

politicum

**Josef Krainer Haus
Schriften**

**Die Medizin braucht
neues Denken**

49



November 1990 / 10. Jahrgang

Noch erhältliche Nummern:

- Heft 41 „Demokratie und Kontrolle“
- Heft 42 „Pflicht und Gehorsam“
- Heft 42a „Vom Patriarchat zur Partnerschaft“
- Heft 43 „Bewußter Leben“
- Heft 44 „Frauenbild und Männerwelt im Umbruch“
- Heft 45 „Leben in der Gemeinde“
- Heft 46 „Wissenschaft und Forschung“
- Heft 47 „Pop und Politik“
- Heft 48 „Grenzland — Hoffungsland“

Herausgeber: Josef-Krainer-Haus
Bildungszentrum der ÖVP Steiermark

Medieninhaber: ÖVP Steiermark

Ständige Redaktion:
Herwig Hösele, Ludwig Kapfer,
Dr. Manfred Prisching

Hersteller: Klampfer Ges.m.b.H., 8160 Weiz

Für den Vertrieb verantwortlich:
Helmut Wolf

Bestellungen an Josef-Krainer-Haus
Pfeifferhofweg 28, 8045 Graz

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates

Univ.-Prof. Dr. Alfred ABLEITINGER
Ass.-Prof. Dr. Wolfgang BENEDEK
Univ.-Prof. Dr. Christian BRÜNNER
Univ.-Prof. Dr. Anton GRABNER HAIDER
Prof. Dr. Karl A. KUBINZKY
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang MANTL
Univ.-Prof. Dr. Norbert PUCKER
Univ.-Prof. Dr. Reinhard RACK
Univ.-Prof. Dr. Kurt SALAMUN
Univ.-Prof. Dr. Bernd SCHILCHER
Univ.-Prof. DDR. Gerald SCHÖPFER
Univ.-Prof. DDR. Wilfried SKREINER
Univ.-Prof. DDR. Ota WEINBERGER
Univ.-Prof. Dr. Kurt WEINKE
Univ.-Prof. Dr. Franz WOLKINGER
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang ZACH

Inhalt und Autoren:

Editorial	1
Thomas Kenner Medizin und Gesundheit in der Steiermark	2
Grete Schurz Obrigkeitsdenken, Verantwortungsdefizite und Menschenversuche in der Medizin	5
Lindi Kalnoky Das neue Denken geht uns alle an	7
Harald Ettl Für Sozial- und Gesundheitssprengel	9
Wolfgang Routil Alternativen im Gesundheitswesen	10
Alois Wolkinger Medizin — Wo bleibt die Ethik?	14
Werner Vogt Bruch oder Kontinuität	18
Marianne Springer-Kremser Psychiatrie und Psychotherapie — Die Geschichte einer Liaison	22
„Patientenrechte“ Dokumentation einer Diskussion des Modell Steiermark von Beate Frakele	25
Lindi Kalnoky	25
Wolfgang Routil	26
Johannes W. Pichler	29
Gertraud Krüger	31
Herwig Holzer	33
Diskussion	
Friederike Zechner Zwischengelagert	41
Marina Schoeller Alternativen im Gesundheitswesen	44
Ralf Aschemann Wissenschaftsladen Graz	46
Wußten Sie...	48

Offenlegung der Richtung im Sinne des Pressegesetzes:
„politicum“ versteht sich als Plattform der Diskussion im Geiste jener größtmöglichen Offenheit und der tragenden Prinzipien, wie sie im „Modell Steiermark“ vorgegeben sind.

EDITORIAL

Mehr und mehr Menschen beklagen die sterile und kalte Atmosphäre in den Krankenhäusern. Patienten, die sich sorgenschwer der ärztlichen Kunst anvertrauen, fühlen sich rasch als Fall, als Computerakt im hektischen Getriebe des Spitalsalltags. Mediziner werden auf objektive Befunde trainiert; nach der subjektiven Befindlichkeit der Kranken fragen sie selten.

Zeit ist meist zu kostbar, um sich einfühlen- des Verhalten geduldig aneignen zu können — noch dazu, wo die Ausbildung zum hoch- spezialisierten Mediziner noch immer die gravierenden Zusammenhänge zwischen psy- chischen und physischen Faktoren im Krank- heitsbild zu vernachlässigen scheint. Unter althergebrachten hierarchischen Strukturen, in denen sich medizinische Fortschrittseupho- rie in glanzvollen Erfolgen niederschlug, wurde auf eine ganzheitliche oder gar sanft- alternative Medizin wenig Augenmerk gelegt. Der Mensch als „würdevolle Person“ ver- kümmerte sozusagen zum „organisierten Diagnosefall“. Nun revoltiert er als Patient gegen seine Entmündigung — und mehr und

mehr sensible Ärzte schließen sich diesen Protesten an. Die Forderung: „Medizin braucht neues Denken“, schlägt sich in den Vortragstexten nieder, die im vorliegenden Heft nachzulesen sind.

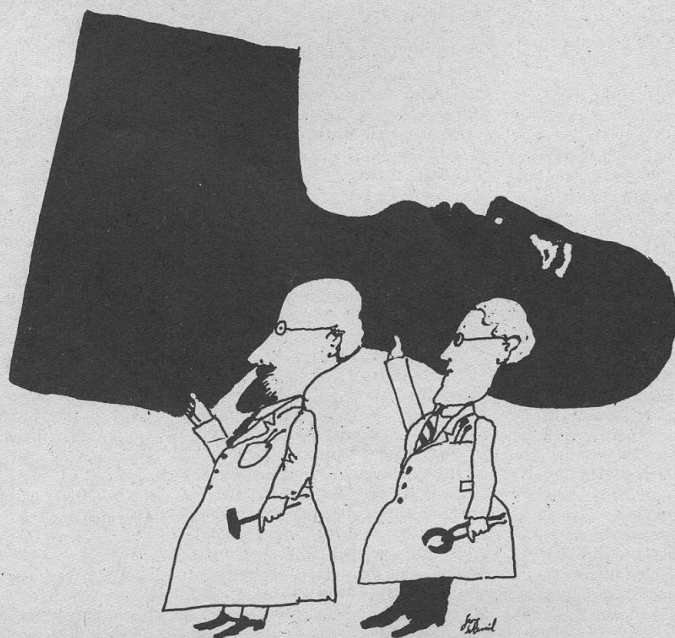
Dieses von mir angeregte Symposium wurde erfreulicherweise vom Rektor der Karl-Fran- zens-Universität mitgestaltend aufgegriffen, wofür ich Herrn Univ.-Prof. Dr. Thomas Kenner herzlich danken möchte.

Wenn wir aber vom neuen Denken in der Me- dizin sprechen, dürfen Patientenrechte nicht unter den Tisch fallen. Eine Veranstaltung, die vom „Modell Steiermark“ organisiert worden ist, hat sich intensiv mit der Forde- rung nach kompetenter und gesetzlich veran- kerter Patientenvertretung auseinanderge- setzt. Die interessanten Beiträge zum Thema finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe.

Abgerundet wird das Thema von einem „Lo- kalaugenschein“ im Krankenhaus durch Frie- derike Zechner.

Um Weiterdiskussion und Weiterentwicklung der vorliegenden Ideen wird gebeten.

Grete Schurz



MEDIZIN UND GESUNDHEIT IN DER STEIERMARK

Seit ich das Amt des Rektors in unserer Universität übernommen habe, weiß ich, was es bedeutet, etwas in Bewegung setzen zu wollen. Man darf nicht sofort resignieren, wenn man rundum quasi in Teig greift. Das gilt wohl auch für das Thema Gesundheit.

