

## Halbjahreskonferenz und Distriktversammlung 21. Januar 2011 in Bad Ragaz

### Empathie als bedeutungsvollstes Vermögen des Arztes

Viele werden sich fragen, wie mein Referat zu diesem Titel kam. Es wurde mir vom District Gouverneur Bruno Glaus die Aufgabe gestellt die Begriffe Vermögen, Empathie und Arzt in den Titel meines Referates einzubauen.

Da ich mich seit Jahrzehnten als Arzt und als Ausbilder mit dem Begriff der Empathie auch praktisch auseinandersetze, habe ich den Auftrag zu diesem Referat gerne angenommen.

Was bedeutet eigentlich Empathie? Empathie mit einem anderen Menschen bedeutet, sich in dessen Lage zu versetzen und mit ihm mitzufühlen, sich darüber klar zu werden, was der andere fühlt oder fühlen könnte sowie die eigenen Gefühle zu erkennen und angemessen zu reagieren. Ein Lebewesen ist mit einem anderen empathisch, wenn es sich mit diesem hinein fühlt und sich also vorstellt, es wäre das andere, beziehungsweise so fühlt, wahrnimmt und denkt, als wäre es das andere. Empathie ist gemäss dem Stufenmodell von Marc Horlitz nicht nur auf Menschen beschränkt; der Empathie sind auch in der Tierwelt nachgewiesen. Empathie bedeutet in einer modernen Übersetzung Einfühlung in Anlehnung an das bedeutungsähnliche Sympathie. Das griechische Empatheia bedeutete ursprünglich eine intensive Gefühlsregung. Die spätgriechische Bedeutung lautet jedoch „heftige Leidenschaft“. Der Begriff der Empathie wird im deutschen Sprachraum seit Ende der 1960er Jahre von Psychologen, Therapeuten, Seelsorgern, Ärzten, Linguisten und Soziologen verwendet. In der Psychoanalyse deckt sich der Begriff der Empathie mit dem Begriff *Einfühlungsvermögen*, *heftige Leidenschaft*, den bereits Sigmund Freud definiert hat. Besonders deutlich hat sein Schüler Theodor Lipps 1906 diesen Begriff bereits so definiert, dass er mit dem heutigen Begriff Empathie deckungsgleich ist. Er hat drei verschiedene Stufen der Empathie unterschieden.

- Die erste Ebene beinhaltet generelle Empathie, wenn die Form eines Objekts eine Aktivität hervorruft. Diese erste Stufe ist bereits auch in der Tierwelt nachgewiesen.

- Auf der zweiten Ebene vollzieht sich natürliche Empathie. Auf dieser ruft ein Objekt eine Aktivität hervor, die versucht, es in einen realen Kontext bzw. einen kausalen Zusammenhang einzuordnen. Auf dieser Ebene geschieht es, dass Objekte „vermenschlicht“ werden.
- Auf der dritten, der höchsten Ebene der Empathie, reagieren wir auf echten menschlichen Ausdruck wie Gesten, Gesichtsausdrücke und Stimmlagen.

