



Replik zum Artikel in der SÄZ «Wege des Wissens»

Auf meinen Artikel «Wege des Wissens» [1] habe ich zahlreiche Reaktionen bekommen. Wenn auch die meisten Rückmeldungen positiv waren, gab es doch einige Stimmen, die meine Aussagen offensichtlich missdeutet haben. Aus diesem Grunde ist es mir ein Anliegen, einige Präzisierungen zu dem zugegebenermassen provokativ formulierten Text zu machen.

Es ging mir in diesem Artikel hauptsächlich darum aufzuzeigen, dass wir in der Medizin mit verschiedenen Arten von Wissen arbeiten, dass wir verschiedene Sichtweisen auf Patientinnen und ihre Krankengeschichten haben, und dass die jeweilige Perspektive nie alle Aspekte gleichzeitig beleuchten kann. Es gibt verschiedene Angehensweisen im Umgang mit Patientinnen, es gibt verschiedene Interessen, verschiedene Kompetenzen, die angewendet und entsprechend erweitert werden. In erster Linie war es mir wichtig, diese Differenzen bewusstzumachen. Ich denke nicht, dass solche Differenzen immer ausgemerzt werden müssen, das ist im klinischen Alltag nicht möglich und wohl auch wenig sinnvoll.

Mit den verschiedenen Aspekten, den verschiedenen Kompetenzen, die im medizinischen Alltag erworben und angewendet werden, sind auch verschiedene Wertungen verbunden. Innerhalb der akademischen Gesellschaft wird das objektivierte, an wissenschaftliche Publikationen gebundene Wissen höher gewertet als klinische oder «menschliche» Kompetenzen. Innerhalb eines weiteren Kontextes sieht diese Bewertung aber ganz anders aus. Viele Leser und Leserinnen haben mich bedauert, weil ich «übergangen» wurde, und wünschen mir viel Glück für mehr Durchsetzungsvermögen. Hier ist eine Klarstellung meinerseits nötig: es geht mir keineswegs um die Anklage des Systems, noch viel weniger um eine Abrechnung mit bestimmten Personen. Es geht mir um die Bewusstmachung und gleichzeitig auch Hinterfragung der unterschiedlichen Bewertung von publiziertem Wissen gegenüber klinischen und menschlichen Kompetenzen. In dem geschilderten Fall war es denn auch so, dass ich wohl im ersten Moment einen Wutausbruch bekam, eben weil ich mich in die typische Rolle der armen kleinen, sich aufopfernden Assistenzärztin gedrängt gefühlt hatte. In der Auseinandersetzung mit den betroffenen Personen und in der theoretischen Verarbeitung der Situation in

Form des betreffenden Artikels wurde mir jedoch bewusst, dass für mich die bevorzugte Bewertung des akademischen Wissens nicht generell gilt. Könnte ich heute nochmals wählen, würde ich mich wieder für den Erwerb der klinischen Kompetenz entscheiden, zumal mich in diesem Fall das klinische Problem viel mehr interessiert hat als die wissenschaftliche Fragestellung. Das mag ganz anders sein in einem anderen Fall, wo mich vorwiegend die wissenschaftliche Fragestellung interessieren mag und ich mich auch entsprechend darum kümmere.

Es ist nach der Schilderung des Falles aufgefallen, dass die Männer schlecht wegkommen in der Geschichte und dass ich mich selbst, als Frau, in ein gutes Licht gerückt habe. Es lag mir aber fern, die Männer aufgrund ihres genetischen Geschlechts zu disqualifizieren. Mit der Schlussbemerkung, «in dieser Geschichte kommen gute Menschen (Frauen) und schlechte Menschen (Männer) vor», wollte ich diese Geschlechtsbeschreibung durch eine überspitzte Formulierung ironisieren. Tatsächlich gab es aber Leser, welche der Ansicht waren, ich halte Männer grundsätzlich für böse und Frauen für gut. Bei diesen Lesern möchte ich mich in aller Form entschuldigen. In meiner Schlussbemerkung wollte ich mit der Ironisierung gerade diesem Missverständnis vorbeugen. Eine Rhetorik von «gut» und «böse» halte ich grundsätzlich für verfehlt. Was den geschilderten Fall betrifft, möchte ich betonen, dass ich den beteiligten Oberarzt für einen sehr guten Arzt mit ausgesprochen menschlichen Qualitäten halte. Interessen, Haltungen, Handlungsmotivationen sind immer situations- und momentgebunden. Wir alle entscheiden oftmals aus einer einseitigen Perspektive, das passiert mir mindestens genauso häufig wie dem betreffenden Oberarzt.

