: Medical Marijuana,
Compassionate Use, and Public Poli-
cy: Expert Opinion or Vox Populi?;
Stuart RENNIE, Frieda BEHETS: AIDS Care
and Treatment in Sub-Saharan Africa:
Implementation Ethics;
Lawrence VOGEL: Natural Law Juda-

ism? The Genesis of Bioethics in Hans
Jonas, Leo Strauss, and Leon Kass;
Reviews: Bruce JENNINGS: The Presi-
dent’s Council Calls for Prudence;
Carol LEVINE: The President’s Council
on Autonomy: Never Mind!;
Perspective: Julian SAVULESCU, Rho-
dri SAUNDERS: The “Hinxton Group”
Considers Transnational Stem Cell
Research.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 17, Heft 2, 2006
Editorial:
G. BOCKENHEIMER-LUCIUS: Informationen
aus der Redaktion;
Originalarbeiten:
U. H. J. KÖRTNER: Frailty – Medizin-
ethische Überlegungen zur Gebrech-
lichkeit des alten Menschen;
G. BOSSARD, N. DE STOUTZ, W. BÄR: Eine
gesetzliche Regulierung des Umgangs
mit Opiaten und Sedativa bei medizi-
nischen Entscheidungen am Lebensende?
– Methoden und Techniken;
L. HUBER: Patientenautonomie als nicht-
idealisierte „natürliche Autonomie“;
J. FISCHER: Güter, Tugenden, Pflichten
– Zum sittlichen Fundament der Medi-
zineethik;
H. W. MICHELMANN, C. WEWETZER,
U. KÖRNER: Pränazeptionelle Ge-
schlechtswahl – Medizinische, recht-
liche und ethische Aspekte;
Aktuelles:
D. BIRNBACHER: Zentrale Ethikkom-
mission der Bundesärztekammer
veröffentlicht Stellungnahme zum
Forschungsklonen mit dem Ziel the-
rapeutischer Anwendungen.
PERSONA Y BIOÉTICA
Universidad de la Sabana
Trimestrale Zeitschrift in Spanisch
Volume 9 No. 25, 2005
María Helena RESTREPO R.: Editorial;
María Helena RESTREPO R.: Cuidado pali-
ativo: una aproximación a los aspectos
éticos en el paciente con cáncer;
José Mauricio OCAMPO CH.: Evaluación
geriátrica multidimensional del an-
ciano en cuidados paliativos;
María del Carmen VALLEJO VALENZUELA:

- Rehabilitación y cuidado paliativo; Becky Malca SCHARF: Psicooncología: abordaje emocional en oncología; René LINARES GIRALDO: Educación en dolor y cuidados paliativos: reflexiones sobre un programa de entrenamiento formal en Colombia; Natalia LÓPEZ MORATALLA: Liberar la verdad científica; Martha Isabel COTES MESTRE: La despenalización del aborto en Colombia: una solución innecesaria; Catalina BERMÚDEZ MERIZALDE: Doctrina de la iglesia y despenalización del aborto: algunas reflexiones.
- ACTA MEDICA CATHOLICA HELVETICA
Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz
8. Jahrgang, Heft Nr. 1/2006 (Juli 2006)
O. JUNGO: UNO und Armut;
R. EHMANN: Les menaces multiples de la vie à naître;
Forschung am Menschen: Vernehmlassungstext der VKAS zu den Verordnungen von Verfassungs- und Gesetzesvorlagen;
Forschung an menschlichen Embryonen und Föten (Stellungnahme der NEK Nr. 11): Bericht und Kommentar VKAS;
O. JUNGO: Zur „Pille danach“;
O. JUNGO: Zur Erinnerung – das Unüberschreitbare überschreiten;
F. RIKLIN: Würdiges Sterben – Strafrechtliche Aspekte;
N. ZWICKY-AEBERHARD: Bericht über das SAMW/SGBE-Symposium vom 25. 11. 2005 „Wie weiter mit der Suizidhilfe?“;
Palliative Care: Vernehmlassungstext VKAS zu den SAMW-Richtlinien.
- MEDICINA E MORALE
Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2006/2
Editoriale: Il protocollo di Groningen;
M. CALIPARI: La proporzionalità delle cure negli scritti di Gerald A. Kelly, S. J.;
M. PENNACCHINI: L'approccio positivista alla filosofia della medicina: una review;
- S. GIARDINA, V. MELE: Biotechnologie e "somatopoiesi": inquietudini del corpo e dilemmi bioetici nella letteratura;
Z. SEREBRAVSKA, M. L. DI PIETRO: La sindrome da iperstimolazione ovarica: tra clinica ed etica.
2006/3
Editoriale: Universalità e pluralismo in bioetica e nel biodiritto;
F. D'AGOSTINO: Per una convivenza tra i popoli: pluralismo e tolleranza;
A. PESSINA: Le buone ragioni del soggettivismo etico e i suoi errori. Note su bioetica, relativismo e metafisica;
S. BELARDINELLI: Multiculturalismo, bioetica e cultura occidentale;
L. PALAZZANI: Bioetica e culture: imperialismo, relativismo o transculturalismo?;
G. DALLA TORRE: Pluralismo religioso, multiethnicità e biodiritto;
P. VENTURA-JUNCÁ: Universality and cultural diversity;
P. SGRECCIA: Legge di Hume e fallacia naturalistica: i dogmi del positivismo logico.