Was passiert eigentlich phylogenetisch und in der Hirnforschung die Empathie? Der Zufall ermöglichte es einer italienischen Forschergruppe 1996 in eine neue Dimension vorzustoßen. An der Universität Parma studierte der Physiologie Professor Giacomo Rizzolatti an Schimpansen, wie zielgerichtete Handlungen geplant und ausgeführt werden. Die Gehirne der Tiere waren unter Narkose so extrem an einen Messfühler angeschlossen worden, dass diese im Wachzustand nicht schmerzten oder störten. Jedesmal wenn ein Affe nun nach einer Nuss griff wurde eine bestimmte Nervenzelle „ein Neuron, aktiviert, sandte ein bioelektrisches Signal aus und brachte das Messgerät zu knattern. Aus einer Laune heraus steckte einer der Forscher seine eigene Hand nach der Nuss aus und siehe da: das mit dem Affenhirn verbundene Gerät knatterte wie zuvor. Die Wissenschaftler glaubten zuerst an einen technischen Fehler, fanden aber heraus, dass alles mit den richtigen Dingen zugeht. Der Affe verhielt sich genauso, als versetze er sich in den Kopf des Menschen hinein: indem er die Bewegung des andern verfolgte, spiegelten seine eigenen Neuronen diese Handlung wider, als hätte er sie selber ausgeführt. Diese *Spiegelneurone*, wie sie jetzt heißen, wurden bald auch beim Menschen nachgewiesen. Diese Spiegelneuronen erkennen beim Beobachten anderer Menschen das Verhalten von Spiegelneuronen, das durch bestimmte Gefühle entsteht. Diese Verhaltensweisen reproduzieren, spiegeln sich; es entsteht also der gleiche Zustand bei einem selbst wie bei seinem Gegenüber). Hält man in Gesprächen mit anderen Menschen Augenkontakt, aktiviert die spiegelbildliche Mitaktivierung der entsprechenden Programme in einem selbst. Damit konnte das Phänomen der *Gefühlsübertragung* nach C.G. Jung wissenschaftlich begründet. Andererseits kann Empathie offenbar jederzeit aktiviert und dazugelernt werden. Beim Menschen, die in ihrer Kindheit wenig Zuwendung empfunden haben, sind die Spiegelneurone verkümmert, zu wenig aktiv. Das gilt auch für Menschen mit Autismus. Aber auch bei „kopflastigen Menschen“ ist die Funktion der Spiegelneuronen wie bei den Autisten

unzureichend. Dementsprechend werden diese als weniger empfindsam, egozentrisch und überheblich empfunden und wirken manchmal arrogant und abweisend. Aber auch Mäuse besitzen Einfühlungsvermögen, wenn sie schmerzgeplagte Artgenossen beobachten, reagieren sie ebenfalls sensibler auf Schmerzen wie ein kanadisches Forscherteam in *Science* publiziert nachweisen konnte. Dies galt allerdings nur dann, wenn die Mäuse zuvor mit den gepeinigten Tieren einen Käfig geteilt hatten. Der Schmerz fremder Artgenossen liess sie hingegen kalt. Eine amerikanische Forschergruppe konnte nachweisen, dass Mäuse aus einer bestimmten genetischen Linie, die das Experiment im Nachbarkäfig beobachteten, ebenfalls ängstlich wurden, wenn sie einen langen Ton hörten der mit einem leichten Stromschlag verbunden war. Die Nachbarkäfigstiere fürchteten sich fortan vor dem Ton. Bei diesen mitleidigen Mäusen handelte es sich um Verwandte besonders sozial aktiver Tiere. Die Forscher schlossen daraus, dass das Mitleid direkt eine genetische Ursache hat. Wir kennen dieses Verhalten auch speziell bei Menschen wie zwischen Mutter und Kind. Diese Fähigkeit ist ein Teil unseres evolutionären Erbes. So führte der Stauffen Kaiser Friederich der II vor 800 Jahren ein grausames Experiment durch: um herauszufinden welche Ursprache das Gehirn aus sich heraus entwickle, liess er zwei Kinder von Ammen aufziehen, denen er streng verbot mit den Kindern zu sprechen. Anders als der Kaiser vermutet hatte, begannen die Kinder nicht schon aramäisch zu sprechen, sondern blieben in ihrer gesamten Entwicklung zurück bis sie schliesslich starben. Eine ähnliche Geschichte erzählt uns Herodot: Hier haben die Kinder die in einem Geissenstall aufwuchsen, schlussendlich nicht wie erwartet griechisch gesprochen, sondern haben die Laute der Ziegen übernommen. Der Freiburger Neurobiologe Joachim Bauer betont, dass Angst, Spannung und Stress die Signalrate der Spiegelneuronen reduzieren und damit die Lern- und Arbeitsfähigkeit massiv reduzieren. Der Niederländer Frans de Waal deckte den Irrtum der lateinischen Sentenz „homo homini lupus“ auf. Man war der Auffassung, dass von Natur aus der Mensch und erst recht das Tier asoziale Bestien seien und nur durch sozialen Zwang im Zaum zu halten seien gemäss dem englischen Philosophen Thomas Hobbes im 17. Jahrhundert. Der in Atlanta lebende Verhaltensforscher hat verschiedene Beispiele aufgeführt:

- Rhesusaffen, die sich durch Ziehen an einer Kette Nahrung verschaffen konnten hörten damit auf, wenn dadurch einem Artgenossen einen Stromstoss versetzt wurde. Sie hungerten lieber als ihm Schmerz zuzufügen.