Natürlich zeigen die Zahlen der Geschlechterrepräsentationen auf den verschiedenen akademischen Hierarchiestufen, dass die Geschlechterzuschreibung in dem ausgewählten Beispiel wohl nicht ganz zufällig ist. Es würde mich aber freuen, wenn die Kompetenzverteilung zwischen Männern und Frauen in ein paar Jahren ausgeglichener wäre. Damit erhoffe ich mir nicht unbedingt ein einseitig verstärktes wissenschaftliches Engagement der Frauen. Mein Artikel sollte dazu beitragen, sich bewusst zu werden, dass es verschiedene Arten von Kompetenzen gibt, und dass man sich wagen soll, die Bewertung der verschiedenen Arten von Kompetenzen zu hinterfragen. Klinische und menschliche Kompetenzen können in einem grösseren gesellschaftlichen Zusammenhang bereits heute

gewichtiger sein als Publikationsquoten. In der Dialektik von der Frau als armem Opfer und den männlichen Ärzten als karrieresüchtigen Egoisten wird genau die einseitig stärkere Bewertung des publizierbaren Wissens der akademischen Wissenschaft weitergeschrieben. Diese Dialektik von Gut und Böse, von angesehenem Wissen und Wissen ohne Ansehen gilt es zu durchbrechen.

Der Blickwinkel, unter welchem wir arbeiten, ist meistens einseitig, gerade deshalb ist die Kommunikation zwischen den verschiedenen Handlungsträgern einer Situation so wichtig. Letztendlich ist unsere Arbeit in der Medizin auch spannender, wenn wir Erkenntnisse aus verschiedenen Perspektiven zusammenbringen können. In diesem Sinne hoffe ich, dass die Kontroverse um meinen Artikel auch eine gute Seite hat: eine offene Auseinandersetzung und Diskussion über verschiedene Anschauungsweisen der Medizin.

Christina Schlatter Gentinetta, Zürich

- 1 Schlatter Gentinetta C. Wege des Wissens. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(40):2111-2.



Verein Suizidhilfe

Peter Baumann gibt sich in dieser Mitteilung an die Kolleginnen und Kollegen [1] etwas moderater als vor etwa zwei Jahren im Schwerpunktheft zur Sterbehilfe der Pro Mente Sana. Dort steht folgendes zu lesen:

«Ich glaube

- dass zur Zeit ein Suizid der gesamten Menschheit oder eher gar der Biosphäre stattfindet und dass dieser Prozess unumkehrbar ist,
- dass dieser Prozess eher in Jahren als in Jahrzehnten abgelaufen sein wird,
- dass wir die Mittel (und den Willen) nicht mehr haben, uns ökovertäglich zu verhalten und
- dass sich in der starken Zunahme der Depressionen das Ahnen und Wissen um diese Tatsachen äussert.

So gesehen ist die Suizidalität eines einzelnen Menschen lediglich ein Spezialfall im Rahmen des globalen Suizids.»

Im Tages-Anzeiger-Artikel vom 2. September 2002 zum gleichen Thema wird er noch etwas deutlicher: Wenn sich ein Mensch mit einem

ambivalenten Sterbewunsch nicht zum Suizid durchringen könne, so stelle sich die Frage, «ob und wie wir bei einer derartigen, doch krankheitsbedingten Entschlussunfähigkeit auch den erwünschten letzten Stups geben dürfen».