ÄRZTLICHE FREIHEIT UND BERUFSETHOS

Hans THOMAS (Hrsg.)
 Verlag J. H. Röll, Dettelbach 2005
 294 Seiten
 ISBN 3-89754-112-2

Viel ist derzeit die Rede von den neuen Herausforderungen, denen sich Ärzte und Gesundheitssysteme stellen müssen, geht es doch um die heikle Verbindung der „Heilkunst“ mit dem Gemeinwohl, des Rechts auf körperliches und seelisches Wohlergehen mit persönlicher Verantwortung sowie der wachsenden Verfügbarkeit der Heilmethoden mit der Beschränkung der Mittel zu deren Anwendung.

Daraus (um nur einige Aspekte zu nennen) erwächst allmählich ein System der Fremdbestimmung der Medizinberufe, die mit der berufsethisch begründeten ärztlichen Freiheit in Konkurrenz tritt.

Wer sich über die mannigfaltigen Ursachen für diese Entwicklungen ein Bild machen will, wird wohl die umfangreichen Publikationen in der jüngsten Geschichte des medizinischen und sozialen Fortschritts zu Rate ziehen müssen, um einzusehen, dass mit jedem Schritt nach vorne doch die Probleme der Umsetzung zunehmen. Wer es sich leichter machen will, der nehme statt dessen das vorliegende Buch zur Hand und lerne aus den Beiträgen von namhaften Vertretern der Medizin, des Rechts, der Philosophie und der Wirtschaft, dass man selbst in der Heterogenität der Fächer eine gemeinsame Ethik finden und überzeugend vermitteln kann.

Dem Herausgeber Hans THOMAS, der selbst einen wichtigen Beitrag zum Standesethos leistet, ist die Auswahl der Referenten zu danken, die aus der Medizin, Rechtswissenschaft, Soziologie und Bioethik kommen. Die Rolle der Politik umreißt Hans THOMAS in seinem Vorwort als bedrängend für das ärztliche Gewissen, zumal diese sich mit den Ärzten arrangieren müsse, vorausgesetzt, die Ärzteschaft steht als

Ganzes treu zu ihrem Berufsethos.

Der Rezensent muss – aus Platzgründen – der Versuchung widerstehen, alle Aspekte der Beiträge in jenem hohen Maße einzeln zu würdigen, wie er sie selbst bei der Lektüre gefunden hat. Dies hindert aber nicht, gleich den Artikel von Edmund D. PELLEGRINO (Washington, D. C.) speziell – als primus inter pares – herauszustellen, weil hier ein jung gebliebener Weiser (Jahrgang 1920) aus seinem Lebenswerk schöpft, welches in der Propagation einer tugendorientierten Moralphilosophie des Arztberufes besteht (so auch sein Thema in diesem Buch). Gründend auf der Nikomachischen Ethik (ARISTOTELES) entwickelt er eine teleologische Ethik, die moralische Akte auf der gesicherten Grundlage des Guten/der Tugenden ermöglicht. Die Ebenen des „Guten“ sind das rein medizinisch Gute, weiters das Gute, das der Patient selbst wahrnimmt, sowie das Gute im Sinne des „guten Lebens“ schlechthin (ARISTOTELES, THOMAS VON AQUIN). Hier spiele die Spiritualität (das metaphysische Selbstverständnis des Patienten) eine Rolle, die auch vom Arzt zu respektieren sei, der wieder seinem Berufsethos verpflichtet sei (Bekennnisakt). Dies verbindet das Arzttum mit der Justiz, dem Priestertum und dem Lehrberuf, welche ebenfalls mit menschlichen Notlagen (Bedürfnissen, Defiziten) zu tun haben, die – weitgehend frei von Eigeninteressen – einer versprochenen Tugendverpflichtung nachkommen.