- Ein Schimpanse liess sich nicht durch Drohungen oder Strenge von einem Dach locken, wohl aber durch einen Appell an sein Mitgefühl. Wenn die ihm vertraute Forscherin schluchzte, eilte er sofort herbei. Er hat so sehr viele eindrückliche Beispiele aufgeführt.

Die menschliche Fähigkeit zu Empathie, zu sozialem und moralischen Verhalten ist dementsprechend ein Teil unseres evolutionären Erbes.

In der klinischen medizinischen Forschung war es vor allem S.W. Mercer und W. Reynolds 2002, welche die ärztliche Empathie als emotionales Element in der Arzt-Patient-Interaktion sahen.

To understand a patient's situation, perspective and feelings.

To communicate that understanding and check its accuracy.

To act on that understanding with the patient in helpful therapeutic way.

Operationalisiert wurde diese Definition ärztlicher Empathie in der Skala "**C**onsultation and **R**elational **E**mpathy (CARE)", welches die ärztliche Empathie aus der Perspektive des Patienten erfasst. Die Items der CARE Skala spielen verschiedene konkrete Verhaltensweisen ärztlicher Empathie wieder, wie sie im Gespräch und Kontakt mit den Patienten auftreten; Dazu gehören z.B.:

- Hat der Arzt sie ihre eigene Krankheitsgeschichte erzählen lassen? Hatten Sie die Zeit ihre Krankheit ausführlich zu beschreiben? Hat er sie dabei nicht unterbrochen oder abgelenkt?
- Hat der Arzt Ihnen wirklich zugehört? Hat er dem, was Sie gesagt haben, seine volle Aufmerksamkeit geschenkt und dabei nicht auf seine Unterlagen oder auf den Computer geschaut?

- Hat der Arzt Ihnen geholfen einen Weg zu finden mit ihrer Krankheit umzugehen? Hat er gemeinsam mit Ihnen erkundet, wie Sie selbst ihren Gesundheitszustand verbessern können? Hat er Sie ermutigt, anstatt Sie zu belehren?

Praktische Untersuchungen haben gezeigt, dass im Durchschnitt Ärzte ihre Patienten nach 60 Sekunden unterbrechen, weil sie glauben bereits zu wissen, worum es geht. Einmal unterbrochen bringen nur noch zwei Prozent aller Patienten ihre Schilderung zu Ende.

Untersuchungen haben andererseits gezeigt, dass wenn sich Ärzte empathisch zu ihren Patienten verhalten, das „patient enablement“ verbessert werden kann, die durch die ärztliche Behandlung und Kommunikation erzielte Befähigung des Patienten mit der aktuellen Krankheitssituation umgehen zu können. Dies gilt vor allem auch für onkologischen Patienten. Mit dieser Empathie konnte der emotionale Distress reduziert und die Lebensqualität erhöht werden. In eindrücklicher Weise konnte die Psychologin Melanie Neumann 2010 nachweisen, dass dieses Verhalten auch in der Rehabilitation von grosser Bedeutung ist. Untersuchte Ärzte haben klar formuliert, „dass sie einerseits die Bedeutung der Empathie in der Behandlung ihrer Rehabilitationspatienten verstanden und nachvollzogen, andererseits wurden verschiedene Barrieren genannt, die in der Arbeit und organisationalen Rahmenbedingungen am häufigsten vorkamen. Andererseits wurden der Zeitmangel und der Stress als die schlimmsten Empathiekiller formuliert, durch Fallpauschalen werden Patienten zu Fällen gemacht die individuelle Betreuung geht verloren.

Die Grundlage der ärztlichen Beratung hat als Voraussetzung die Echtheit und positive Wertschätzung des Patienten. Die Grundhaltung kann mit PERLS zusammengefasst werden:

- **Partnerschaft:** Ein aufgeklärter Patient, Förderung der Selbstverantwortung.
- **Empathie:** In den Patienten und in seine Situation sich einfühlen.
- **Respekt:** Den Patienten ernstnehmen in seinem Verhalten.
- **Legitimation:** Sein Bemühen zur Bewältigung der Situation anerkennen.
- **Support:** Unterstützung anbieten, informieren und anleiten.