Vier Szenarios

1) Kürzlich fiel mir eine Zeitschrift in die Hände: auf der ersten und zweiten Seite Reklame und Rezepte für Krapfen und allerlei fett-triefende Faschingsspeisen; auf der dritten Seite Schilderung des Primarius XY in seinem Kampf gegen das erhöhte Cholesterin seiner Patienten.

2) Neben der Straße, sozusagen als Wegweiser in die Lungenheilstätte: Reklame für Zigaretten als Vermittler des großen Glücks.

3) Schilderung des Sohnes von Freunden: Gymnasiasten — schon in der Unterstufe sind Parties ohne Alkohol nicht denkbar. Am Büffet: Alkoholika sind billiger als soft drinks oder Mineralwasser.

4) Nicht nur in Diskos sondern auch bei renommierten Bällen wird die Lautstärke der Musik so hoch gedreht, daß man sich nicht unterhalten kann — wir sind eine kommunikationsgestörte Gesellschaft. Hörschäden sind an der Tagesordnung und bilden die Basis einer permanenten Kommunikationsbehinderung.

Einleitung

Wenn ich ein Referat vorbereite, versuche ich zunächst den Titel zu analysieren: was ist Medizin und was ist Gesundheit? Und was hat Gesundheit mit Medizin zu tun? Medizin ist eine Kombination von Naturwissenschaft und Heilkunst. Um ein guter Arzt zu sein, muß man neben Kenntnissen auch handwerkliche, künstlerische Fertigkeiten und eine positive Einstellung zum hilfesuchenden Menschen haben. Gesundheit wird in der bekannten Definition der Weltgesundheitsorganisation als das Fehlen von Krankheit und das völlige physische, psychische und soziale Wohlbefinden beschrieben. — Eine unerreichbare Utopie! Ich meine, daß eine derartige Utopie die Wurzel negativer Konsequenzen sein kann.

Wer kann sich nach dieser Definition überhaupt als gesund empfinden? Wie leicht kann daraus Selbstmitleid und Inaktivität entstehen! Vielleicht der typisch österreichische Zustand des Frühpensionisten.

Erreichbar und erstrebenswert ist eine

optimistische Beschreibung der Gesundheit als einen Zustand, in dem man imstande ist mit allen Problemen des Lebens fertig zu werden.

Die Frage, ob Medizin etwas mit Gesundheit zu tun hat, ist eine Frage, die schon in der Begriffsbildung beantwortet wird: Ärzte arbeiten nicht im Gesundheitshaus, sondern im Krankenhaus! Wie sehr kommt hier unsere veraltete Einstellung zum Ausdruck, daß Medizin eine Art Feuerwehr darstellt, die bei menschlichen Katastrophen reagiert. Wir müssen uns klar sein, daß die Zukunft nicht im Krankenhaus, sondern in der Erhaltung der Gesundheit liegt.

„Medizin und Gesundheit“ ist auch ein quantitatives Problem. Ob etwa die Verdoppelung der Ärzte und der Kosten unseres Gesundheitswesens, die Gesundheit verdoppeln würde? Wir wissen, daß das nicht der Fall ist. Darum stehen auch die ständig wachsenden Kosten unseres Gesundheitssystems durchaus nicht in Relation zum Gesundheitszustand unserer Gesellschaft.

Die wichtigsten Probleme für die Zukunft

Die eingangs dargestellten Szenarios deuten einige wesentliche Schwerpunkte an:

- 1) Frühe Gesundheitserziehung
 - 2) Verhinderung des Mißbrauchs von Genußmitteln wie Nikotin und Alkohol, Verhinderung von Drogenmißbrauch
 - 3) Betreuung und Förderung von Breiten-sport
 - 4) Lebensberatung
 - 5) Hauskrankenpflege und insbesondere Betreuung von Alten
- Die Medizin muß eine Gesundheitsmedizin und möglichst dezentral aufgebaut werden.

Ich möchte im folgenden auf einige Probleme eingehen, die eine schnelle Lösung sofort benötigen.

Umwelt

Spätestens Tschernobyl und die Nachrichten aus den Oststaaten haben die katastrophale ökologische Situation der Welt klargemacht. Die Tatsache, daß die derzeitige Wittersituation offensichtlich mit dem Treibhauseffekt zusammenhängt, steigert die Dringlichkeit, etwas zu tun. Wir haben am Physiologischen Institut an mehreren Studien über Effekte der Luft- und Wasserverschmutzung mitgearbeitet. In Graz konnten wir zeigen, daß die Inzi-

denz des plötzlichen Säuglingstodes (SIDS) in Bezirken mit geringer durchschnittlicher Luftqualität erhöht ist.

In mehreren, gemeinsam mit dem Hygieneinstitut durchgeführten Studien konnte gezeigt werden, daß die Wahrscheinlichkeit, an Atemwegskrebs zu sterben, etwa in einer Region wie Voitsberg-Köflach deutlich und signifikant größer ist, als in umwelthygienisch wenig belasteten Gegenden, wie etwa Bad Aussee.

Ergebnisse dieser Art zeigen, daß man die Sanierung der Umwelt schnellstens vorantreiben muß, und gleichzeitig auch ein Bewußtsein für die Notwendigkeit von Maßnahmen erreichen muß.

Ärzteschwemme

Wir haben gleichzeitig zuviel und zuwenig Ärzte. Wenn man plötzlich einen Arzt, vor allem einen guten Arzt braucht, ist sicher keiner erreichbar. Es gibt einige Fächer, z.B. Zahnheilkunde, Dermatologie, Urologie, die zuwenig Nachwuchs haben, weil zu wenig Ausbildungsstellen existieren. Ich muß sagen, daß die Ursache dieses Zustandes ganz offensichtlich auf eine jahrzehntelange Planlosigkeit zurückgeht. Man hat nie darüber nachgedacht, welcher Bedarf vorhanden ist und wie man Angebot und Nachfrage koordinieren könnte.

Österreich ist eines der wenigen Länder in denen jeder Mediziner ohne Aufnahmegrenzung Medizin studieren kann. Das hat dazu geführt, daß zeitweise eine zu hohe Zahl von Medizinabsolventen promoviert wurde. — Ich sage Medizinabsolventen, weil ein frischpromovierter Dr. med. univ. keinerlei eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit durchführen darf. Er darf sich nicht einmal Arzt nennen. Erst nach Absolvierung der postpromotionalen Mindestausbildung von 3 Jahren Turnus bekommt der junge Arzt das jus practicandi.

Woran es derzeit fehlt, ist auch hier Planung. Man kann nicht einfach zusehen, wie der Engpaß der Turnusplätze viele junge Ärzte zum Taxichauffieren zwingt. Sie verlernen, was sie im Studium gelernt haben. Man sollte neue Ideen entwickeln, wie man junge Ärzte beispielsweise in der Hauskrankenpflege und in der Altenpflege oder in der Präventivmedizin einsetzen kann.

Sandkastenspiele

Nach einer Tagung über Medizin und Gesundheit habe ich von einem Teilnehmer

einen Brief erhalten, aus dem ich die folgenden Sätze zitieren möchte, die unsere derzeitige Situation sehr anschaulich illustrieren:

„...Nach einer Woche des Zögerns erlaube ich mir doch auf die von Ihnen (damit bin ich gemeint) gestellte Frage einzugehen, warum die Veranstaltung so dünn besucht war... ich habe das Thema mit der Sandkiste am Kinderspielfeldplatz verglichen. Die Kinder sind kreativ, ab und zu kommen die Erwachsenen vorbei um nachzusehen, „gehts Euch eh gut? spielt Ihr auch brav?“

Die Großen, die am Hebel sitzen, haben überhaupt kein Interesse. Kein Kliniker war zu sehen, kein Departementleiter. Drei Primärärzte waren da... das erfreute.