Ich meine, dass dürfen wir eben nicht und ich kann auch gar nicht nachvollziehen, weshalb wir das überhaupt wollen sollten! Suizidalität im Rahmen einer psychischen Erkrankung hat keineswegs zwingend den Tod zu Folge. Anders als bei terminal somatisch kranken Menschen steht der Tod nicht ohnehin vor der Türe, sondern tritt, wenn überhaupt, eben nur durch den Suizid ein. Eine Suizidprophylaxe kann nicht mit dem, was sie verhindern will, als gleichwertige Option liebäugeln. Natürlich muss ohne Vorbehalte offen über die Suizidwünsche gesprochen werden, da rennt Peter Baumann offene Türen ein. Jede/r, die/der mit Suizidalen arbeitet, weiss, wie entscheidend wichtig ein einfühlsames, offenes Gespräch ist. Damit werden überhaupt erst die Voraussetzungen geschaffen für die manchmal sehr mühsame Suche nach dem verschütteten Lebenswillen. Uns Helferinnen und Helfern obliegt es, daran festzuhalten, dass dieser einzigartige Mensch, um den es konkret geht, seinen Platz auf dieser Welt neu füllen kann, sein Recht zu leben finden und empfinden kann. In der Regel haben Suizidale diese innere Orientierung verloren oder gar nie gehabt – und finden nun in diesem Verein Suizidhilfe einmal mehr die Bestätigung, dass ihr Leben sinn- und wertlos ist. Die Frage sei erlaubt: Wie wirkt wohl ein Mensch, der in seinem Kopf Bilder eines bald erfolgenden «globalen Suizids der gesamten Biosphäre» hat, auf sein eventuell suizidales Gegenüber? Der therapeutische Dialog verläuft bekanntlich auf verschiedenen, schwer zu kontrollierenden Ebenen; wir teilen immer sehr viel mehr von uns mit, als mit Worten zu fassen ist. Da der therapeutischen Beziehung, neben den Ressourcen der Patientinnen und Patienten, die es zu aktivieren gilt, das grösste Wirkungspotential zukommt – dies in jeder Therapieform –, legen wir in unserem Beruf viel Wert auf genügend Selbsterfahrung in einem eigenen therapeutischen Prozess, auf Super- und Intervision. Wir müssen uns selber genügend gut kennen, um die unsere Wirkfaktoren zu können.

Wer nun die ganze Welt als terminal suizidal erlebt und sein Weltbild von diesem Aspekt bestimmen lässt, wird schwerlich die Kraft aufbringen, einem suizidalen Menschen den für die Überwindung einer existentiellen Krise nötigen Halt zu geben. Er wird aus seinem Erleben eigenes in die Beziehung einbringen, das dringend

zu hinterfragen wäre. Dies nicht zu tun und dieses eigene nicht dem in unserem Beruf üblichen Selbstreflexionsprozess zu unterziehen, erachte ich als ethisch unhaltbar und mit den Richtlinien unserer Profession, wie sie auch in unserem Leitbild als Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie verankert sind, nicht zu vereinbaren.

*Dr. med. Christine Romann,
Präsidentin ZGPP, Zürich*

- 1 Baumann P. Verein SuizidHilfe.
Schweiz Ärztezeitung 2002;83(40):2118.



Replik

Frau Kollegin Romann irrt, wenn sie mich offene Türen einrennen sieht. Es ist erschreckend, von welch ironischen, kurz abfertigen, oft höhnischen ärztlichen Sätzen Ratsuchende sehr oft berichten – wobei ich wohl nur diejenigen sehe, bei denen das «vorbehaltlose Gespräch» eben nicht stattfand.

Die idealen Therapieziele, die Frau Romann darstellt, gelten dann, wenn ein Untersuchungs- oder Therapieauftrag an einen Arzt gerichtet wird. Heisst der Auftrag Suizidberatung oder -beihilfe und wurde er an die entsprechende Organisation gerichtet, dann soll ich nicht Therapie verkaufen wollen.

Zu Frau Romanns einfühlsam deutenden Vermutungen, ich hätte wohl meine eigene Problematik nicht genügend bearbeitet und den in der Profession geforderten Selbstreflexionsaufwand nicht genügend erbracht, lässt sich vielleicht sagen: die Menschen in meinem beruflichen wie im privaten Feld leben ihre Leben in wachsenden Ringen. Keine Anzeichen für todbringende unbewusste Dämonen, die in mir und durch mich wirken. Die Sicht vom ablaufenden («zurzeit» schrieb ich ja, nicht «bald») Biosphärensuizid hindert mich nicht, einstweilen sorgfältig zu leben. Und: mein berufliches wie menschliches Fortbildungsrecht habe ich mir gern auch zur Pflicht gemacht, eigenverantwortlich, in dem Mass, das ich will. Damit halte ich es wie mit dem Leben.