Es werden, wie schon erwähnt, in der Gesprächstechnik viele Fehler gemacht. Der Arzt muss lernen verstehend zuzuhören, dem Patienten Zeit lassen für die Antworten, Pausen einschalten. Das aktive Zuhören kann mit offenen Fragen unterstützt werden, bestätigende Rückäusserungen, gezieltes Nachfragen aber vor allem auch das Zusammenfassen des Gesagten.

Der grosse kanadische Arzt und Humanist Sir William Osler (1849-1919) hat dies wiederholt als Ärzteausbildner in klaren Sätzen formuliert.

„The good physician treats the disease; the great physician treats the patient, who has the disease“.

« Every day do some reading or work apart from your profession. You will be a better man and not a worse practitioner for an avocation“.

So sagte Einstein: „Ein Physiker, der nur von Physik etwas versteht, versteht auch nichts von Physik“. Der Philosoph und Publizist Ludwig Hasler hat dies ergänzt mit dem Satz: „Ein Arzt, der nur von Medizin etwas versteht, versteht auch nichts von Medizin“ und begründet dies, weil dieser Arzt nichts versteht vom Menschen, diesem Kuriosum der Schöpfung. Gefördert wird dies sicher auch noch durch die heutige Rolle des Arztes und des Patienten. So gibt es eben Patienten die alles besser zu wissen glauben, weil sie eher Internetforen und dem Fernsehdoktor vertrauen als ihrem Arzt. Auch ist der Patient so zum Besserwisser mutiert, der Arzt zum Detektiven und Diagnosestellung zum Detektivspiel à la Dr. House. Die wenigsten wissen, dass eine sehr erfahrene Internistin in Yale den Drehbuchautoren den medizinischen Stoff liefert und die selbst immer ihren Studenten und Ärzten nahelegt in der Vergangenheit der Patienten zu suchen. Diese Anamnese ist das älteste diagnostische Hilfsmittel und auch eines der Zuverlässigsten. Wir wissen, dass 75% aller Diagnosen auf der Anamnese beruhen, also auf dem, was der Patient dem Arzt erzählt. Wenn wir nicht zuhören können oder wollen, verpassen wir Details die der Kern der medizinischen Diagnose sein können. Lisa Sanders formulierte in einem Interview: „Menschen brauchen mehr als die richtige Therapie, sie brauchen jemanden der zuhört, sie brauchen Erklärungen, Mitgefühl, Ermutigungen.“

Wir älteren Ärzte erinnern uns noch gut, dass bis in die siebziger Jahre der „Gott in Weiss“ das Mass aller Dinge war, der weltberühmte Kinderarzt Guido Fanconi seine Assistenzärzte nicht entlohnte und dies so begründete: „Mein Name sei ihr Lohn“ oder Patientenvorstellungen an der Universität Zürich folgendermassen abliefen: Zitat aus Oswald Oelz „Antreten zur Visite“ 2010: Universität Zürich aus einer Vorlesung im Wintersemester 1971. Im grossen Hörsaal dozierte der in jeder Hinsicht mächtige Chef der Urologischen Klinik. Nacheinander stellte er fünf junge Männer vor, die an einem Hodentumor litten. Mit jedem ging er väterlich um, vermittelt den Eindruck, alles steht zum Besten, und liess sie wieder aus dem Raum führen. Als sich die Türe hinter dem letzten geschlossen hatte, sagte der Professor: „Meine Damen und Herren, alle diese Herren werden in sechs Monaten tot sein“.