Und die jungen Ärzte, die Medizinstudenten, die Sie vermißten? Die spüren und wissen, daß das eigentlich die Sandkiste ist.

Der Minister war völlig unvorbereitet. Ich möchte wissen, ob auf seinem DIN A 5 großen Handzettel überhaupt etwas geschrieben stand... Am Freitag war die rote Partie da, am Samstag die schwarze. Sehen und gesehen werden. Was kümmern schon Inhalte, das Streben um weitere Horizonte... Einer der Sekretäre hat während des ganzen Vortrages nur geschwätzt. Bis ein Journalist gekommen ist, mit dem ich dann hinaus.

So wie sich die Gesellschaft einen Peter Sloterdijk, im Bereich der Ökonomie einen Hans Pestalozzi leistet, so hält sich unser System im kleinen Ausmaß einen Dr. Vogt, gleichsam als Hofnarren. Für den Optimismus... ist nicht viel Licht zu sehen. Die Realität, die Macht und die Interessen gehen in die Gegenrichtung. „Ich habe dem Briefschreiber geantwortet: wie recht Sie haben!

Ich frage mich, kann sich in diesem starren und sklerotischen System jemals etwas ändern? Oder, anders ausgedrückt: wer muß kommen, um etwas zu ändern, und was Furchtbares muß geschehen, damit sich etwas ändert? Ist der AKH-Skandal in Wien noch nicht genug, mußte auch noch Lainz passieren?

LKH 2000

LKH 2000 ist meines Erachtens der Versuch, eine völlig verfahrenre Entwicklung in unserem Landeskrankenhaus in ein Bundesdeutsches Korsett zu pressen. Irgendetwas muß natürlich dabei herauskommen. Es sind verschiedene Lösungsvorschläge empfohlen worden, es klingt alles wunderbar und wird 6 Milliarden Schilling kosten. Man könnte Egon Friedell gering modifiziert zitieren: Es gibt nur zwei Möglichkeiten, aber keine von beiden wird eintreten.

Es ist für einen Systemanalytiker spannend, aber in der Auswirkung schlimm, wenn bei Versuchen zur Problemlösung Strategien verfolgt werden, die miteinander im Widerspruch stehen und gegen-

sätzliche Effekte haben.

Ich möchte zwei Beispiele anführen: Sie wissen alle, daß wir uns am besten Weg zu einer total überalterten Gesellschaft befinden. Im Plan des LKH 2000 ist daher in Übereinstimmung mit einem Beschluß des Landessanitätsrates das Krankenhaus Hörgas als geriatrisches Spital vorgesehen gewesen.

Vor einiger Zeit erhielt ich folgenden Brief aus Hörgas: Überschrift: „Betrifft: Änderung des Indikationsbereichs für das LKH Hörgas in ein Standardkrankenhaus für Innere Medizin. Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege! Mit Bescheid vom 29. Mai 1989 wurde die bisherige Lungenheilstätte Hörgas in ein Standardkrankenhaus für Innere Medizin umgewidmet... In diagnostischer und therapeutischer Hinsicht ist das Krankenhaus Hörgas bereits dahingehend adaptiert, daß Erkrankungen aller Teilgebiete der Inneren Medizin aufgenommen werden. Reine Pflegefälle können jedoch aufgrund des Einspruchs der Sozialversicherung nicht mehr untergebracht werden.“ Unterzeichnet vom neuernannten Primarius.

Es ist verständlich, daß Interesse an dieser Vorgangsweise besteht, da „normale“ interne Krankenfälle mehr von den Krankenkassen einbringen, als Pflegefälle.

Jetzt aber möchte ich Ihnen die Rätselfragen stellen: 1) Wohin kommen die Pflegefälle? 2) Wer hat das so geplant?

Antwort auf die erste Frage: Die Pflegefälle kommen zum größten Teil in unser Universitätsspital, das für Spitzenmedizin eingerichtet ist und dafür besonders bezahlt wird. Ein kleinerer Teil kommt in den Feldhof.

Die Antwort auf die zweite Frage lautet: solche Entwicklungen laufen unter der Hand, und „nie sollst du mich befragen“.

Hauskrankenpflege

Das zweite Beispiel: Das große Ziel des LKH 2000 ist Einsparung durch Bettenreduktion. An verschiedenen Abteilungen werden demnach schon die Betten reduziert — die in den Zimmern stehenden Betten. Dafür stehen immer mehr Betten auf den Gängen, vor allem, wenn eine Abteilung Aufnahme gehabt hat. Es ist meines Wissens bisher nicht gelungen, eine Maßnahme effizient zu setzen, die notwendig ist, um den durch die abgebauten Betten aufgetretenen Betreuungsbedarf abzudecken. Insbesondere meine ich hier die Hauskrankenpflege.

Es gibt in Vorarlberg eine vorbildlich funktionierende und bestens in kleine überschaubare Einheiten organisierte Hauskrankenpflege. Es gibt auch in Graz Hauskrankenpflege, etwa vom Roten Kreuz und durch das SBZ. Offenbar ist es aber noch nicht gelungen, Geldmittel richtig zu lenken, die für eine breitgefächerte Hauskrankenpflege zur Verfügung stehen. Ich selbst durchschaue das System nicht und zitiere daher eine Wort-

meldung von Herrn Jörg Mayer-Heinisch, der sich schon seit vielen Jahren mit dem Problem beschäftigt:

„Mit dem Einsetzen des Regierungsübereinkommens im Jahre 1987 ist... die Verantwortung für die Hauskrankenpflege ganz den Ländern übertragen worden. Davon haben laut § 2 der Bestimmung des KRAZAF die Länder von der ihnen überwiesenen Summe minimal 10% bis maximal 25% für „Strukturmaßnahmen“ zu verwenden. Diese umfassen: Extramurale Einrichtungen, wie Hauskrankenpflege, Errichtung von Pflegeheimen, soziale mobile Pflegedienste usw. Das Land hat im vergangenen Jahr 1,1 Mrd. Schilling aus dem KRAZAF erhalten, hätte daher mindestens 100 Millionen Schilling für Hauskrankenpflege einsetzen müssen. In Wirklichkeit sind diese Mittel zur Gänze an die Landeskrankenhäuser geflossen.“

Nach Diskussionen mit Personen, die ebenfalls versucht haben, in das Problem Hauskrankenpflege Einblick zu erhalten, scheint mir die Annahme zutreffend, daß möglicherweise die erwähnten Mittel nicht zur Gänze, aber doch zum größten Teil in die Landeskrankenhäuser fließen, die bezüglich Geld eine Art „schwarze Löcher“ darstellen.

Wenn das tatsächlich so der Fall ist, dann darf man sich nicht wundern, daß die Bettenreduktion nicht zu einer Senkung des Bettenbedarfs und schon gar nicht zu einer Senkung der Kosten führt. — Es erinnert mich das an einen alten Laborspruch beim Zubereiten von Bindschnüren: „Jetzt hab ich die Schnur schon dreimal abgeschnitten und sie ist noch immer zu kurz.“

Psychiatrie

Das Besondere der Grazer Situation besteht darin, daß wir die einzige österreichische Universität sind, in der bis vor kurzem keine Psychiatrische Universitätsklinik existierte. Seit dem 1. Juni 1990 existiert eine provisorische Klinik mit einem provisorischen Leiter. Vermutlich ist diese Situation sogar einzigartig in der Westlichen Welt. Dabei ist die auf Anordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Forschung durchgeführte Errichtung der Klinik zuerst von der zuständigen Berufungskommission, und dann von den betroffenen Klinikärzten durch eine Pressekonferenz erzwungen worden. Im Jahre 1988 wurde in der Medizinischen Fakultät der Beschluß gefaßt, die derzeitige Psychiatrisch-Neurologische Klinik in eine Neurologische Klinik und eine Psychiatrische Klinik zu teilen. Anlaßlich des 125-Jahr-Jubiläum der Medizinischen Fakultät im Jahr 1988 wurde vom damaligen Bundesminister für Wissenschaft und Forschung die Stelle eines Ordinarius für Psychiatrie zugesagt. Mitte des vorigen Jahres wurde die Stelle zur Ausschreibung freigegeben.