Zum ominösen, gern zitierten «Stups»: Die Frage ist für mich wirklich offen, unter welchen Voraussetzungen man das darf, und ich werde sie nicht zu bald beantworten. Aber stellen möchte ich sie schon dürfen – als wichtige offene Frage, nicht als rhetorische wie üblich.

Dr. med. Peter Baumann, Zürich



«quod liquet ...»

Der Gründer des neuerlichen Vereins [1] lässt, als Schönheitsfehler oder, um ohne das «gewisse Etwas» auszukommen, das Detail weg, dass es sich um von eigenen (Suizid-)Ideen schon gefährdete, also von eigener Seite bedrohte und bereits existenziell geschwächte Menschen handelt: Die Gefahr kommt von einer so unerwarteten Seite, dass diese Menschen sie nicht für ihren Todfeind halten und sogar geneigt sind, sich dessen perfekt erscheinende Argumentation anzuschliessen. Sie sind Opfer einer um so ominöseren inneren Nötigung, je mehr sie von dessen gefährlichen Nähe überrumpelt sind. Sie unterwerfen sich nur, da ihre Abwehr so unterlaufen worden ist. Der Patient wird sich selbst zum Gegner, was nicht «Selbsthilfe» ist.

Indem der Mediziner leichtgläubig und ohne Rücksicht auf das psychische Geschehen nicht das eigentliche Existenzinteresse des ohnehin schon genügend ausgelieferten Menschen unterstützt, sondern der auch ihn schon in ihren Bann ziehenden «perfekten Argumentation» des Gegners aufsitzt, ist auch das Resultat des «reiflichen Abwägens und Überlegens» schon programmiert. Humor ist es nicht, mit der Existenz anderer Menschen wie mit Objekten umzugehen, um so mehr, als es nicht ans (eigene) Lebendige geht. Tatsächlich und auf schon fatale Weise humorlos ist die Lebensfeindlichkeit. Wie vollkommen ist der (scheinbar) vollkommene Lebensbankrott, und wie überzeugend ist tatsächlich die (scheinbar) restlos überzeugende «Nullvorteils-Bilanz», wenn sich der gute Mediziner erlaubt, den Patienten gegen sich selbst in Schutz zu nehmen?

Peter Süsstrunk, Gretzenbach

- 1 Baumann P. Verein SuizidHilfe.
Schweiz Ärztezeitung 2002;83(40):2118.



* Das PDF dieses Beitrags weicht insofern von der gedruckten Ausgabe ab, als der Name des im Artikel genannten RW G. am 12. 12. 2011 auf dessen Wunsch auf die Initialen reduziert wurde.