Glücklicherweise hat die Medizin in der Diagnostik und Behandlung auch äusserst bösartiger Krankheiten grosse Fortschritte gemacht. Bis in die siebziger Jahre umfasste die Diagnostik die sorgfältige Erhebung der Krankengeschichte, eine körperliche Untersuchung, ein Röntgenbild und einige wenige Laboruntersuchungen. Dabei blieb vieles unklar. Heute wird jedoch das Herz nicht mehr betastet und nur noch flüchtig abgehört, beim geringsten Zweifel wird eine Ultraschalluntersuchung gemacht. „Wir erhalten durch Labortest, Computertomographie und andere technische Hilfsmittel in Stunden präzise Diagnosen. Aber wir erfahren wenig über das Befinden und die Ängste der Patienten (Owald Oelz)“. Der Patient wird heute auch nicht mehr angelogen. Er wird informiert und entscheidet zusammen mit dem Behandlungsteam über Art und Weise und Ausmass der Behandlung und der Pflege. Andererseits hat dies auch seine Tücken indem scheinbar voneinander abweichende Aussagen verschiedener Ärzte oder Therapeuten Missverständnisse auslösen und den Patienten verwirren und Misstrauen wecken. Die Quantensprünge der modernen Medizin sind Tatsache. Entscheidend für die Wandlung der erfahrungs - zur evidenzbasierten Medizin war die strikte Anwendung wissenschaftlicher Methoden in klinischen Studien. Darum hat jetzt nicht immer der Chef recht, sondern die Datenlage, die im Computer abrufbar ist. Der medizinische Fortschritt begründet zu einem grossen Teil auf der Spezialisierung: Auf einem immer kleineren Gebiet kann und weiss der Arzt immer mehr. Der auf einzelne Organe spezialisierte Mediziner hat weniger als der Hausarzt und der klassische Generalist den ganzen Menschen im Auge. Oswald Oelz bringt das Beispiel von Franz Ingelfinger, einem der gescheitesten und einflussreichsten Mediziner der USA, der an

Speiseröhrenkrebs erkrankte. Als dies bekannt wurde, waren zahllose Topspezialisten mit Ratschlägen zur Stelle. Schliesslich war selbst dieser so kluge und informierte Patient völlig verwirrt, bis ihm ein Freund riet: „Weisst Du was du brauchts Franz? Du brauchst einen Doktor!“ Ingelfingers Hausarzt nahm die Fäden in die Hand und der Patient überlebte fünf Jahre. Hausärzte und Generalisten mögen manchen als Dilettanten erscheinen, doch der Kulturhistoriker Egon Friedell formulierte es so: „Nur beim Dilettanten decken sich Mensch und Beruf, und darum strömt bei ihm der ganze Mensch in seine Tätigkeit“.

Dieses alte Idealbild vom Arzt, der jahraus, jahrein aufopfernd für seine Patienten verfügbar ist, ist passé. Chefärzte verbringen einen grossen Teil ihrer Zeit an Sitzungen. Dabei werden z.B. Weisungen erstellt, die niemand liest, die beispielhafte Patientenbetreuung und Demonstration der ärztlichen Kunst wird sekundär. Auch Kader- und Assistenzärzte verbringen immer mehr Zeit mit Leistungserfassung am Computer statt mit Leistungserbringung am Patienten. Es wird mit der Einführung der Fallpauschalen DRG noch viel mehr der Fall sein, ein System mit dem Ziel, möglichst viel Geld aus dem System zu melken (Zitat Oswald Oelz). Andererseits möchte ich einige Zitate junger Ärzte über ihre Weiterbildungszeit anführen. So hat ein junger Arzt, der sich für ein Medizinstudium entschied, weil er Gutes für die Menschen tun wollte und ihn die Aura des Arztberufes faszinierte eine grosse Enttäuschung erlebt. Er dachte, dass Empathie das Wichtigste in diesem Beruf sein, „dafür war im Spitalalltag nur wenig Platz. Um die Patienten kann ich mich kaum kümmern. Es herrscht eine Kultur des Egoismus und der Missgunst“. Er zitierte dabei den Chefarzt der einmal zu ihm sagte: „In der Ausbildung geht es mir vor allem darum, Ihre Frustrationstoleranz zu erhöhen“. Dementsprechend haben es auch Frauen schwierig eine entsprechende Weiterbildung durchzustehen.

