

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	94 (1996)
Heft:	11
Artikel:	Nur eine Handvoll Leben : und doch ein ganzer Mensch
Autor:	Brechbühler, Monika
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950625

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Probleme macht, ist es wesentlich gescheiter, durch eine Narkose die Klemmwirkung der Levatoren auszuschalten, als mit geballter Faust von oben zu drücken.

Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, ob denn eine Beckenendlagegeburt per vias naturales an einer knapp ausgerüsteten Abteilung zu verantworten ist. Die Frage ist zu verneinen. Eine gewisse Zentralisation im Interesse aller Beteiligten muss gefordert werden. Die Sectiobereitschaft und das Stand-by eines kompetenten Narkoseteams sind heute Erfordernisse, ohne die es nicht geht.

Literatur

- ELLER, D.P. AND VAN DORSTEN, J.P.: Reply to Hannah, M.E. and Hannah, W.J.: Feasibility of a randomized controlled trial of planned cesarean section versus planned vaginal delivery for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1393–1394
- BRACHT, E.: Zur Beckenendlage-Behandlung. *Geburtsh Frauenheilk* 1965; 25: 635–637
- THIESSEN, P.: Die eigene Geburtsleitung bei Beckenendlage und ihr Gegensatz zur Schul- oder Lehrauffassung. *Geburtsh Frauenheilk* 1964; 24: 661–682
- BERG, D.: Bericht der Standardkommission «Beckenendlage». *Geburtsh Frauenheilk* 1984; 44: 406–408
- STOLL, W.: Operative Geburtshilfe heute. Eine Standortbestimmung. *gynäkol prax* 1992; 16: 55–64



Zentralsekretariat
Secrétariat central
Flurstrasse 26 • 3000 Bern 22
Tel. 031/332 63 40 • Fax 031/332 76 19

Öffnungszeiten
Heures d'ouverture:
Mo–Do/lu–je 9.00–11.00 und 14.00–16.00
Fr/ve 9.00–11.00

Humaner Umgang am Beginn des Lebens – Bericht einer Fachtagung

Nur eine Handvoll Leben – und doch ein ganzer Mensch

Von Monika Brechbühler

Monika Brechbühler ist langjährige Redaktorin der SBK-Zeitschrift «Krankenpflege».

«Ich habe ein Kind. Ich habe kein Kind. Es liegt am anderen Ende der Welt in einem durchsichtigen, dröhnen kleinen Kasten, und ich habe es noch nie gesehen. Man sagt, es sei kräftig und es gehe ihm zunehmend besser. Ich misstraue allem. Man belügt mich, damit ich nicht durchdrehe. Ich misstraue meiner Hoffnung, die mich schon einmal betrogen hat»(1).

Man hat diese Risikoschwangere mit einer Sectio entbunden und das Kind sofort in die Neonatologie gebracht. Ein Schock für sie und ein Martyrium für das Frühgeborene. Damit so etwas möglichst nie mehr passiert, hat der Schweizer Hebammenverband SHV gemeinsam mit dem Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK am 20. und 21. September eine Fachtagung organisiert mit dem klaren Ziel, Pflegenden und Hebammen Wege aufzuzeigen, wie sie für einen «humanen Umgang am Beginn des Lebens» sorgen könnten.

«Muss denn die Lebensgeschichte mit einer Krankengeschichte beginnen?» fragt Verena Felder Berg, selbst Hebamme und Erwachsenenbildnerin. Sie befragte Kolleginnen, die vor 30 oder 40 Jahren praktizierten, wie sie denn mit Frühgeborenen umgegangen seien. Die Walliserin Adeline Favre, die von 1928 an rund 50 Jahren praktizierte, beschrieb in ihrem Alterswerk: «Hermines Kind wurde zu früh geboren und wog kaum ein Kilo. Wir packten das Mädchen in Watte ein. Der Arzt ordnete eine Verlegung in die Säuglingsabteilung des Spitals an, wo das Zimmer geheizt war. Ich sagte zum Vater, den ich gut kannte: «Weisst du, ich glaube nicht, dass dein Töchterchen den Transport ins Spital überlebt, auch wenn wir es noch so gut einpacken». Der Vater teilte meine Meinung und war bereit, mit mir die Verantwortung zu tragen. Damals gab es noch keine Zentralheizung, man heizte mit Specksteinöfen. Wir verschafften uns einen Wandschirm und kauften ein Pfund Watte, in die wir das Kind einpackten. Umgeben

