

# DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

# 39

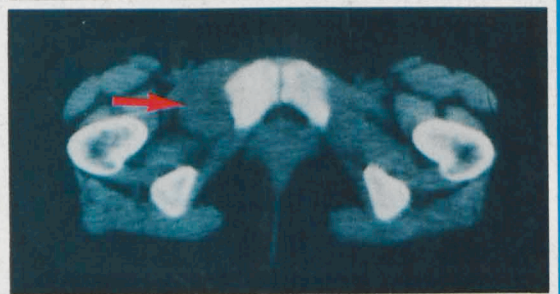
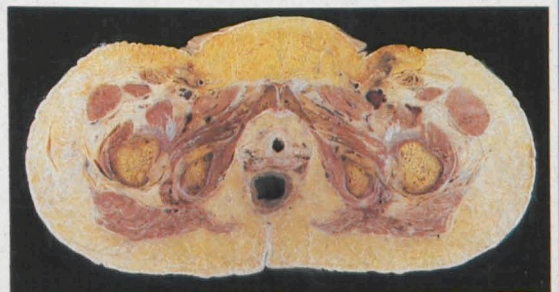
Ärztliche Mitteilungen

30. September 1983

Interview mit dem  
Bundesgesundheitsminister

## GEISSLER FÜR ZWEIJÄHRIGE PRAXISPHASE NACH DEM MEDIZINSTUDIUM

Die Information



### CT HOHER EINFLUSS AUF DIE THERAPIEPLANUNG

Zur Fortbildung

ZSN 1437

UBH Eingang 10. Okt. 1983

## Raucher-Meditation

▷ Wie fühle ich mich (froh, mutlos, gereizt, gutgelaunt)?

Mit der Wahrnehmung der persönlichen Lage wird sich der Raucher klar darüber, was er mit dem Rauchen erreichen will. Eine kleine Verschnaufpause von der Hektik, eine belebende Anregung, um Müdigkeit zu überwinden, eine Ablenkung von einem unangenehmen Gefühl oder einen Genuß als Belohnung? Er prüft, ob er das auch wirklich mit dem Rauchen erreichen kann.

Anschließend nimmt er mit jedem Zug wahr, welche Empfindung die Zigarette auf seinen Lippen auslöst, wie der Rauch auf der Zunge schmeckt, wie er sich im Hals und in der Brust anfühlt. Was geschieht im Körper durch die Wirkung der Tabakstoffe?

Auf diese Weise, nämlich durch permanente Beobachtung seiner selbst, schafft der Raucher eine beständige Rollendistanz zwischen dem wahrnehmenden Beobachter und dem handelnden Raucher in sich. Er ist so in der Lage, sich zu jeder Zeit für oder gegen Rauchen zu entscheiden. Der Automatismus der Gewohnheit ist durchbrochen.

Er wird feststellen, daß er mit dieser „Rauchmeditation“ nicht nur eine Menge über sich selbst lernt, sondern daß er gelegentlich und dann immer öfter die Zigarette wieder zurücklegen wird. Je mehr er über seine Beweggründe zu rauchen weiß, desto deutlicher wird ihm, daß er das, was er über das Rauchen erreichen möchte, dadurch nicht bekommen kann. Er wird ganz von selbst mit dem schädlichen Irrtum aufhören. Nicht weil er soll oder gute Ratschläge erhalten hat, sondern weil er Erfahrungen gemacht hat, die stärker wirken als alle intellektuelle Einsicht.

Anschrift der Verfasserin:  
Dr. med. Sabine Schonert  
Burg Kondenich 18–20  
5030 Hürth

## GESCHICHTE DER MEDIZIN

# Was ist „Compliance“?

Medizinische Terminologie: mehr als philologische Kleinkrämerei

Axel Bauer

Mehr als zwei Jahrtausende lang war die medizinische Fachsprache eine Domäne des Griechischen und Lateinischen. Von den hippokratischen Schriften des fünften und vierten vorchristlichen Jahrhunderts bis zu Galenos (129–199 n. Chr.), von Andreas Vesalius (1514–1564), dem Begründer der neuzeitlichen Anatomie wie auch Reformator ihrer Nomenklatur, bis zu Rudolf Virchow (1821–1902) – ihm verdanken wir die Bezeichnung „Embolie“ – und Eugen Bleuler (1857–1939), dem Schöpfer des Begriffs „Schizophrenie“ – stets bemühten sich die bedeutenden Mediziner darum, ihren Entdeckungen und Auffassungen einen sprachlich adäquaten, präzisen und somit dauerhaften Ausdruck zu verleihen. Nicht zuletzt die synthetische Struktur im Bau der alten Sprachen prädestinierte diese – neben den historischen Gründen – zu idealen Medien eines Technolekts.