J. D. HOPPE (Berlin, Pathologe, Ärztekammer) versteht seinen Beitrag als politisch: Der Arzt im Sozialstaat – selbstbestimmt? fremdbestimmt? Wird es standardisierte Therapien unter staatlicher Kontrolle geben?

A. LAUFS (Heidelberg, Medizinrechtler) sieht den Arzt gleichermaßen berufen, der naturwissenschaftlichen Erkenntnis, praktischen Erfahrung und Nächstenliebe gerecht zu werden. Dabei betont er den Vorrang der individuellen

Verantwortlichkeit dem Wohl des aktuellen Patienten gegenüber und warnt vor einem Über-Gehorsam in der Anwendung von fachlichen Regelwerken. Er ortet auch einen „lebensgefährlichen Trend“, der sich dem Schutz des Lebens und der Würde des Einzelnen am Anfang und Ende des Lebens widersetzt.

Nikolaus MATTHES (Heidelberg und John Hopkins, Maryland, Betreuer des internationalen Quality Indicator Project, QIP) kommentiert die Aspekte der Wirksamkeit (efficacy) ärztlichen Handelns nach deren Qualität, Fehleranfälligkeit und dem Kostendruck. Er plädiert für die Systemverbesserung, unter anderem durch strenges Befolgen von Richtlinien zur Fehlervermeidung. Seine Argumentation richtet sich nicht direkt an die Ärzte einer Institution, sondern vielmehr an jene, die hinter ihnen stehen (Hygiene, Verwaltung, Medikamentenbeschaffung etc.). Er bricht eine Lanze für „Charity Care“, die sich die Bewältigung der Ungleichheit der medizinischen Versorgung in den USA zum Ziel gesetzt hat.

Winfried KLUTH (Verfassungsrichter, Halle – Wittenberg) setzt sich mit der ärztlichen Berufs- und Gewissensfreiheit im Rahmen (oder unter dem Druck) eines ökonomisch gesteuerten Gesundheitswesens auseinander.

Christian HILLGRUBER (Bonn, Lehrstuhl für öffentliches Recht) behandelt die Fremdbestimmung des Arztes bei der „Exekution“ der Fristenlösung (etabliert) und Sterbehilfe (drohend), wobei der Bundesverfassungsgerichtshof die Antwort auf die Frage nach der „Letztverantwortung“ (die letztlich Selbstverantwortung ist) schuldig bleibt.

Hans THOMAS (Köln/Lindenthal-Institut, Mediziner und Bioethiker) greift den Faden von E. D. PELLEGRINO wieder auf und stellt die Unantastbarkeit („Heiligkeit“) des Lebens in den Mittelpunkt seines Referates. Diese sei eine allgemeingültige anthropologische und nicht irgendwie „religiös“-dominierte Angelegenheit.

Robert L. WALLEY (Anglo-Kanadier und Gründer von MaterCare International, MCI) stellt die Frage nach dem „Recht auf Gewis-

sen“ im Arztberuf und zeigt die verschiedenen Risiken und Benachteiligungen auf, die Ärzte weltweit in Kauf nehmen müssen, wenn sie sich opportunistischen, lebensverachtenden Gesetzen nicht anschließen können. Er hat mit MCI eine NGO mit großer Wirksamkeit gegründet, die für Frauen in Afrika seit 1995 eine unschätzbare Hilfe in deren vielfältigen gynäkologischen Problemen bietet.