G.-Skandal:*

Das Ende einer Lügengeschichte

Über den «G.-Skandal» an der Viszeralchirurgie des Universitätsspitals Zürich habe ich mich in der Schweizerischen Ärztezeitung schon früher geäußert [1–3]. Im November 2002 jährte es sich zum vierten Mal, dass ich den Dokortitelbetrug des damaligen Ordinarius für Viszeralchirurgie am Universitätsspital Zürich, Rainer W. G., entdeckte. Diese Entdeckung passte nicht ins Bild einer gut funktionierenden Universität. Dekan Borböly, Rektor Schmid und Bildungsdirektor Buschor wischten den Betrug unter den Tisch. Buschor bemerkte zwar im Dezember 1998 zu Kantonsrätin Franziska Troesch-Schnyder, sollte dieser Titelbetrug stimmen, hätte G. 48 Stunden Zeit, sein Büro zu räumen. G. legte im Dezember 1998 Buschor drei Schreiben von zwei Chirurgenkollegen der Universität Minnesota vor, die beweisen sollten, dass er seinen Ph.D. zu Recht trug. Eine offizielle Bestätigung der Universität Minnesota oder ein Dokortitel konnte er jedoch nicht beibringen. Buschor glaubte diesen drei Schreiben und meinte gegenüber der Presse am 18. Dezember 1998: Gegen diejenige Person, die das Gerücht des Titelbetrugs von Herrn G. in die Welt gesetzt hat, werde ich ein Disziplinarverfahren anstrengen. Auf diese Pressemitteilung hin dokumentierte ich auch den Herrn Bildungsdirektor (die Herren Dekan und Rektor orientierte ich schon früher). Ich bekam keine Antwort, sondern lediglich die Mitteilung, der Universitätsrat habe auf Antrag ihres Präsidenten Buschor ein Disziplinarverfahren gegen mich eingeleitet. Offensichtlich wollte Herr Buschor einen Skandal am Universitätsspital vermeiden. Die Regierungswahlen standen bevor. Die Wiederwahl von Herrn Buschor war stark gefährdet. G. musste dann, mit 1,2 Millionen Franken garniert, auf den 30. Juni 1999 das Universitätsspital Zürich verlassen. Der Grund war vor allem die Unfähigkeit, die viszeralchirurgische Klinik zu führen. Der Titelbetrug kam im parlamentarischen Nachspiel wieder zur Sprache, wo Buschor, um das Lügengebäude um den angeblichen Ph.D. aufrechtzuerhalten, unverfroren vor dem Kantonsrat behauptete: «Nachdem Prof. G. seine in Deutschland erworbene Dissertation und Habilitation der Universität Minnesota vorgelegt hatte, wurde ihm die Erlaubnis erteilt, dort den Ph.D.-Titel zu führen.» [4]. Diese Aussage ist nirgends dokumentiert. Trotz der

Entlassung von G. wurde das Disziplinarverfahren gegen mich weitergeführt und mir durch den Rektor im Auftrag des Universitätsrates im August 2000 ein Verweis erteilt, gegen den ich Rekurs erhob. Das nicht abgeschlossene Disziplinarverfahren bewirkte für mich eine lebenslange Strafe, indem die Universitätsleitung den mir am 1. Juli 2000 zustehenden Lohnstufenanstieg nicht gewährte. Auf meinen Rekurs trat weder die Rekurskommission der Universität noch die Rekurskommission des Regierungsrates ein; beide Gremien erklärten sich als nicht zuständig. Dieser Kniefall vor dem Herrn Bildungsdirektor verhinderte den Weiterzug ans Verwaltungsgericht. Eine staatsrechtliche Beschwerde ans Bundesgericht, wie mir meine Anwälte rieten, kommt für mich nicht in Betracht.

In der Julinummer der *Annals of Surgery* [5] kann man nun unter der Rubrik «Erratum» folgendes lesen: «In the August 2001 issue of *Annals of Surgery*, the title of PhD was mistakenly placed after the name of RW G., MD, a co-author on the paper by Matas et al. titled «2,500 Living Donor Kidney Transplants: A Single-Center Experience». We apologize for any inconvenience this error may have caused to our readers.» Dieser Titelbetrug machte mir tatsächlich Unannehmlichkeiten, indem er mich Zehntausende von Franken kostete. Da es offensichtlich nicht möglich ist, den Betrug und die anschließenden Lügen im Kanton Zürich vor Gericht zu bringen, ist für mich der G.-Skandal mindestens legal abgeschlossen. Der Sauerbruch-Skandal von 1915 [6] findet im G.-Skandal eine würdige Fortsetzung.

Prof. Dr. med. Christian Sauter, Zürich

- 1 Sauter C. Titelbetrug: Nachlese zur Affäre G. an der Viszeralchirurgie des Zürcher Universitätsspitals. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(26):1465.
- 2 Sauter C. Disziplinarverfahren wegen Aufdeckung eines Titelbetrugs. *Schweiz Ärztezeitung* 2001; 82(38):2025.
- 3 Sauter C. Dokortitelbetrug wird an der Universität Zürich toleriert. *Schweiz Ärztezeitung* 2002;83(1/2):45.
- 4 Buschor E. Kommentar. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(26):1466–8.
- 5 Erratum. *Annals Surgery* 2002;236:3A.
- 6 Dubs-Buchser R. Die Memoiren des Dr. med. Heinrich Freysz. Hintergründe zum Sauerbruch-Skandal Zürich 1915. Zollikon-Zürich: Kranich-Verlag; 1993.