Leider wird schon in der Ausbildung zum Arzt der Zugang sehr schwierig gemacht. Seit 1998 gilt für ein Medizinstudium in der Schweiz der Numerus Clausus: Zum Studium an den Universitäten Zürich, Bern, Basel oder Freiburg wird nur zugelassen, wer einen entsprechenden Eignungstest besteht. Dieser Test besteht aus 180 Aufgaben, mit denen vor allem geprüft werden soll, ob die Bewerber effizient arbeiten, ob sie Probleme rasch erfassen und schnell Lösungen finden können und ob sie über ein gutes räumliches Vorstellungsvermögen verfügen. 1671 Personen nahmen am sechsstündigen Test teil, 696



erhielten einen Studienplatz. Unterdessen hat sich ein eklatanter Mangel an einheimischem Nachwuchs entwickelt. Wäre unser Gesundheitssystem überhaupt noch durchführbar ohne ausländische Ärzte? Noch vor relativ kurzer Zeit waren in einem regionalen Spital sämtliche Assistenzärzte aus Deutschland. Unterdessen hat Deutschland selber einen grossen Ärztemangel: es werden Ärzte aus dem Osten Europas, Asien und Afrika. Auch wir haben immer mehr Ärzte aus dem Osten Europas. Nicht dass diese Ärzte eine schlechtere Ausbildung hätten. Ihre Probleme sind jedoch die sprachlichen und es ist nicht mehr möglich, eine exakte Anamnese in der Muttersprache des Patienten zu erheben, damit eine Empathie spielt, die bei diversen Kontakten zwischen Arzt und Patient so nötig ist. Wenn wir denken, dass jetzt schon und in Zukunft der hausärztliche Notfalldienst immer mehr am Spital gewährleistet werden soll. Ist dies wirklich das Ziel unserer medizinischen Versorgung? Professor Hans Stauder hat kürzlich in der schweizerischen Ärztezeitung einige markante Sätze formuliert: „Selbstverständlich schätzen die Patienten kompetente Ärzte, die eine messbare und quantifizierbare Medizin betreiben. Allerdings belegen praktisch alle Studien zur Patientenzufriedenheit, dass Patienten vor allem die „Menschlichkeit“ des Arztes schätzen – Empathie und Einfühlsamkeit, Kommunikation. Genügend Zeit für die Konsultation, unkomplizierter Zugang zur Praxis und Kontinuität der Behandlung sind weitere wichtige Wünsche. Dazu braucht es jedoch eine Fähigkeit zur Kommunikation.

Zusätzlich kommt dazu, dass die Hausärzte immer mehr unzufrieden werden, dass sie für ganz zentrale Leistungen, die sie in ihrem Beruf erbringen, keine Vergütungen erhalten und somit keine Wertschätzung. Im TARMED kann einerseits nur fakturiert werden was messbar ist: Technische Leistungen und Zeit. Die Hausärzte werden nach Konsultationsdauer bezahlt. Allerdings ist die Gesprächsdauer allein weder ein Mass für die Empathie noch für die Qualität der Konsultation. Im Spital ist es nicht besser: Hans Stalder bezweifelt, dass die Fakturierung nach Diagnosen (DRG) dem besser gerecht wird, was wirklich wichtig ist und den Wünschen den Patienten am meisten entspricht: eine hohe Behandlungsqualität. Dazu gehören nicht nur die Überlebensraten nach einer Operation auf der Basis eines bestimmten Diagnosecodes oder die Rehospitalisierungsraten – die alle kalkulierbar sind – sondern ebenso und insbesondere die Betreuung und die Empathie des Pflegepersonal. Hier ist die Frustration einiger Ärzte und Pflegefachleute nachvollziehbar, denn die heutige Abrechnungsmethode nach DRG vernachlässigt sozial und menschliche Faktoren,

berücksichtigt eben nicht, was nicht messbar ist. In Rechnung gestellt wird also nur das Quantifizierbare, das ist aber nicht was sich die Patienten am meisten wünschen (Ende Zitat Hans Stalder). Eine Ärztin hatte kürzlich eine Untersuchung und musste so in die Rolle der Patientin wechseln. Sie hat diese Erfahrung 2010 in der schweizerischen Ärztezeitung publiziert. Diese sehr lesenswerte zwei Seiten haben mich sehr betroffen gestimmt, einerseits weil sie sicher der Wahrheit entsprachen, andererseits weil ich selbst als Patient über einige Tage ähnliche Erfahrungen gemacht habe. Der Schluss ihres Artikels lautet „als Ärztin kann ich mir nie genügend bewusst sein wie sensibel und verletzlich man in der Rolle als Patientin ist. Das ist sogar so, wenn man dem gleichen Berufsstand angehört wie die Behandelnden“.