Die Arbeit der Berufungskommission

wurde von deren Mitgliedern solange blockiert, bis klargestellt war, wo in Graz Räume für die zukünftige Psychiatrie zur Verfügung stehen werden. Wie so etwas möglich ist, werde ich versuchen zu erklären.

Im Gebäude der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik existieren 2 psychiatrische Stationen mit insgesamt etwa 70 Betten. Im Mai 1988 hat die Fakultät, basierend auf einem Beschluß der Klinikkonferenz beschlossen, daß Räume und Personal dieser Stationen für die psychiatrische Klinik verfügbar gemacht werden sollen. Dieser Meinung hat sich schließlich in seinem Brief vom 31. 3. 1990 auch Minister Dr. Busek angeschlossen.

Im Laufe des vorigen Jahres hat sich zunehmend gezeigt, daß sowohl die Krankenanstaltengesellschaften als auch die Klinikleitung mehr und mehr von dem erwähnten Beschluß der Klinikkonferenz abtrüben.

Die Idee, die von diesen Stellen entgegen der Meinung des Ministeriums und der Fakultät in den Vordergrund gestellt wird, lautete: vorübergehende Lokalisation der zu errichtenden psychiatrischen Klinik im Landes-Nerven-Sonderkrankenhaus LSKH, Feldhof.

Da es immer noch einige Verfechter dieser Meinung gibt, möchte ich die Gelegenheit benützen und die Gründe darstellen, warum meines Erachtens, in Übereinstimmung mit der Meinung der Berufungskommission, der Fakultät und des Ministeriums, eine derartige Verlegung in den Bereich des LSKH nicht in Frage kommt, und warum die psychiatrische Klinik im LKH eingerichtet werden mußte und auch dort verbleiben muß.

Nur im LKH ist die sofortige Erreichbarkeit aller Labors und aller maschinellen diagnostischen Einrichtungen des LKH für psychiatrische Akutpatienten (Akute posttraumatische Psychosynonyme, Hirntumoren etc.) garantiert. Der Bedarf liegt derzeit bei täglich 5–10 Computertomographien und NMR-Untersuchungen und wöchentlich mindestens 8–9 nuklearmedizinischen Untersuchungen. Für diese Patientengruppe werden ständig chirurgische, internistisch-kardiologische und andere Konsiliarärzte unmittelbar gebraucht, die innerhalb der kürzesten Zeit verfügbar sein müssen. Bei einer Lokalisation im LSKH müßte der Patient mit pflegerischem oder ärztlichem Begleitpersonal quer durch die Stadt ins LKH und nach der Untersuchung wieder zurück transportiert werden. Damit wäre also — bei mehreren solchen Fällen pro Tag — eine Truppe von Pflegern ständig in Transporten unterwegs. Dies würde, neben hohen Risiken für die Patienten und hohen Transportkosten auch hohe zusätzliche Personalkosten verursachen, da zweifelsohne zusätzliches Personal für die in der Klinik zu versorgenden Patienten eingestellt werden müßte.

Ein ähnlich schwieriges Problem ergibt sich für den kommenden Klinikvorstand, der die Hauptvorlesung in Psychiatrie

halten muß. Studenten haben einen Vorlesungsstundenplan und sollen täglich mehrere Vorlesungen und verschiedene Praktika an diversen Universitätskliniken im LKH besuchen. Sie können nicht zwingend durch in eine Vorlesung ans andere Stadtende ins LSKH fahren.

Ein weiteres Problem ist, daß viele Patienten derzeit nicht bereit sind, sich in das Landessonderkrankenhaus zu legen, da sie lieber den neutralen Titel des Landeskrankenhauses für ihre Anonymität haben. Damit sind hier vor allem junge Leute mit krisenhaften Entwicklungen, Depressionen und Streßpsychosen gemeint. Es besteht die Gefahr, daß diese Patienten wieder im Graufeld außerhalb rechtzeitiger stationärer Aufnahme und Betreuung hängen bleiben. Damit wäre Gefahr, daß die Zahl der Suizide und Gefährdungen gerade in dieser jungen und gut — wenn rechtzeitig — therapierbaren Gruppe wieder zunehmen wird.

Schließlich ist für die Forschung die Möglichkeit, mit anderen Kliniken — wie zum Beispiel der Nuklearmedizin und der Neurologie — durch gemeinsame Gerätebenutzung kooperieren zu können, außerordentlich verringert. Viele Forschungsprojekte können damit entweder gar nicht oder nur durch den Zweitankauf von eigentlich im LKH vorhandenen Geräten durchgeführt werden.

Man könnte hier durchaus noch weitere Gründe anführen, wie etwa die Tatsache, daß die von der Krankenanstaltenverwaltungsgesellschaft im LSKH bevorzugt angebotenen Räume (ich hatte darüber lange Gespräche mit den Direktoren Bosh und Moser) für einen Klinikbetrieb der-

zeit absolut ungeeignet, frühestens nach einer 2jährigen Adaptierung gebraucht werden könnten.

Bei all dem, was in diesem Zusammenhang diskutiert wird, sollte immer berücksichtigt werden: Es geht um nichts weniger, als um die Existenz der Steirischen Psychiatrie.

Zusammenfassung und Folgerung

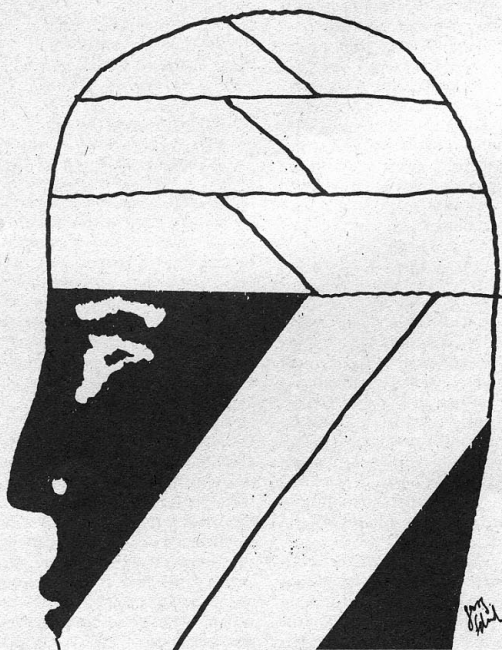
Ich habe eingangs vier Szenarios geschildert. Es ist hierzu abschließend und zusammenfassend zu bemerken, daß der Trend zu Nikotin und zu Alkohol schon bei jungen Schülern, die steigende Rate von Drogenmißbrauch und auch die unheimlich hohe Zahl von Selbstmorden unter jungen Leuten nicht von ungefähr kommt, sondern auf der Basis einer fehlgeleiteten Erziehung entsteht. Man sagt, die Selbstmordrate sei in Österreich bereits höher als die schon erschreckend hohe Rate von Verkehrstoten.

Man muß sich klar sein, daß Kinder, die ohne Mütter oder gar ohne Eltern aufwachsen, eine kontinuierliche Schädigung erfahren und daher von vorne herein auch an ihrer Gesundheit schwer geschädigt sind.