von Wärmeflaschen und einem elektrischen Heizkissen lag das Bébé neben dem Ofen hinter dem Wandschirm. Ich hatte einen Thermometer gekauft, und mit Wassergefäßen, die wir auf den Ofen stellten, hielten wir die Luft ständig feucht. Ich fand winzige Puppen-Schoppenfläschchen, die wir mit Muttermilch füllten. Man musste die Milch entfetten, um Verdauungsstörungen zu vermeiden. Wir gaben sie dem Kind tropfenweise ein. Ich badete das Kind jeden Tag. Dem Badewasser fügte ich ölhaltige aromatische Kräuter bei. Aus der Kleinen wurde eine schöne Frau, die selber drei Kinder bekam.»

Wärme und Körperkontakt

Auch andere Berufskolleginnen ihrer Zeit pflegten einen vergleichbar natürlichen Umgang mit zu früh geborenen Kindern: Zum Beispiel die Appenzeller Hebamme Ottilia Grubenmann schrieb an Verena Felder auf deren entsprechende Frage:

«Das Beste für zu frühe Kinder ist Wärme, Wärme und noch einmal Wärme, verbunden mit Körperkontakt. Nach meiner Erfahrung spielt die Ernährung in den ersten Lebenstagen nicht eine so grosse Rolle, viel wichtiger ist die Ruhe und das menschliche Umsorgtsein. Wenn es nötig war, habe ich als Beleghebamme im Spital schwer darum gekämpft, zu früh geborene Kinder mit den Müttern (nach Hause) zu entlassen. Lieber ging ich jeden Tag hin zur Kontrolle und Unterstützung. Die künstliche Kindernahrung hat mich ja auch nie überzeugt. Sobald die Frau mit dem Kind zu Hause war, habe ich dafür gesorgt, dass das Kind Muttermilch bekam. Manchmal sahen die Kinder richtig gequält aus, die Fersen waren scheußlich zerstochen und schmerzten die Kleinen noch wochenlang – das schrille plötzliche Schreien kommt nicht umsonst. Zuviel künstlicher Einsatz schafft auch behinderte Kinder.»

So wenig Technik wie nötig, so viel Natürlichkeit wie möglich

Wohlgemerkt, die beiden zitierten Hebammen sind wie die meisten Kolleginnen nicht technikfeindlich eingestellt, aber die Technik rund um die Geburt soll ausschliesslich als «verlängerter Arm der Natur eingesetzt werden».

So wie es die bekannte Neonatologin Dr. *Marina Marcovich* versteht. Zwar wurde sie in der Zwischenzeit von ihren Kollegen angeklagt («Medizin hat immer mit Machtteilen zu tun», wie sie augenzwinkernd erklärt), wurde in eine Klinik versetzt, in der sie nur noch unter Aufsicht eines anderen Neonatologen Frühgeborenen betreuen darf,

und warum macht man das so?» und zwangen mich damit, ganz genau hinzuschauen, was dazu führte, dass wir weniger und weniger Kinder intubierten. (Im Verhältnis zu Erwachsenen ist es so, als ob man einem Erwachsenen einen Gartenschlauch in den Hals einführt.) Wir entwickelten eine einfache Philosophie: Das Kind so unversehrt wie möglich zu lassen. Wir bemerkten: Die Kinder sind so tüchtig, sie können viel mehr, als wir ihnen zutrauen», erklärte *Marina Marcovich* auf ihre sympathische, bescheidene Art.

«*Mathias wog nur 480 g. Er war nur so gross wie meine Hand. Ich streichelte ihn durch den Inkubator, und er sah mich mit grossen Augen an und schien zu sagen: «Ich weiß, wie es um mich steht. Ich versuche, um mein Leben zu kämpfen»* (2).



Die Neonatologin Dr. *Marina Marcovich* hat ein revolutionär neues Modell der Frühgeborenen-Betreuung entwickelt

Foto: Gabriela Brandenstein

aber ihr Modell hat weitere Anhänger gefunden, und keine Neonatologie kann sich ganz den Erkenntnissen ihres Modells verschliessen. Denn die Resultate sind zu vielversprechend.