### Englische und amerikanische Neologismen

Unser Jahrhundert und insbesondere die letzten drei Jahrzehnte haben hier einen völligen Wandel geschaffen. Die medizinische Fachsprache (und nicht nur sie) wurde und wird geradezu lawinenartig von einer Fülle englischer und amerikanischer Neologismen überschüttet und durchsetzt, was ein Blick in die jeweils neueste Auflage eines klinischen Wörterbuches schlagend beweist. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielschichtig und wären einer eingehenden, sehr differenzierten Analyse wert. So ließe sich mit Sicherheit eine unterschiedliche „Anfälligkeit“ einzelner Wissenschaften statistisch nachweisen, die in der Medizin von Grundla-

genfächern wie Anatomie und Pathologie über die klinischen Disziplinen bis zur Psychologie und Soziologie deutlich zunehmen dürfte. Aus der Sicht der medizinischen Terminologie als der Lehre von der Fachsprache sind derartige Veränderungen zu registrieren und gegebenenfalls durchaus kritisch zu bewerten; insbesondere dann, wenn die deskriptiven und präskriptiven Anforderungen an eine korrekte Terminusbildung verletzt werden, ist äußerste Wachsamkeit geboten. Daß dahinter mehr als philologische Kleinkrämerei steckt, soll ein aktuelles Beispiel verdeutlichen.

### Aus dem Compliance-Handbuch

Seit einiger Zeit begegnet man in wissenschaftlichen Aufsätzen, aber auch in Ärztezeitschriften sowie Anzeigen der pharmazeutischen Industrie immer häufiger dem Begriff „Compliance“. So heißt es dann etwa, das Medikament XY erziele eine ausgezeichnete Compliance oder verbessere die Compliance erheblich. Wer das Wort noch nie gehört haben sollte, offenbart nunmehr eine beachtliche Bildungslücke, die er alsbald durch eingehende Fachlektüre zu schließen hätte.

So gibt es jetzt auch in einer deutschsprachigen Ausgabe das „Compliance Handbuch“, herausgegeben von R. B. Haynes, D. W. Taylor und D. L. Sackett (München, Wien 1982), das auf 580 Seiten kompetent Auskunft über eine offensichtlich junge Wissenschaft bietet. Diesem Handbuch entnehmen wir eine Definition der „Compliance“. Man versteht darunter „das Ausmaß der Übereinstimmung des Verhaltens eines Menschen in bezug auf die Einnahme

von Arzneimitteln, die Befolgung einer Diät oder die Art, wie jemand seinen Lebensstil ändert, mit einem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat". (Vorwort, Seite 8)

Der Begriff stammt also aus dem Bereich der Klinischen Pharmakologie und der experimentellen Psychologie. D. L. Sackett war ursprünglich auf das Phänomen gestoßen, weil seine Hypertonie-Patienten oftmals unerklärlicherweise schlecht auf die Therapie ansprachen, ohne daß dies pharmakologische Ursachen haben konnten. Der Grund lag vielmehr in einer geringen „Einnahmезuverlässigkeit“ der Patienten; die Medikamente wanderten in den Mülleimer oder wurden aus sonstigen Gründen (Vergeßlichkeit, mangelnde Krankheitseinsicht usw.) nicht vorschriftsgemäß angewendet.

### Von Null auf 200 pro Jahr

Diese Erkenntnis führte zu den Begriffen „Compliance“ und „Non-Compliance“ sowie – ab etwa 1972 – zu einem neuen Forschungsgebiet. Seit diesem Zeitpunkt ist denn auch die Anzahl der Veröffentlichungen zum Thema „Compliance“ von praktisch Null auf etwa 200 pro Jahr exponentiell und lawinenartig angestiegen, so daß daraus schließlich ein eigenes Schlagwort im „Index Medicus“ resultierte („Patienten-Compliance“ und „patientenbedingtes Therapieversagen“). Ein Blick in das Inhaltsverzeichnis des „Compliance Handbuchs“ zeigt die thematische Breite der Problematik und der Forschung auf: Messung der Compliance, Determinanten der Compliance, Arzt-Patienten-Interaktion und Compliance, ethische Fragen zur Compliance, Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance, Bedeutung der Medien für die Compliance, Compliance bei der Raucherentwöhnung oder bei der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs usw. Wir wollen uns im folgenden ausschließlich dem terminologischen Aspekt des

Compliance-Begriffs zuwenden und verweisen dazu nochmals auf die oben zitierte Definition. R. B. Haynes betont, daß die Begriffe „Compliance“ und „Non-Compliance“ das Verhalten der Patienten nicht moralisch bewerten sollen, sondern lediglich nützliche Termini technici darstellen (Seite 12 f.). Dieser Hinweis erscheint deshalb notwendig, weil die wörtliche Übersetzung von „Compliance“ soviel bedeutet wie „Willfähigkeit, Nachgiebigkeit, Gefälligkeit, Einwilligung“ und „Non-Compliance“ etwa „Zuwerhandlung, Verstoß“.