Ich glaube daher, daß es notwendig ist, in Österreich auf der Basis einer christlichen Weltanschauung eine gesunde Familie zu garantieren.

Nur eine gesunde Familie kann die Grundlage eines gesunden Landes bilden.

Dieser Artikel ist die überarbeitete Fassung eines am 4. März 1990 im Krainerhaus im Rahmen einer Veranstaltung der Österreichischen Frauenbewegung gehaltenen Vortrages.



OBRIGKEITSDENKEN, VERANTWORTUNGSDEFIZITE UND MENSCHENVERSUCHE IN DER MEDIZIN

Selbstverständlich gibt es viele Ärzte, die den Eid des Hippokrates ernst nehmen, die vorbildlich, eigenverantwortlich und hilfsbereit ihre lebenserhaltenden und heilenden Kenntnisse in der Praxis umsetzen. Trotzdem aber sollten wir nicht aufhören, Einstellungen und Verhaltensweisen zu kritisieren, die im Namen des wissenschaftlichen Erkenntnisfortschrittes oder der Standesinteressen Mitmenschlichkeit und Fragen der Ethik in bedenklicher Weise hintanstellen.

Im Spätsommer 1931 erregte ein Ärzteprozeß in Lübeck großes Aufsehen. Was war geschehen? 76 Säuglinge mußten einen breit angelegten Versuch, bei dem sie mit einem neu entwickelten Impfstoff gegen Tuberkulose gefüttert worden sind, mit dem Tode bezahlen. Insgesamt sind 256 Neugeborene der Testung unterworfen worden, 240 von ihnen erkrankten, 76 überlebten, wie gesagt, die „Fütterungstuberkulose“ nicht. Schwerste Vorwürfe wegen Fahrlässigkeit im Umgang mit den Impfkulturen wurden erhoben und 2 Sachverständige betonten: „Es sei das persönliche warme Interesse der Ärzte an den Geimpften vermißt worden!“

Trotz der Bestürzung gab es aber auch eine hohe Bereitschaft der Standesvertretung und der Kollegen die Angeklagten in Schutz zu nehmen. So konnte man im Deutschen Ärzteblatt lesen: „Gewiß, der Weg dieser Errungenschaften der fortschreitenden wissenschaftlichen Heilkunde zeigt manche Schädigungen und auch manches Todesopfer auf, aber wie ungezählte Tausende sind dafür dem Leben erhalten geblieben.“ Es hat sich in der Zurückweisung von Eigenverantwortlichkeit offenbar bis heute wenig geändert. Als sich im Sommer 1989 drei Gynäkologen aus Lainz vor Gericht verantworten mußten, weil eine 44jährige Frau nach ärztlichen Kunstfehlern und 38 Operationen unter grauenvollen Schmerzen starb, bekannten sich alle drei als nicht schuldig an der entsetzlichen Leidensgeschichte von Elfriede Hönigsperger.

Im Herbst des selben Jahres gab es wieder ein Gerichtsverfahren wegen fahrlässiger Tötung im Wiener Landesgericht. Ein 18jähriges Mädchen mußte anläßlich einer harmlosen Blutabnahme sterben, weil ein Medizinstudent am vierten Tag seiner Spitals-Praxis wider allen gesetzlichen Bestimmungen einen entsetzlichen Kunstfehler gemacht hatte. Wie sich bei der Gerichtsverhandlung herausstellte, ist

es im Spitalsalltag gar nicht so unüblich, daß junge Menschen am Anfang ihrer Ausbildung stehend, Patienten ärztlich versorgen, obwohl sie dazu weder befugt noch geeignet sind. Die Ärztin aber sprach von einem Mißverständnis und kam mit S 30.000,— Strafe relativ billig davon.

Wiederum mangelte es an der Bereitschaft, wirkliche Verantwortung zu übernehmen. Fast gleichzeitig gab es auch in Wiener Neustadt einen Prozeß wegen eines Kunstfehlers, den ein 11jähriger Bub mit seinem Leben bezahlen mußte. Auch hier zeigten die Angeklagten keinerlei Zeichen einer Schulseinsicht. Offenbar gibt es, so scheint es wenigstens, bei ärztlichen Kunstfehlern ein ungeschriebenes Gesetz der falschen Kameraderie. Dieses Gesetz schließt negative Gutachten gegenüber Kollegen sowie Schulbekenntnisse und Verantwortungsübernahme weitgehend aus.

Falsch verstandener Corpsgeist, geringe Sensibilität und Mangel an Verantwortungsbewußtsein deckt manchmal auch krasses Fehlverhalten in der Krankenbetreuung zu, wie in Graz geschehen. Auf der heilpädagogischen Station des Landesnervenkrankenhauses wurde ein Pfleger, der inzwischen wegen leichter Körperverletzung verurteilt worden ist, von einer Lehrerin der Kindesmißhandlung bezichtigt. Statt umgehend diesen Vorwürfen nachzugehen, stellte sich die Primaria schützend vor den Beschuldigten und bestrafte die mutige Lehrerin mit Hausverbot. Obwohl inzwischen von Lehrern und anderen Mitarbeitern im Krankenhaus ein sogenanntes Blaubuch erstellt worden ist, in dem diverse Kindesmißhandlungen durch das Pflegepersonal in den letzten 13 Jahren auf knapp 50 Seiten aufgelistet sind, gab es außer der dringenden und auch richtigen Forderung nach mehr und besser qualifizierten Personal keine Konsequenzen. Man bagatellierte und sprach von Verjährung der Beschuldigungen. Obwohl uns alle die heimtückischen Morde im Lainzer Krankenhaus aufgeschreckt haben, wollte der leitende Primarius Dr. Pesendorfer keine Verantwortung für diese unheilvolle Entwicklung übernehmen. Seine vorläufige Suspensierung vom Dienst hat er als ein bitteres Unrecht empfunden.

Dergleichen Einstellungen und die Tatsache, daß in der Fachsprache der Medizin noch immer vom Patientengut und Krankenmaterial gesprochen wird, vermittelt

ein Welt- und Menschenbild, das viele Patienten als entmündigend und entwürdigend erleben. Noch immer gibt es Therapiepläne ohne Mitspracherecht der Betroffenen, immer noch ist die objektive Diagnose viel wichtiger als die subjektive Befindlichkeit der kranken Menschen. Systemkritiker werfen der medizinischen Wissenschaft vor, daß diese den Erkenntnisfortschritt gar nicht so selten auf Kosten von Mitmenschlichkeit erkaufte. Dazu 4 Beispiele:

Drei Jahrzehnte Strahlenexperimente an US-Bürgern hieß ein 1986 in den USA vorgelegter Abschlußbericht einer Kongreß-Kommission. Danach hatten u.a. Mitte der 40er Jahre Wissenschaftler in den USA Patienten ohne deren Wissen hochgiftiges Plutonium gespritzt. Die „Versuchskaninchen“ kamen aus den Randgruppen der Gesellschaft; es waren alte Menschen, psychisch Kranke, Sterbensranke oder Häftlinge. Man wollte erforschen, wie lange radioaktive Substanzen im menschlichen Organismus verbleiben.

Die Ethik-Kommission der Universität Oxford genehmigte 1987 eine kontrollierte Studie, in der zehn Neugeborene mit einem Herzfehler zwar mit einem muskelschlaffenden Mittel (Curare), aber nicht unter Narkose operiert wurden. Ziel des Experimentes war es herauszufinden, ob Früh- und Neugeborene wirklich schmerzempfindlich seien. Viele Ärzte glaubten nämlich, daß Neugeborene keine Schmerzen „empfinden“ könnten, da ihr Gehirn noch nicht reif genug wäre, diesen „wirklich“ zu fühlen.