John KEOWN (Washington, D. C., Jurist und Ethiker) gibt einen bemerkenswerten Bericht über das Tauziehen um die Sterbehilfe im Europarat, wobei der befürwortende Report des liberalen Schweizer Dick MARTY (2003 und 2005) letztlich mit klarer Mehrheit abgelehnt worden ist.

William B. HURLBUT (Stanford, Humanbiologe, Mitarbeiter des „The President’s Council on Bioethics“ in den USA) zeigt die Gefahren auf, die den Arzt zum Erfüllungsgehilfen von unreflektierter Forschung und politischen Ansinnen machen. Er plädiert für einen medizinischen Fortschritt unter Wahrung der ethischen Traditionen, der Achtung vor dem menschlichen Leben und der Würde personaler Existenz. So liege der vorrangige Auftrag des „Council“ darin, „grundlegende Untersuchungen anzustellen über die Bedeutsamkeit für den Menschen und für die Moral, wenn biomedizinische und Verhaltenswissenschaften entwickelt und angewendet werden“.

Die vielen Facetten dieser Beiträge ergänzen und bestärken einander auf das Vortrefflichste, sodass man nach der Lektüre einen Informationsvorsprung zu haben vermeint.

Bei der Frage, für wen dieses Buch besonders empfehlenswert sei, drängt sich die Gegenfrage auf, wer es meiden sollte. Das würden wohl die Fachidioten in Forschung, Finanz und Politik, die Ewig-Besserwisser in Sachen selbstgestrickter Moral und Berufsethiker von eigenen Gnaden sein – obschon alle diese bei allfälliger Lektüre des Buches anfangen könnten, ihre eigene Position zu überdenken.

F. KUMMER

DIE ANDERE MEDIZIN, HANDBUCH

Krista FEDERSPIEL und Vera HERBST, Schlussgutachter Prof. Edzard ERNST

Stiftung Warentest, Berlin 2005, in Zusammenarbeit mit dem Verein für Konsumenteninformation Österreich (5. Auflage)

333 Seiten

ISBN 3-902273-43-7 (Österr.)

Um dieses Buch zu charakterisieren: Es ist für Laien konzipiert und ein absolutes Novum in seiner Art. Darum soll es mit einem eigenen Zitat (S. 8) eingeführt werden:

Es handelt sich also um eine „... objektive Darstellung der Fakten über die Herkunft, das Konzept und die Ansprüche diverser Methoden der komplementären Medizin sowie die Überprüfung ihrer Konzepte auf Plausibilität. Den Aussagen der Befürworter dieser Verfahren stehen nicht die Äußerungen von ‚Gegnern‘ gegenüber, sondern die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung, wie sie in allgemein zugänglichen Fachveröffentlichungen nachzulesen sind.“

Diesen Grundsätzen ist das Verfassersteam seit 1992 und durch vier Auflagen (bis 1996) treu geblieben. Die nach 9 Jahren erfolgte Neuauflage bewältigt ebenfalls souverän den Spagat zwischen Esoterik und glaubhafter Methodenkritik – sine ira et studio –, maßgeblich unterstützt durch die Mitwirkung des Komplementärmedizinforschers Edzard ERNST (Essex) und seines immensen Datenmaterials.

Die hier besprochenen über 50 verschiedenen Heilmethoden reichen von A wie „Akupunktur“ bis Z wie „Zelltherapie“ und betreffen ca. 200 Indikationen von A wie „Abhängigkeit“ bis Z wie „Zahnschmerzen“. Die jeweilige Methode wird ausführlich besprochen (Tradition, Erfinder, theoretisches Konzept, Praxis der Durchführung, Erfolgsrate und Nebenwirkungen). Die Stiftung Warentest hat sich bei den für die einzelnen Methoden relevanten Lehrinstituten erkundigt und deren authentische Darstellung wiedergegeben. Daran schließt sich jeweils eine Informati-

on, wer zu dieser Behandlung berechtigt ist (Ausbildungskriterien). Weiters wird angegeben, welches die Anwendungsgebiete sind, ob es Belege über die Wirksamkeit gibt und woran diese bemessen wird. Es fehlen aber auch nicht Hinweise auf Risiken und unerwünschte Effekte, die übrigens fast bei allen Methoden vorkommen und allzu oft ignoriert (oder geleugnet) werden. Ferner wird penibel angeführt, ob Studien zur Objektivierung des therapeutischen Effektes gelaufen sind, wie gediegen diese einzustufen waren und was dabei herausgekommen ist (etwa nach Art des Vorgehens bei Evidence-based Medicine (EBM), aber bei weitem großzügiger!).