Wie fing es an: «Ich wurde ganz konventionell ausgebildet und fing auf der Neonatologie an ohne grosse Veränderungsabsichten. Aber je länger ich dort arbeitete, umso mehr erkannten ich und das Team, dass wir nicht gut mit den Kindern umgingen. Die Veränderungen kamen langsam: Die Pflegenden fragten mich immer wieder: 'Weshalb macht man das –

für Sauerstoff, und beatmen Sie, wenn wirklich nötig, mit einer weichen Maske.» Bei ihr werden nur noch 20% der Kinder beatmet, 7% primär und 13% sekundär. Denn: 93% der Kinder bis 1500 g haben eine funktionstüchtige Lunge. «Übrigens», und darauf ist *Marcovich* stolz, «hat es bei uns nie eine Augenschädigung durch zu hohe Sauerstoffkonzentration oder zu frühe Lichteinwirkung gegeben.» Auch hält sie die Flüssigkeitszufuhr knapp. Sie befürchtet sonst Wassereinlagerungen. Auch hier hat sie Erfolge vorzuweisen: keine einzige Nierenschädigung, nie ein harntreibendes Medikament verordnet.

Erfolgversprechende Zahlen und Statistiken

Kinder bis 1500 g: Mortalität z.B. in Basel 24%; bei ihr 15%. Aber auch die Qualität der Überlebenden ist natürlich von grösster Wichtigkeit. Den Prozentsatz der Frühgeborenen, die eine Behinderung davontragen (60% der dauerbeatmeten Frühchen erleiden irreversible Lungenschäden), schätzen Mediziner auf zwischen 10 bis 40%; bei *Marcovich* sind 90% der Kinder unauffällig, und nur gerade 4% waren behindert.

Und sie zeigt eindrückliche Fotos: Ein Kind, 640 g, trinkt sogar an der Brust. Zwar hat es nicht die Kraft, die ganze Trinkmenge an der Brust zu saugen, aber es wird alle drei Stunden (Ruhezeiten werden strikt eingehalten) kurz angesetzt. Zur Stimulation dienen das Baden, die Känguru-Methode, bespielte Kassetten (Musik oder Stimmen der Eltern) via Walkman und Massagen vor allem des Bauches mehrmals täglich, da die Bauchmuskulatur noch nicht ausgebildet ist. «Lassen Sie die Kinder sein, respektieren Sie sie, stillen Sie ihre Bedürfnisse – aber selbstverständlich überwachen Sie sie trotzdem lückenlos und sorgfältig», rät *Marcovich*.

Die Fragen der Teilnehmerinnen

Selbstverständlich löst ihre Präsentation unter den Teilnehmerinnen eine Flut von Fragen aus:

Sehen Sie einen Unterschied zwischen Frühgeborenen, die natürlich, und solchen, die mit Sectio zur Welt kamen?

«Ja. Meine Erfahrung ist, dass spontan Geborene in besserer Verfassung sind. Bedenken Sie, dass der Bauch in frühen Schwangerschaftswochen noch dickwandig ist. Deshalb tragen trotz aller Vorsicht

die Kinder fast immer blaue Flecken davon, ausserdem gibt es häufiger Kreislaufprobleme.»

Wann intubieren Sie?

«Das Gewicht ist heute kein Kriterium mehr, sondern der Grad der Unreife. Ab der 24. Schwangerschaftswoche ist der Reifegrad der Lunge erreicht. Wir orientieren uns an der Sauerstoffsättigung, die mindestens 85% betragen muss. Wird diese nicht erreicht und erschlafft der Tonus, intubieren wir.» Und die Kinderärztin, *Inge Hanousek*, die mit Marcovich zusammengearbeitet hat, ergänzt: «Wir haben die Kinder so lange wie möglich stimuliert, sie beispielsweise der Mutter auf die Brust gelegt, und plötzlich war die O₂-Sättigung

Mutter über die Trennung vom Kind hinweg.» Und sie zeigt auf, wie es ideal wäre: «Wichtig wäre, wenn die Mutter schon zwei oder drei Tage vor der Geburt kommen könnte. Dann könnten wir ihr alles zeigen, sie über alle Eventualitäten informieren. Wir könnten ihr Massagen verabreichen und ihr zeigen, dass wir für alle Fragen offen sind. Es gäbe uns auch die Zeit zu signalisieren, dass sie nicht schuld ist an der Frühgeburt. Wir könnten ihr vermitteln, dass sie und ihr Kind bei uns gut aufgehoben sind.» Und wenn ein Kind doch stirbt?