Das Ganze wird noch viel extremer werden, wenn die Gesundheitsökonomie eine verständlicherweise immer wichtigere Rolle in der medizinischen Versorgung einnimmt. Wir wissen, dass unser Gesundheitswesen im Jahr bald 60 Milliarden Schweizerfranken kosten wird, steigend um rund 2% jährlich. Dieser Betrag macht ungefähr knapp 10% des Brutto-sozialproduktes aus. Wir werden nur noch von der USA geschlagen.

Kurz vor Weihnachten hat ein publizierter Bundesgerichtsentscheid (BG 334/2010) Schlagzeilen gemacht: Das oberste Gericht der Schweiz hat sich Gedanken gemacht wie viel ein Menschenleben pro Jahr schlussendlich noch kosten darf: CHF 300'000, CHF 600'000, CHF 1'200'000 ?. Es hat aufgrund der Kosten eines Muskelenzyms pro Jahr von CHF 300'000 nachgerechnet, dass, würden sämtliche in der Schweiz lebenden und unter dieser Krankheit und ähnlichen Symptomen leidenden Menschen mit diesem Muskelenzym behandelt, man auf Kosten von über 90 Milliarden pro Jahr käme. Als Vertrauensarzt einer Krankenversicherung kann ich Ihnen sagen, dass diese Jahreskostenzahlen, die dem Bundesgericht vorlagen, viel zu tief angelegt waren und bis zu 1,3 Mio Franken pro Jahr betragen könnten. Wohin führt dies? Und was kostet dagegen die Empathie?

Sicher muss ein gewisser Ermessungsspielraum definiert werden. Ich erinnere da an die Zusammenarbeit mit der medizinischen Ethik wie sie von Frau Samia Hurst, Genf oder Frau Stella Reiter-Theil, Basel empfohlen werden.

Lassen Sie mich mit einigen Gedanken des Theologen und Philosophen Doktor Pater Albert Ziegler schliessen: Er hat in einer ausführlichen Publikation zum Thema Altenpflege und Geriatrie – Prüfstein der ärztlichen Kommunikation ausgeführt, dass man bei der Begegnung mit dem Patienten den Grundsatz der menschlichen Begegnung beachten muss. Dieser Grundsatz heisst: Menschen muss man mögen. Das heisst genauer: Menschen muss man mögen, nicht so sind wie man sie sich wünscht, sondern so wie sie in Tat und Wahrheit sind. Das heisst noch genauer: Menschen muss man mögen – so dumm wie sie sind. Denn es gibt keine Anderen. In seinen markanten und eindringlichen Formulierungen erwähnt er auch, dass man das Gute beim Andern sehen muss, auch wenn es klein ist. Entdecke das Gute im Andern, auch wenn Du lange suchen musst. Jeder hat verborgene Ressourcen. Verschweige das Ungute nicht und kehre es nicht unter den Teppich. Doch hilf dem Andern es beim nächsten Mal besser zu machen. Zeige ihm wie es geht. Gehe ihm mit dem guten Beispiel als Vorbild voran. Sprich darum den Andern zunächst dort an, wo er besser ist als Du, dann hast ihm Aufmerksamkeit gewidmet, Wohlwollen geschenkt und seine Würde gewahrt. Dies hat nicht mit Anbiederei oder Kumpelhaftigkeit zu tun, wohl aber mit jener verstehender Konsequenz die Festigkeit und Güte verbindet. Damit macht sich das alte Wort auch im ärztlichen Alltag wahr: „Fortiter in re; suaviter in modo“. „Im Grundsätzlichen wahr, aber behutsam in der Weise des Vorgehens“. Beim Innewerden dieser Gedanken von Pater Albert Ziegler ist mir aufgefallen, dass diese Gedanken, die zum Teil auf dem Mystiker Mathias Claudius basieren, gar nicht weit entfernt sind von der rotarischen vier Frageproben.

Ich frage darum zum Schluss: Ist Empathie nur in der Medizin ein höchstes Gebot, ist Empathie nicht auch in jedem Beruf und in jedem Alltag entscheidend?

Mit der Empfehlung dies auch in Ihrem Alltag, Beruf und Freizeit zu reflektieren, möchte ich schliessen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Rot. Otto Knüsel  
Römersteig Postfach 10  
7304 Maienfeld  
otto.knuesel@gmx.ch