Im Januar 1989 begann im bayerischen Deggendorf vor dem Amtsgericht ein Prozeß gegen den Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Bezirkskrankenhaus Maimkofen. Die Anklage warf dem Mediziner vor, an insgesamt 42 entmündigten und psychisch kranken Patienten im Auftrag von Pharmafirmen die Wirkung neuer Psychopharmaka und Neuroleptika getestet zu haben. Eine nach dem Arzneimittelgesetz vorgeschriebene Einwilligung von Pflegern oder Vormund lag nicht vor. Assoziationen von unwerten Leben tauchen auf und erinnern an den berüchtigten KZ-Arzt Mengele, der rassistische fremde Untersuchungen auf der Rampe in Auschwitz für die Gaskammern selektierte. Er, der einerseits offenbar keine Skrupel empfindet, sein Menschenmaterial mit tödlichen Krankheitserregern zu impfen, ihnen Glieder amputie-

ren zu lassen, ihre Organe herauszuoperieren, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen — organisierte andererseits als Bildungsbürger im Lager Bachkonzerte und Theateraufführungen. Auch hatte er, so wird erzählt, stets für seine Kinderopfer Bonbons in den Taschen.

Aber zurück von der unmenschlichen Medizin im Nationalsozialismus zur nahen Gegenwart und zu Österreich, um mit der Darstellung eines vierten Beispiels die Vermutung auszusprechen, daß bei all diesen eben genannten Experimenten nicht helfender und heilender Dienst an den Mitmenschen im Vordergrund gestanden ist, sondern ein übergeordnetes wissenschaftliches Interesse, welches insofern perfide zu nennen ist, als die ausgewählten Versuchspersonen nicht in der Lage waren, über die Teilnahme am Experiment selbst zu entscheiden. Meist handelte es sich um Menschen aus sozialen Randgruppen, um psychisch Kranke oder Neugeborene, wie in einem Wiener Spital, wo vor einigen Jahren ein Skandal Wellen der Empörung hochschwappen ließ, ohne den beschuldigten Arzt wirklich zu schaden.

1979 wurde bekannt, daß der österreichische Arzt Dr. F. Braun, um für seine Habilitationsschrift zu erforschen, wie Kalzium im Zwölffingerdarm von Neugeborenen aufgenommen wird und wie sich dies auf das Vitamin D auswirkt, Säuglingen über eine Sonde Flüssigkeit einpumpt. Jede Viertelstunde wurde darüber hinaus zum Testzwecke auch Darmflüssigkeit entnommen. 2 Stunden lang drangsalierte er auf diese Weise 10 bis 14 wehrlose Säuglinge. Die Eltern (teilweise jugoslawische Gastarbeiter) erfuhren, so hieß es, erst aus Zeitungsberichten von den Experimenten und erstatteten Strafanzeige. Das Verfahren verlief im Sande, die umstrittene Habilitation wurde angenommen.

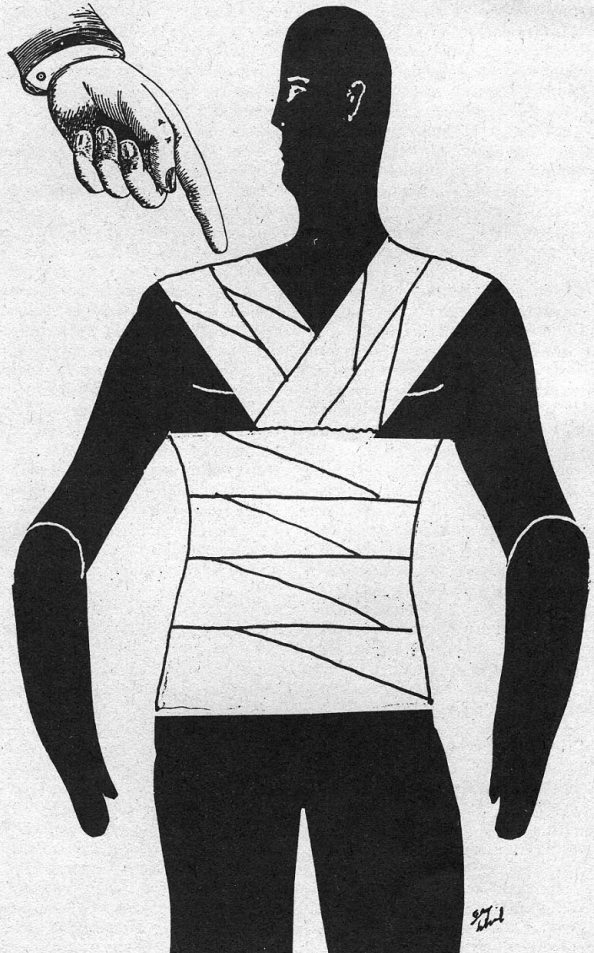
Beunruhigende Zukunftsvisionen tauchen auf, wenn man an die Möglichkeit denkt, die die Gentechnik den Medizinern und Biochemikern eröffnet. Nicht nur der Modephilosoph Singer begrüßt die positive Eugenik, die durch den Eingriff in die Erbmasse näher rückt, sondern auch viele andere Menschen, die an die Machbarkeit des Glückes durch wissenschaftlich-technischen Erkenntnisfortschritt glauben. Unser höchstes Mißtrauen ist also durchaus angebracht, solange nicht Glasnost und Perestroika gemeinsam mit einem sensibleren Menschenbild Eingang in die Medizin finden; solange es noch Werksärzte gibt, denen das Wohl ihrer Dienstherrn wichtiger ist als das Wehe der ihnen Anvertrauten, wie im britischen Sellafeld geschehen. Dort bekamen die 700 Werksarbeiter, die in der atomaren Wiederaufbereitungsanlage ihr Brot verdienen, die ärztliche Empfehlung, künftighin auf Nachwuchs wegen der möglichen Spermenschäden durch radioaktive Strahlenbelastung zu verzichten. Dieser Appell erfolgte, nachdem eine besorgniserregende Leukämierate bei den

Kindern dieser Väter aktenkundig geworden war. Wiederum zeigte sich, daß so mancher Arzt im Zweifelsfalle sich der Obrigkeit oder dem wissenschaftlichen Fortschritt stärker verpflichtet fühlt als seinem mitmenschlichen Gewissen.

Ein anderes Beispiel, das betroffen machen sollte, ist Anna Ferreira, Folteropfer aus Uruguay. Sie berichtete: „Ich flehte den Doktor an, sie fortzuschicken und an den Eid zu denken, den er als Arzt geschworen hat, sein Können zum Dienst an den Menschen zu verwenden.“ Er sagte mir darauf nur: „Ich tue nichts anderes als meine Arbeit.“

Immer wieder berichtet amnesty-international von Menschenrechtsverletzungen, begangen durch Ärzte und andere medizinisch Geschulte. Allerdings stehen diese in Diktaturen selbst oft unter massivem Druck, und einige von ihnen mußten ebenso wie Priester, wenn sie auf Seiten der Verfolgten und Gefolterten standen,

ihr Leben lassen. Andere aber ließen sich allzu willig als Folterknechte mißbrauchen. So auch bei der Scharia, die nach islamischen Recht zum Beispiel im Sudan unter Präsident Numeiri praktiziert wurde. Dort sollte es an die 400 Hand- und Beinamputationen durch Ärzte gegeben haben. Pflichterfüllung gegenüber dem Staat als oberstes Gebot, manchmal auch ohne Rücksicht auf schreckliche Verluste des Klientels. Bekanntlich war es bis vor noch nicht allzulanger Zeit in der UdSSR gang und gäbe, aufässige Regimekritiker zu psychiatrische Befunde in geschlossene Anstalten einweisen zu lassen — vielleicht auch, um sie vor Schlimmeren zu schützen; doch auch in den Vereinigten Staaten verstoßen Ärzte gegen Menschenrechte, indem sie zum Beispiel an Exekutionen mittel Injektionen mitwirken. Damit aber dies alles hoffentlich bald nur mehr Geschichte ist, bedarf es wirklich eines neuen Denkens in der Medizin!