Die Hebamme und Erwachsenenbildnerin Verena Felder betont ausdrücklich: «Hebammen haben die grosse Aufgabe, bei Risikoschwangeren Tod und Sterben anzusprechen. Das darf kein Tabu sein. Ethische Überlegungen müssen dabei genauso wichtig werden wie fachliche und medizinische.» Und die Präsidentin des Schweiz. Hebammenverbandes, *Ruth Brauen*, regt bei einem Tod des Kindes an, dass die Hebamme die Eltern zu Hause besucht, sie nicht alleine lässt. In diesem Rahmen könnten Dinge ausgesprochen werden, über die sonst geschwiegen werde. Auch könne man Schuldzuweisungen abwenden.

Eine Hebamme aus dem Publikum gibt zu bedenken, dass im Gebärsaal von den Neonatologen ein Ansatz verfolgt werde, der dem Marcovich-Modell völlig entgegengesetzt sei. Was kann man in diesem Fall tun? Die Berufsschullehrerin *Georgette Grossenbacher* hält dem entgegen, dass die Hebammen und die Pflegenden bei Mutter und Kind die grösste Präsenz haben und dass sich daraus auch ein Mitspracherecht ableite, von dem man unbeirrt immer wieder Gebrauch machen solle.

Die unheilvolle technologische Entwicklung

Verena Felder erlebt als heute tätige Hebamme eine immer schneller fortschreitende medizintechnologische Entwicklung und damit einhergehend einen Verlust an Respekt gegenüber dem Leben selbst. Sie erinnert sich, dass im Jahre 1984 an ihrem Arbeitsplatz, einer Universitätsklinik in Deutschland, von einem Tag auf den andern die ärztliche Weisung erfolgte, dass nun alle Kinder ab 500 g Geburtsgewicht in das Geburtenbuch und alle darunter in das

Spätabortenbuch einzutragen seien. Mit dieser knappen Weisung, die zudem jeglicher gesetzlichen Grundlage entbehrte (die erfolgte erst 10 Jahre später), war unversehens am Beginn des Lebens eine neue Grenzlinie gezogen worden, welche Frühgeborenen und Spätaborte in grobschlächtiger und willkürlicher Weise voneinander trennte...

Teststreckenlauf für Föten

Heute lässt sich mittels Reproduktionstechnologie Leben künstlich herstellen und mittels Pränataldiagnostik sowie der im Vormarsch begriffenen Präimplantationsdiagnostik die jeweilige Qualität dieses Lebens überprüfen – und kann deshalb je nach Ergebnis der Qualitätsprüfung in den Tod gestossen werden. «Der technologische Fortschritt hat die von der Natur ehemals gesetzten Grenzen verworfen. Eine der Folgen ist, dass bereits der Anfang der Lebensgeschichte zur Krankengeschichte gemacht wird, ja, sie wird oft schon mit der Zeugung im Reagenzglas angelegt», ruft Felder erbittert aus. Mittels der Pränataldiagnostik wird ein Patient hergestellt, dem nicht zu helfen ist. Denn für die allermeisten Diagnosen fehlen die entsprechenden Therapien. Es handelt sich um so etwas wie eine Schwangerschaft mit Rückgaberecht, also mit der Konsequenz des eugenischen Aborts. «Das Sicherheitsbedürfnis der Frau in der Schwangerschaft und die Suche nach Gewissheit des guten Ausgangs mit dem erwünschten Ergebnis treffen sich in geradezu idealer Weise mit den frauenärztlichen Versprechen «Kontrolle macht sicher», analysiert Verena Felder. Aber das Versprechen kann eben doch nicht immer eingelöst werden:

«Ein Kind zu gebären ist ein prächtiges Gefühl von Triumph, Heiterkeit und Freude. Doch war kein Wort von den Ärzten und der Hebamme zu hören und vom Baby kein Ton. Ein leichter Druck von Teds (ihrem Mann) Hand gab mir zu verstehen, dass etwas nicht stimmte. Lastende Stille, ich nahm eine Spannung wahr, die von nicht geäussernen Gedanken und Gefühlen herrührte. Menschen eilten ins Zimmer und gingen rasch wieder hinaus. Immer noch kein Kindergeschrei. Es schmerzte, das kleine Wesen nicht zu sehen und es nicht in die Arme nehmen zu können. Endlich sagte jemand: «Wir haben Mühe, ihn zum Atmen zu bringen. Er muss auf die Intensivstation.» (...) Ich wollte es wiegen, lieben, schützen, wie ich es die letzten sicheren



Frühchen in der Marcovich-Abteilung

Foto: Barbara Bavatz

wieder erreicht, und wir konnten mit dem Intubieren noch etwas zuwarten.»