Beide Wörter enthalten letztlich (ab)wertende Konnotationen, die dem medizinischen (klinisch-pharmakologischen) Begriffsinhalt seiner Definition nach nicht zukommen, da dieser lediglich wertneutral „Übereinstimmung“ oder „Korrespondenz“ beschreiben bzw. messen soll. Ein weitergehender Anspruch wird von der Klinischen Pharmakologie weder erhoben, noch wäre ein solcher im Sinn einer ethisch vertretbaren Arzt-Patient-Beziehung anzustreben. Hierauf weist der Handbuch-Mitautor Albert R. Jonsen hin, wenn er formuliert: „Alle Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance müssen dem Patienten Einblick in seine eigene Situation und sein eigenes Ich gewährleisten und ihm die Möglichkeit lassen, anders zu handeln, wenn er es für richtig hält“ (Seite 139). Derselbe Verfasser sieht aber noch etwas anderes: „Das Problem als ‚Compliance‘ anzusprechen heißt doch eigentlich, es als ein Problem im Patientenverhalten hinzustellen und folglich seine Ursachen beim Patienten zu suchen... Alle, die die Compliance studieren und darüber schreiben, wissen, daß das Verhalten des Arztes ein kritischer Faktor ist, aber indem sie ihr Problem nach dem Verhalten des Patienten benennen, vermitteln sie eigentlich ein schiefes Bild“ (Seite 141).

Es muß also festgestellt werden, daß die medizinische Bedeutung

von „Compliance“ sich mit dem semantischen Begriffsfeld des gleichnamigen englischen Wortes nicht deckt; im Gegenteil ist durch dessen wertende Konnotationen die Gefahr von Mißverständnissen geradezu vorprogrammiert. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Begriff aus dem relativ scharf konturierten Verwendungsbereich innerhalb eines Teilgebietes der naturwissenschaftlichen Medizin in die Sprache des Medizinischen Psychologen oder des Arztes exportiert wird. „Compliance“ erfüllt somit das Kriterium der „sachlichen Richtigkeit“ der Terminusbildung nicht. Ein ähnliches Beispiel wäre etwa der „Nervus opticus“, der ja eben gerade kein peripherer Nerv, sondern ein Gehirnteil – weiße Substanz – ist.

### „Compliance“ des Lungengewebes

Ein anderes Kriterium der Terminologie verlangt „Eindeutigkeit“, das heißt die Vermeidung von Termini in mehrfacher Bedeutung.

Nun stellt die „Compliance“ aber zusätzlich ein Homonym dar, da sie bereits seit langer Zeit in der Physiologie als Maß für die Dehnbarkeit des Lungengewebes verwendet wird, ausgedrückt durch den Quotienten von Volumen/Druck; hier könnte man „Compliance“ recht anschaulich übersetzen mit „Willfähigkeit“ oder „Nachgiebigkeit“ der Lunge, bei Druckerhöhung Luft aufzunehmen und dadurch ihr Volumen zu vergrößern.

### Keine akzeptable Alternative

Zusammenfassend kommen wir daher zu dem Ergebnis, daß der Terminus „Compliance“ zwei präskriptive Kriterien der medizinischen Terminologie verletzt und deshalb eigentlich nicht verwendet werden sollte. Die Realität jedoch sieht anders aus, Haynes schreibt: „Wie auch immer, der Begriff ist bereits so tief verwur-

Compliance

zelt, daß wir nicht mehr in der Lage sind, ihm eine akzeptable Alternative entgegenzustellen“ (Compliance Handbuch Seite 12).