DAS NEUE DENKEN GEHT UNS ALLE AN

Die Lebenserwartung der Österreicher liegt verglichen mit anderen Industrieländern im unteren Drittel, d.h., wir haben uns zwar verbessert, aber durchaus nicht im gleichen Tempo wie viele andere Länder. Die Vision, zur Quantität der Jahre auch die Qualität hinzuzufügen, ist in Anbetracht vorliegender Ergebnisse in anderen Ländern auch für Österreich durchaus realisierbar. Wenn im Jahr 2010 jeder 4. Steirer über 60 Jahre alt ist, wie die Statistik das prophezeit, dann muß ein gesundheitspolitisches Konzept zur Veränderung der falschen krankmachenden Lebensweise der steirischen Bevölkerung angeboten werden. Dieses Ziel kann nicht nur durch bessere ärztliche Versorgung oder ausreichende Finanzierung im klinischen Bereich bewirkt werden. Durch eine neue komplexe Sicht wird die Gesundheit zu einem wichtigen Thema, denn unsere gegenwärtigen Zivilisationskrankheiten sind weitgehend „hausgemachte“ Schäden.

Die Motivation einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ beginnt daher mit der Bewußtseinsvermittlung, daß Gesundheit auch von der Lebensweise abhängig und daher eine persönliche Verantwortung ist, deshalb läßt Gesundheit sich nicht einfach verordnen. Neues Denken im Gesundheitsbereich heißt daher sowohl Wissen über komplexe Zusammenhänge wie auch die Ursache der Wirkung zu kennen und aus diesem Verständnis heraus den sorgsam Umgang mit der Natur in, wie auch um sich herum, zu pflegen.

Gesundheit ist kein statischer Zustand, denn Krankheiten können ständig das Gleichgewicht stören, Streben nach Gesundheit ist daher auch erfahrung und lernbar. Gesundheit, so heißt es, als Balanceakt ist somit eine Art Lebenskunst, denn Leben ist immer untrennbar mit Dynamik verbunden, Gesundheit muß sich somit ständig um Gleichgewicht bemühen.

Die notwendigen Veränderungen in unserem Leben wie Wachsen und Abnehmen oder der Wechsel der Jahreszeiten, wie auch die Veränderung der Umwelt, das alles bewirkt Reaktionen, auf die das seelische, geistige und körperliche Gleichgewicht reagieren und folglich damit „zu-rechtkommen“ müssen.

Während die Gesundheitsvorsorge und hier vor allem die Gesundenuntersuchungen sich vor allem auf das Erkennen des beginnenden Krankheitssymptoms konzentrieren, befaßt sich die **Gesundheitsförderung** vorrangig damit, Krankheiten prinzipiell zu verhindern. Das definierte Ziel ist, daß: „Junge, gesunde Menschen möglichst spät sterben“ — das ist die **wahre** Herausforderung der gegenwärtigen Gesundheitspolitik, ein Weg für eine sanfte Medizin.

Diese neue Aufgabe kann nur dann zu einer allgemeinen Umsetzbarkeit führen, wenn eine entsprechende Struktur für die Verankerung im Gesundheitswesen zuständig ist. Gegenwärtig suchen nicht nur die WHO auf internationaler Ebene, sondern auch viele Gesundheitspolitiker neue Wege um Gesundheitsförderung kontinuierlich und chancengleich in möglichst qualifizierter Weise umsetzbar zu machen.

Folgende Punkte zeigen durch langjährige Praxis in der Steiermark, daß unter nachfolgenden Voraussetzungen gesundheitspolitische Erfolge erreicht werden können:

1. die politische Legitimation ist notwendig um für Kontinuität zu sorgen — eine Aufgabe der Gesundheitspolitik
2. ein Expertenteam als Kernsubstanz (Fachleuten, Statistik und Management, die flexibel und unbürokratisch in einer Organisation zusammenarbeiten) als feste Basis
3. eine ständige Vernetzung von Forschung zur Praxis für qualitative Umsetzung
4. Gesundheitsstrategien, sowohl kurzfristige Aktionen wie langfristige Programme, um statistisch nachweisbare Ziele zu erreichen.

Diese Ziele können nur dann definiert werden, wenn der IST-Zustand vorliegt und einer SOLL = Vision gegenübersteht. Der internationale Vergleich der Lebenserwartung zeigt den Stellenwert der österreichischen Lebenserwartung. Die Vergleiche innerhalb der österreichischen Bundesländer zeigen ebenfalls deutliche Unterschiede, z.B. ist die Steiermark bei den Hirngefäßerkrankungen trauriger Spitzenreiter.

Es gibt aber auch andere regionale Unterschiede, bestimmte Krankheitsbilder für manche Gebiete sowie geschlechtsspezifische Differenzen.

Das sind deutliche Hinweise, **wo und welche** Beachtung besonders dringend angebracht ist, um eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen.

Da Gesundheit sehr viel mit Lebensweise zu tun hat, kann ein bewußter Wandel nur durch Motivation im sozialen Umfeld des Einzelnen erreicht werden. Die Familie und die Gemeinde — als Einheiten — in denen der Mensch lebt und handelt, sind daher auch wesentliche Elemente, die mit zu beachten sind.

Das Modell „Gesunde Gemeinde“ hat sich in der Steiermark als so dynamisch erwiesen, daß innerhalb von drei Jahren über 40 Gemeinden das Thema „Gesundheit“ zu einem Schwerpunkt in der Gemeindeförderung gemacht haben und die Warteliste ständig wächst — auch über die Grenzen der Steiermark hinaus, ja sogar in anderen Ländern Beachtung findet.

Die Organisation erfolgt so:

Die Gemeinde: Voraussetzung für die Umsetzbarkeit der Aktion ist die Zustimmung des gesamten Gemeinderates sowie die Mitarbeit aller niedergelassenen Ärzte. So wie die Umweltproblematik seit Jahren einen festen Platz im Gemeindebudget hat, sollte die Gesundheit ebenfalls ihren Platz erhalten. Sind diese Voraussetzungen geschaffen, so ist der erste Schritt des Bürgermeisters, mit seinem Gemeinderat Kontakt mit der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz aufzunehmen, die sowohl als Servicestelle wie als Koordinator die Aktion initiiert, begleitet und unterstützt. Kosten sind dann auch aus dem Selbstkostenbeitrag, dem Gemeindebudget, vor allem aber auch aus Förderungen zusammengesetzt.

Der Ablauf: Um das Thema „Gesundheit“ in die Gemeinde zu bringen, hat sich als besonders günstig erwiesen, 20% der Bevölkerung über 16 Jahre mit einem Fragebogen aufzusuchen. Da diese 20 Prozent durch einen Computer nach dem Zufallsprinzip ausgesucht werden, heißt das, daß jeder fünfte in der Gemeinde, also praktisch jede Familie oder Nachbarschaft, von dem Jungärzteam, welche die Frageaktion durchführt, aufgesucht wird. Der Bürgermeister stellt diese Aktion in einem Informationsbrief vor, indem er auch die Namen der Jungärzte nennt, so daß nach den bisherigen Erfahrungen ein sehr großer Prozentsatz der Bevölkerung auf den Besuch schon wartet. Nur etwa 1 bis 2 Prozent sind an dieser Aktion nicht interessiert.