Schließlich wird der potentielle Nutzen dem Risiko gegenübergestellt und eine „Effizienz“ abgeleitet, gestuft in „geeignet“, „mit Einschränkung geeignet“, „wenig bzw. nicht geeignet“. Hier fehlt nach Ansicht des Rezensenten die Feststellung, dass die Entscheidung für eine Therapiemethode dann aber letztlich beim Patienten verbleibt (Autonomie), vorausgesetzt er/sie verfügt über ausreichende Information über die Effizienz der angestrebten Behandlung (informed consent).

Die Voraussetzungen sind allerdings nur dann gegeben, wenn Therapeuten und Patienten über verlässliche Quellen der Information verfügen – wie sie eben in diesem Buch in vorbildlicher, umfassender und gut fassbarer Weise dargelegt sind. Besonders hervorzuheben sind das ausführliche Schlagwortregister sowie die alphabetische Ordnung der gelisteten Verfahren, die den Indikationen gegenübergestellt werden (und umgekehrt). All dies hilft dem Leser, sich sehr rasch und unkompliziert zu orientieren.

Damit kann man diesem Buch (aus der Konsumentenberatung entstanden!) bescheinigen, dass man erst mit seinem Erscheinen seine Notwendigkeit erfasst, wie wenn es schon lange überfällig gewesen wäre!

Primär für Laien geschrieben, die sich über komplementäre Heilmethoden orientieren wollen. Doch Achtung, die Mediziner aller

Fachrichtungen werden sich um dieses Buch reißen, daher – keinesfalls herborgen! (Gegen Weiterschenken kein Einwand...)

F. KUMMER

MENSCHENWÜRDE UND MENSCHENRECHT. AUSGEWÄHLTE ARTIKEL

Johannes MESSNER

Verlag für Geschichte und Politik, Wien

2004

340 Seiten

ISBN 3-7028-0416-1

Die Wahrheit in der sittlichen und rechtlichen Welt des Menschen so darzustellen, wie sie dem modernen Menschen verständlich und annehmbar werden kann: Das bezeichnete Johannes MESSNER in seiner Rede anlässlich der Verleihung des Augustinus-Bea-Preises 1980 als seine Lebensaufgabe. Denn das Naturrecht sei das der Vernunft des Menschen eigene Wissen von Recht und Gerechtigkeit. Der Priester und Sozialwissenschaftler ist 1984 gestorben. Seine Werke wurden von der Johannes MESSNER-Gesellschaft, die nach seinem Tod in Wien gegründet worden ist, in mehreren Bänden gesammelt und neu aufgelegt. Der sechste Band umfasst unter dem Titel „Menschenwürde und Menschenrecht“ ausgewählte Artikel aus den Jahren 1954 bis 1981.

Die einzelnen Werke stehen teilweise in losem Zusammenhang und behandeln Themen wie das Naturrecht, die Begründung von Menschenwürde und Menschenrecht und soziologische Problematiken wie etwa die Leistungsgesellschaft. Andererseits finden sich Artikel zu ökonomischen Fragen, die damit in Zusammenhang stehen. Die Beiträge bieten naturgemäß keine allumfassenden Abhandlungen. Oft sind sie aus einem konkreten Anlass entstanden oder als Reaktion auf Aussagen anderer Wissenschaftler gedacht.

Insgesamt ergibt sich aber ein Bild, aus dem die wesentlichen Züge der Lehre Johannes

MESSNERS ersichtlich werden. Die wesentlichen Fragen, um die sein Leben und sein Lebenswerk kreisten, finden sich wieder. Dazu gehören natürlich jene Probleme, die in der Zeit seines Schaffens Wissenschaft und Politik, aber auch die Kirche bewegt haben. Etwa die soziale Frage, die im Mittelpunkt eines Beitrages über Lohngerechtigkeit steht.