Auf inhaltliche Schwierigkeiten weist seine deutsche Kollegin Ellen Weber hin: „Ein Begriff, der alle Facetten dessen umfaßt, was umschrieben werden soll, ist bisher... nicht gefunden worden“ (Weber, Seite 23). In der Tat ist das Wort nach nur wenig mehr als zehn Jahren intensiver Compliance-Forschung inzwischen in die 254. Auflage (1982) des „Klinischen Wörterbuchs“ von Pschyrembel eingedrungen (Seite 207, „C. = Bereitschaft, Mitarbeit, ‚Mitmachen‘ des Pat., bes. bei therapeutisch. Maßnahmen“) und hat sich damit auch in Deutschland wohl einstweilen durchgesetzt. Dies dokumentiert die Schnelligkeit, vielleicht aber auch die Schnellebigkeit der Weiterentwicklung einer vor allem durch angloamerikanische Neologismen geprägten internationalen medizinischen Fachsprache. Gelegentlich scheint hier die Schlagwortbildung und die damit verbundene Publizität wichtiger zu sein als Prägnanz und Klarheit der Begriffe selbst. Man fühlt sich hin und wieder versucht, Schopenhauer zu zitieren, der warnte: „Jedes überflüssige Wort wirkt seinem Zweck gerade entgegen.“

**Neue Begriffe nach Gutdünken?**

Die Fortentwicklung der medizinischen Fachsprache folgte stets Eigengesetzlichkeiten, Zeitströmungen sowie Zufällen, die sich einer exakten und vor allem kompletten wissenschaftlichen Fixierung a priori entziehen; dem Medizinhistoriker bleiben meist nur retrospektive Analyse und eventuelle Kritik überlassen, deren Wirkung in der Regel gering zu veranschlagen ist. Um so mehr sollten neue Begriffe nicht nach Gutdünken gebildet werden, selbst dann nicht, wenn sie auf den ersten Blick „praktisch“ und eingängig zu sein scheinen. Eine engere Koopera-

tion zwischen den Vertretern der Einzeldisziplinen einerseits und der medizinischen Terminologie bzw. Medizingeschichte andererseits wäre hier sehr wünschenswert.

Obwohl es vielleicht manchem anachronistisch vorkommen mag, sei abschließend noch einmal auf die Vorteile der alten Sprachen hingewiesen, die bislang von keiner modernen Sprache erreicht oder gar übertroffen wurden. Zunehmend schlechtere Latein- und Griechischkenntnisse der Medizinstudenten und Ärzte dürften als Gegenargumente jedenfalls nicht geltend gemacht werden – dem wäre abzuhelpfen.

**Literatur**

Haynes, R. B.; Taylor, D. W. und Sackett, D. L. (Hrsg.): Compliance Handbuch, München/Wien, 1982 – Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch, 254. Auflage, Berlin/New York, 1982 – Weber, E.: Problematik der Befolgung therapeutischer Maßnahmen aus klinischer Sicht; in: Fischer, B. und Lehl, S. (Hrsg.): Patienten-Compliance. Stellenwert, bisherige Ergebnisse, Verbesserungsmöglichkeiten, Mannheim, 1982, S. 23–35

**Anschrift des Verfassers:**  
Dr. med. Axel Bauer  
Institut für Geschichte der Medizin  
Im Neuenheimer Feld 305  
6900 Heidelberg 1

**Internationaler Kunstmarkt 1983 wieder in Köln**

Der Internationale Kunstmarkt 1983 findet vom 12. bis zum 17. November 1983 in den Rheinhallen des Kölner Messegeländes statt. Das Angebot umfaßt Kunstwerke des 20. Jahrhunderts von der Klassischen Moderne bis zur Avantgarde: Gemälde, Aquarelle, Zeichnungen, Graphik, Skulpturen und Objekte. Veranstalter ist der Bundesverband Deutscher Galerien e. V. in Zusammenarbeit mit der Kölner Messegesellschaft. KM

PERSONALIA

**Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft**

**Martin Boss** (60), Geschäftsführer des Marburger Bundes im Landesverband Niedersachsen, Hannover, erhielt aus der Hand des Präsi-



Martin Boss

Foto: privat

denten der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. med. Gustav Osterwald, das vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.

Martin Boss, der 1965 in den Dienst der Ärztekammer Niedersachsen eintrat, hat sich seit nahezu zwei Jahrzehnten vor allem als Tarifexperte und als Sachverständiger in arbeitsrechtlichen Fragen große Verdienste erworben. Sein großes Engagement in der Ärzteschaft trug dazu bei, die Rechte der Krankenhausärzte gegenüber ihren Arbeitgebern zu stärken und das Verhältnis zwischen den jüngeren Ärzten und ihren berufsständischen Organisationen zu fördern. BÄK/ff

**Gewählt**

**Bruno Nösser und Werner Wimmer** sind vom Aufsichtsrat der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf, zum 1. Juli zu stellvertretenden Mitgliedern des Vorstandes dieser Bank gewählt worden. EB