Wann geben Sie Antibiotika? Beim Blasensprung?

«Nein, meines Erachtens ist die Abgabe von Antibiotika als Prophylaxe fraglich», meint Marcovich, und Klaube stimmt ihr zu.

Humaner Umgang - was ist das?

Was heisst denn eigentlich humaner Umgang in Bezug auf die Geburt von Früh- und Frühstgeborenen? wurden die Podiumsteilnehmenden gefragt.

Die Aarauer Hebamme *Mirijam Lenz* plädiert für:

«Ruhige Atmosphäre im Gebärsaal. Entspannung für die Mutter, beispielsweise mit Musik und Aromaessenzen, gedämpftes Licht für das Kind. Der Vater muss unbedingt auch integriert werden. Und wenn das Kind in die Neonatologie muss, sollte der Vater mitdürfen. Ein Foto hilft der

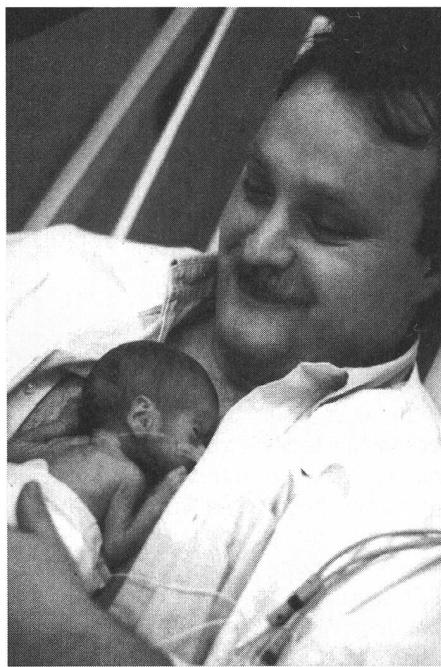


Foto: Barbara Bavatz

Monate getan hatte. Als sie es mir endlich gaben, durchflutete mich Erleichterung. Die Erschütterung wechselte in übertriebene Ruhe und stechende Klarheit. Ich hielt sein entstelltes Händchen in meiner Hand und dachte – das ist keine grosse Sache. Ich streichelte seine verunstaltete Augenbraue, das eingesunkene Gesicht, und schnell, zu schnell nahmen sie es wieder von mir weg» (3).

Für die Hebammen ist das Dilemma fast unlösbar: Die einen sollen überleben und tragen dennoch oft Behinderungen davon. Den andern wird das Dasein verweigert, weil aufgrund pränataldiagnostischer Massnahmen Behinderung festgestellt wurde.

Erheben Sie Einspruch

Felder plädiert dafür, dass die Aufgaben der Hebammme und der Pflegenden insbesondere darauf ausgerichtet werden, die natürliche Gesundheit, Lebendigkeit, Menschlichkeit und Würde sowohl der Frau als auch des Kindes zu schützen, zu unterstützen und notfalls zu verteidigen.

«Ergreifen Sie das Wort: Mischen Sie sich ein, wenn Sie in ein ethisches Dilemma geraten, erheben Sie Einspruch und fragen Sie immer wieder: «Weshalb tun Sie das, wie begründen Sie das?». Damit können sie wenigstens eine ethische Diskussion auslösen», rät die Sozialethikerin Dr. Ruth Baumann-Hölzle. Eine Hebammme aus dem Publikum gibt zu bedenken, dass sich Eltern trotz guter Information oft nicht wirklich

vorstellen können, wie es dann wirklich sein wird, ein Kind mit Trisomie oder einem Herzfehler zu haben. Baumann «erinnert daran, welch grossen Zwängen besonders die Frauen ausgesetzt seien. Sie könnten die Verantwortung für oder gegen einen Abort nicht alleine tragen. Und um längerfristig eine Verbesserung herbeizuführen, sei es sinnvoll, die Eltern auch nach einem Geschehen zu fragen: «Was hätten Sie von uns gebraucht?». Sonst würde sich nichts ändern.