Ein anderer Kernbereich, der ihn sein ganzes Leben hindurch begleitete und auch in diesem Band Niederschlag findet, ist die Auseinandersetzung mit den großen sozialen Ideologien des 19. und 20. Jahrhunderts, etwa mit dem Kommunismus. Dabei war er trotz der damaligen weltpolitischen Situation voller Zuversicht. So schließt er eine Abhandlung über „Moderne Soziologie und scholastisches Naturrecht“ folgendermaßen: „Die zur Erörterung stehende Dynamik des Naturgesetzes des Menschen wird vor dem Eisernen Vorhang nicht Halt machen. (...) Das menschliche Naturgesetz ist die Hoffnung des Westens. (...) Kein anderer Kontinent hat in einer Weise wie Europa das Naturrechtsbewusstsein selbst im Zusammenhang mit (...) immer neuen wissenschaftlichen Bemühungen entwickelt, nämlich bis zur Erkenntnis der Prinzipien der Menschenrechte, der Sozialrechte und des Völkerrechts. Wenn sich diese Prinzipien einmal der Erkenntnis erschlossen haben, begreift sie die menschliche Vernunft überall, bei allen Völkern und in allen Ländern, genauso wie das Prinzip der Dampfmaschine, wenn einmal erkannt, von der Vernunft überall erfasst wird.“ Dabei übersah er aber nicht, dass das vor allem eine große Verantwortung für Europa bedeutet.

Eines seiner Hauptanliegen – „eine neue Naturrechtsbegründung zu bieten, sowie zu zeigen, dass sich das scholastische Naturrecht heute vor dem Forum der Wissenschaft sehr wohl sehen lassen kann“ – durchzieht das ganze Buch. MESSNER möchte eine Begründung der Menschenwürde, die in der weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft allgemein akzeptiert werden kann, weil die Einbeziehung der

Gottesidee möglich, aber nicht unerlässlich ist. Er bezieht dann aber die christliche Offenbarung ein und vertieft zum Beispiel die Bedeutung der Gottesebenbildlichkeit.

Immer wieder kommt sein starkes Vertrauen in die menschliche Vernunft, „den normalen Hausverstand“ zum Vorschein. Er antwortet auf den Einwand, dass man zu wenig über die menschliche Natur wisse, um z.B. Genaues über die Gerechtigkeit als Voraussetzung menschlicher Lebenserfüllung sagen zu können: Schon ARISTOTELES wusste Wesentliches über die menschliche Natur zu sagen. „Auch in jeder Tageszeitung kann [man] alles Wesentliche über die menschliche Natur finden: über den Wunsch nach Frieden und über die übrigen seelischen und leiblichen Grundbedürfnisse, die Anlass sind zum lauten Ruf in aller Welt nach einer menschlicheren Gesellschaft.“

Im Bezug auf die Menschenrechte und Menschenwürde betont er: „Menschenrechte kann es in Wahrheit nur geben, wenn es ein Recht gibt, das nicht vom Staat gesetzt ist, und dem dieser selbst unterworfen ist.“ – „Ein auf der MARXschen Anthropologie beruhender Staat kann seinen Bürgern Menschenrechte verleihen, oder die sich zu einer säkularistischen Anthropologie bekennenden Bürger eines freiheitlichen Staates können sich auf Menschenrechte einigen; in beiden Fällen wären es nicht einem präpositiven Recht angehörende, angeborene Rechte, sondern Rechte, die auf Kündigung bestehen, bis Gruppen an die Herrschaft kommen, nach denen aus politischen oder ideologischen Gründen Macht vor Recht geht. Weil, wie die gegenwärtige Welt zeigt, diese Gefahr so groß ist, hängt für die Hoffnung auf eine menschlichere Zukunft nicht das Wenigste von der unnachgiebigen Besinnung auf die Gründe ab, die für die Menschenwürde und die Menschenrechte sprechen.“

Der vorliegende Band bietet einen Einblick in das Schaffen von Johannes MESSNER: in die Grundlegung der heutigen Naturrechtslehre, seine Begründung von Menschenwürde und Menschenrecht sowie sozialwissenschaftliche

Erkenntnisse, die – gespickt mit zahlreichen Zitaten angefangen bei großen Philosophen der Geschichte über Abraham LINCOLN bis hin zu wissenschaftlichen Größen seiner Zeit – seinen großen Geist verdeutlichen.

M. SCHÖRGHUBER

DIE WIEDERKEHR DES NATURRECHTS UND DIE NEUEVANGELISIERUNG EUROPAS

Rudolf WEILER (Hrsg.)

Oldenbourg Verlag, Wien 2005

303 Seiten

ISBN 3-7028-0427-7

Gewissermaßen (wenn auch zunächst nicht als solche intendiert) als Gedenkschrift für Papst JOHANNES PAUL II. (1920 – 2005) hat der emeritierte Professor für Ethik und Sozialwissenschaften an der kath.-theol. Fakultät der Universität Wien, der Theologe und Staatswissenschaftler Rudolf WEILER im Verlag für Geschichte und Politik/Oldenbourg einen Sammelband unter dem Titel „Die Wiederkehr des Naturrechts und die Neuevangelisierung Europas“ herausgebracht. Inhaltlich ist der Band aber doch v. a. dem geistigen Erbe und dem Naturrechtsdenken von Weilers großem Lehrer Johannes MESSNER (1891-1984) verpflichtet, was auch an der Liste der Autoren leicht zu erkennen ist. Neben WEILER sind nämlich auch der Jurist und langjährige Präsident des österreichischen Bundesrates Herbert SCHAMBECK sowie der Wiener Politologe Alfred KLOSE zu MESSNERS Schülerkreis zu rechnen, und auch der emeritierte Augsburgener Sozialethiker und Leiter der Kath. Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle Mönchengladbach Anton RAUSCHER SJ war mit MESSNER befreundet und fühlt sich seit je seinem Denken zutiefst verbunden. Gemeinsam mit Weiler und KLOSE ist auch RAUSCHER einer der Herausgeber der seit 2001 ebenfalls im Verlag Oldenbourg erscheinenden Johannes-MESSNER-Werkausgabe.

Titelgebend für den gesamten Band ist der erste Beitrag, den Rudolf WEILER dem Zusammenhang von Naturrecht und Neuevangelisierung widmet. Hier verdient v. a. WEILERS Hinweis auf seinen amerikanischen Namensvetter Joseph H. H. WEILER und dessen 2004 in deutscher Sprache erschienenes Buch „Ein christliches Europa. Erkundungsgänge“ Beachtung. Hier wird klar, dass Naturrechtsdenken, europäische Zivilisation und Christentum voneinander nicht zu trennen sind – was gerade auch für eine wie auch immer geartete „Neuevangelisierung“ von weitreichender Bedeutung ist. Wenngleich dieser Begriff im Pontifikat von Papst BENEDIKT XVI. auch nicht die gleiche Bedeutung wie in jenem seines Vorgängers zu haben scheint, so bleibt das, was damit gemeint ist, dennoch die vorrangige Aufgabe der Kirche im Europa des 21. Jahrhunderts – und daran lässt auch Papst BENEDIKT nicht den geringsten Zweifel. (Für einen kommenden Sammelband – oder sogar eine größere Untersuchung – wäre übrigens ein Beitrag über das mehr theologisch akzentuierte Naturrechtsverständnis bei Joseph RATZINGER von großem Interesse. Der jetzige Papst hat sich wiederholt auch zu dieser Frage geäußert.)

In einem Anhang zu seinem Beitrag erinnert sich Rudolf WEILER in sehr spannender Weise an Gespräche, die er mit Johannes Messner kurz vor dessen 90. Geburtstag über sein neues Verständnis des Naturrechts geführt hat.

Im nächsten Beitrag, aus der Feder des Dogmatikers und Wiener Nuntiaturssekretärs Rüdiger FEULNER, geht es, was zunächst nicht zu erwarten war, um ein patristisches Thema. FEULNER schreibt über „Die gnoseologisch-ontologische Begründung der Seinsordnung bei Clemens von Alexandrien“ und weist nach, dass sich der Gedanke einer *lex naturalis* auch schon bei den frühen Kirchenvätern findet. Der folgende Beitrag von Anton RAUSCHER beschäftigt sich mit der Bedeutung der kirchlichen Sozialverkündigung für die Neuevangelisierung und macht deutlich, dass gerade dieser Bereich heute vielleicht manchmal etwas vernachlässigt bzw. als Chance für die

Neuevangelisierung zu wenig genutzt wird.