Die Psychologin Harsha Adler wirft in die Diskussion ein, dass Ethik ein Prozess sei, dass uns im Alltag aber oft die Zeit fehle, um diesen Prozess zu durchlaufen. «Außerdem spielt neben der Ratio und den Gefühlen immer noch das Schicksal mit. Das anzuerkennen hilft mit, mögliche Schuldgefühle abzubauen.»

Ein Blick in das Publikum zeigt: Die Hebammen und Pflegenden sind inspiriert und begeistert von dem sanften Umgang mit Frühgeborenen – und gleichzeitig haben sie ihre eigene Arbeitssituation vor Augen, die zu oft noch keinerlei Behutsamkeit zulässt. Wie also könnte eine Verbesserung am eigenen

Arbeitsort erreicht werden? Dr. Klaube rät: «Fragen Sie doch immer wieder freundlich Ihren Chef:

«Warum – muss das Kind intubiert werden? Warum darf man das Kind erst ab 2000 g Körpergewicht stillen? Warum darf ein beatmetes Kind nicht aus dem Inkubator herausgenommen und in die Arme der Mutter gelegt werden?» Und lassen Sie sich die Antworten begründen.»

Am Schluss gibt Harsha Adler den Teilnehmenden noch folgendes chinesische Wort auf den Weg: Die Weisen leben sorgfältig – Sorgfältig gehen Sie mit der Welt um – Mit Sorgfalt für alle – Füllen sie ihre Herzen.

Literaturverzeichnis

- (1) STROBEL KORNELIA: Frühgeborene brauchen Liebe. 1988. Kösel
- (2) RÜMHOFER, HEIDI: Hoffnung für eine Handvoll Leben. 1995. H. Fischer
- (3) JEANNE McDERMOTT: Kindergesicht. In: Spuren, Nr. 41. 1996, S. 32
(auch lesenswert:)
Körner-Armbruster Angela: Totgeburt weiblich. Ein Abschied ohne Begrüssung. 1994. Goldmann

Homöopathie und Schulmedizin

B. Hochstrasser, Pl. Mattmann, Psych. Uniklinik Burghölzli Zürich

Einleitung

Alternative Heilmethoden zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin werden in der westlichen Welt zunehmend populärer. Gemäss einer Studie von SERMEUS (2) konsultierten 6–24% der Bevölkerung von neun europäischen Ländern einen komplementärmedizinischen Heilpraktiker. Homöopathie war dabei die häufigste Therapieform, gefolgt von Akupunktur und manueller Therapie.

Als mögliche Gründe für die wachsende Beliebtheit alternativer Heilmethoden nennt ALDRIDGE (4) den psychosozialen Ansatz, das Verständnis der Gesundheitssuche des Patienten als Sinngebung und die Tatsache, dass bei komplementärmedizinischen Heilverfahren der Patient und Konsument aktiv in die Therapieentscheidungen und Prozesse miteingeschlossen wird.

Die Homöopathie als die in Europa am längsten etablierte alternative Heilmethode weist eine grosse Anzahl von Publikationen auf, die allerdings nach HORNUNG (5) zum überwiegenden Teil wissenschaftlichen Standards

nicht genügen. Meistens handelt es sich um kasuistische Berichte, wie es der Vorgehensweise der Homöopathie entspricht. Die Mehrzahl der homöopathischen Arzneimittelbilder wurde im 19. und 20. Jahrhundert entwickelt, wobei diese allerdings nach CAMPELL (6) einer erneuten Überprüfung bedürfen.

Der Vergleich homöopathischer und naturwissenschaftlicher therapeutischer Verfahren erweist sich aus mehreren Gründen als problematisch: Das in der naturwissenschaftlichen Medizin bewährte methodische Modell des randomisierten Doppelblindversuchs ist nach RIGHETTI (9) ungeeignet, denn «in der Homöopathie lässt sich der Krankheitsbegriff weder in eine klinische Diagnose hineinzwängen, noch lässt sich in der Regel eine standardisierte Arznei gegen bestimmte klinische Diagnosen finden». Eine Untersuchung spezifischer Risikogruppen, basierend auf einer einheitlichen Diagnostik und hinsichtlich spezifischer Outcome-Kriterien, ist also nicht durchführbar, da die erwähnten Therapieformen ungleiche «diagnostische Systeme» verwenden.

Ein methodischer Ansatz, der nach HORNUNG (5) dem Prinzip der Individualität der