Als nächster Beitrag wird dankenswerter Weise ein Artikel von Herbert SCHAMBECK über den Begriff der „Natur der Sache“ aus dem Jahr 1965 (!) wiederabgedruckt, der nicht nur nichts von seiner Aktualität verloren hat, sondern sich gerade wegen der („naturgemäßen“, ist man geneigt zu sagen) Unbeeinflusstheit von der Entwicklung seither als überaus sachliche und klare Einführung in einen heutigem Rechtsdenken fast fremd erscheinenden Begriff hervorragend eignet. Aber ohne eine klare Einsicht in die „Natur einer Sache“ wird sich auch kaum ein „naturgemäßes“ Recht entwickeln und begründen lassen.

Die folgenden Beiträge sind von großem historischen Interesse und haben jeweils einen aktuellen politischen Bezug: Der frühere Kölner Professor für Öffentliches Recht und Richter am Verfassungsgerichtshof Nordrhein-Westfalen Klaus STERN schreibt über den Schutz der Grundrechte in den Verfassungen Mitteleuropas, und die beiden Breslauer Juristen Boguslaw BANASZAK und Mariusz JABLONSKI stellen die Bedeutung des Naturrechts in der neuen polnischen Verfassung vom 2. April 1997 dar. Da dieser Beitrag einen hierzulande weniger bekannten Sachverhalt darstellt, ist er vielleicht der, wenn man so will, „interessanteste“ des ganzen Buches geworden. Wer beim Lesen einen ansprechenden „Starter“ braucht, möge daher mit diesem Aufsatz beginnen.

Zwei wiederum mehr grundlegend-philosophische Artikel – einer von Alfred KLOSE über „Menschenwürde als universales Ordnungsprinzip“ und einer vom Wiener Philosophen Norbert HARTL über „Person und Wahrheit“ – schließen den Band ab und kehren damit, jeder für sich, auch wieder zu zentralen Themen der ethischen Lehrverkündigung des großen Papstes JOHANNES PAUL II. zurück, mit der sich eingehender auseinandersetzen man durch das vorliegende Buch in vielfacher Weise angeregt wird.

T. FIGL

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 in alle Sprachen.

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

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

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

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

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

Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden.

Tabellen und Abbildungen sind an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität und mit klar

lesbarer Schrift (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit

Beispiel: MACKENZIE T. D. et al., Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation, *Lancet* (2002); 359: 1323-1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

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

Beispiel: RHONHEIMER M., Die Perspektive der Moral, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 78-79

HINWEISE

Publikationen des IMABE-Instituts

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) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

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

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

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

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005). ISBN: 3-85297-003-1

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, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin,

Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen,

Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich,

Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik,

Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen,

Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen,

Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 13 • Heft 4/2006

Schwerpunkt

Künstliche Ernährung und Therapiereduktion

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL.....	177
AUS AKTUELLEM ANLASS	
M. MEMMER	
„Patientenverfügungs-Gesetz am 1. Juni 2006 in Kraft getreten“	179
E. H. PRAT	
„Das Österreichische Patientenverfügungs-Gesetz aus ethischer Sicht“	183
IMABE-INSTITUT	
„Stellungnahme zur Entscheidung der EU über die Finanzierung embryonaler Stammzellenforschung“ ...	186
S. KUMMER	
„Gibt es ein Recht auf Unvollkommenheit?“	187
SCHWERPUNKT: Placebo	
K. LECHNER, M. MÜLLER	
„Placebo und Placeboeffekt“	189
W. KUMMER	
„Missbrauch physikalischer Begriffe in den sogenann- ten Alternativwissenschaften“	201
C. PILAR	
„Religionsäquivalente in der Medizin am Beispiel der Homöopathie“	213
N. AUNER	
„Placebogabe und ärztliches Ethos“	229
PRO & CONTRA	
F. KUMMER	
„Homöopathie und Allopathie im Vergleich – Eine Metaanalyse aus 110 Studienpaaren“	237
M. FRASS, B. WULKERSDORFER, H. FRIEHS	
„Pro Homöopathie“	240
G. HITZENBERGER	
„Contra Homöopathie“	243
DOKUMENTE	
„Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patienten- verfügungsgesetz – PatVG)“	247
NACHRICHTEN	250
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	254
BUCHBESPRECHUNGEN	256