Das Jungärzteam: Die Fragebogenaktion hat sich als besonders wirkungsvoll und effektiv erwiesen, da die Befragung durch auf den Turnus wartende, mit dem Studium abgeschlossene Mediziner erfolgt. Fast immer herrscht ein reges Interesse, wenn ausführlich und im Dialog persönliche Informationen zu erhalten sind. Es zeigt sich dann auch, daß viele Menschen ihren Hausarzt nicht in ein Gespräch verwickeln, da sie auf die meist bestehende Überlastung Rücksicht nehmen. Oft enden diese Gespräche im Kreis der Familie, um einen Tisch vereint — ein guter Moment, um in dieser kleinen Gemeinschaft über die bestehenden Lebensgewohnheiten zu sprechen und eventuelle Veränderungen zu diskutieren. Da wird dann auch der Blutdruck gemessen und jeweils den Gegebenheiten entsprechende Informationen weitergegeben. Jungen Müttern z.B. wird gesagt, daß der Zahnzustand ihrer Kinder weitgehend davon abhängt, ob sie, die Mütter, die vier einfachen Regeln der Zahngesundheit einhalten.

Während in Österreich schon zwischen 60 und 100 Prozent der sechsjährigen Kinder Karies haben (ein deutliches

Stadt-Land-Gefälle), ist diese Zivilisationskrankheit in vielen anderen Ländern schon weitgehend abgebaut. Viele weitere Themen kommen ins Gespräch, wie Krebsvorsorgeuntersuchungen, Eßgewohnheiten, chronisches Kopfweh usw. Das Thema „Gesundheit“ ist plötzlich nicht mehr dem einzelnen überlassen. Nachdem die Jungärzte der Bevölkerungsanzahl entsprechend mehrere Tage bzw. Wochen in der Gemeinde verbracht haben, ist die Stimmung vorbereitet, weitere Aktionen und Informationen anzubieten.

Die Struktur der Gemeinde: Jeder einzelne ist angesprochen, besonders aber auch Zielgruppen, wie Kindergärten (Zahngesundheit — richtige Ernährung), Schulen (Zahngesundheit — Ernährung — Rauchgewohnheiten), Gasthäuser (ihrer Gesundheit zuliebe), Vereine (Bewegung, Übergewicht) usw. Jede dieser Aktionen wird durch die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz vorbereitet, letztendlich aber in der Gemeinde umgesetzt.

So veranstalten etwa im Fall des Kindergartens sowohl der Kindergartenhalter — also meist der Bürgermeister — wie die zuständige Kindergarteninspektorin, ein orts- bzw. bezirksansässiger Zahnarzt gemeinsam mit der zuständigen Kindergärtnerin sowie eine Diätassistentin und eine Zahnputzhelferin die Aktionswoche „Zahngesundheit“, die mit einem Elternabend beginnt. Das endgültige Ziel, daß Kinder im Kindergarten täglich nach der Jause die Zähne putzen, ist ein langsamer Weg, der Schritt für Schritt sicher zum Ziel führt, gesunde Zähne bis ins hohe Alter zu erreichen.

Für die Pflichtschulen sowie die weiterbildenden Schulen gibt es dann unterschiedlichste Angebote, die richtige Lebensweise gleich als Gewohnheit zu übernehmen, das heißt gesunde Jause, Bewegungstraining sowie Aufklärung, wie z.B. das durch die Werbung falsche „positive“ Bild der Raucher zu entlarven.

Die „Gesunde Gaststätte“: Gemeinsam mit der Sektion Fremdenverkehr bietet die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz den für den neuen Trend der Eßgewohnheit interessierten Gasthäusern die Möglichkeit, sich weiterzubilden. Durch die offizielle Verleihung einer Plakette „Ihrer Gesundheit zuliebe“ wird dem Konsumenten signalisiert, daß in diesen Gasthäusern neben der bestehenden Menüauswahl ein zusätzliches gesundheitsentsprechendes Menü angeboten wird.

Immer mehr Menschen gehen täglich ins Gasthaus oder bedürfen gewisser Diäten, um sich gesund zu fühlen. So ist dieses Angebot nicht nur für Urlaubsgäste, sondern vor allem auch für den regelmäßigen Gast interessant. Durch weiterbildende Seminare sowie kontinuierliche Kontrolle durch die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz ist die hohe Zuverlässigkeit und Qualität garantiert. Das wiederum bestätigt sich in dem wachsenden Interesse, sowohl bei Gasthäusern für die

Auszeichnung als auch die zunehmende Konsumentenzahl.

Die Aktionen: Durch Aktionen, die unbürokratisch z.B. im Gemeindeamt durchgeführt werden, zeigt sich das spontane und aktive Interesse der Bevölkerung. Der mit dem Reflotron-Meßgerät durchgeführte Cholesterintest hat gezeigt, daß in der Steiermark über 50 Prozent der Bevölkerung einen zu hohen Cholesterinwert haben. Alle Betroffenen sind daraufhin motiviert, zur genauen ärztlichen Abklärung ihren Hausarzt aufzusuchen. So hat sich inzwischen gezeigt, daß die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen in den gesunden Gemeinden um etwa 30 bis

40 Prozent anstieg. Jede Gemeinde hat ein individuelles Verhalten, der Service der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz wird darauf abgestimmt, demzufolge gibt es immer mehr Bürgermeister, die sich entschließen, diese sinnvolle Bewegung auch in ihre Gemeinde zu holen. Sollte diese Aktion auch in anderen Bundesländern Verbreitung finden, dann kann man darauf hoffen, daß in einigen Jahren die Lebensweise und damit auch die Qualität deutlich verbessert wird.

Das neue Denken in der Medizin geht uns alle an, es wird unser Leben verändern — als positive Erfahrung.

Internationaler Vergleich der Sterblichkeit an Hirngefäßerkrankungen

Rang	Land	Jahr	Altersstandardisierte*)
			Sterberate (Todesfälle auf 100.000 Standardbev.)
1	Bulgarien	1984	240,7schlecht
2	Portugal	1985	234,9
3	Ungarn	1985	197,9
4	Tschechoslowakei	1984	196,9
5	Rumänien	1984	188,1
6	Griechenland	1984	143,8
7	ÖSTERREICH	1985	137,2
8	Spanien	1980	133,9
9	Jugoslawien	1982	130,9
10	Schottland	1985	129,1
11	Japan	1985	123,6
12	Irland	1984	120,6
13	Italien	1981	114,1
14	Bundesrepublik Deutschland	1985	104,5
15	England & Wales	1984	104,3
16	Finnland	1984	103,3
17	Belgien	1984	95,0
18	Australien	1984	93,4
19	Norwegen	1984	92,2
20	Deutsche Demokr. Republik	1984	91,7
21	Frankreich	1984	79,8
22	Niederlande	1984	75,6
23	Dänemark	1984	73,6
24	Schweden	1984	72,3
25	Polen	1984	70,6
26	Schweiz	1985	68,0
27	USA	1983	62,8
28	Kanada	1984	59,5gut

*) Altersstandardisierung nach der „Europäischen Standardbevölkerung der WHO“.

Quelle: World Health Statistics Annual, WHO, Genf 1986; Österreichisches Statistisches Zentralamt.

Regionale Unterschiede und Entwicklung der altersstandardisierten*) Sterblichkeit in Österreich an Hirngefäßerkrankungen

Rang	Bundesland	Sterberaten auf 100.000 Standardbevölkerung 1978/84	Rang	Bundesland	Prozentuelle Änderung der Sterberaten seit 1969/73
	Österreich-durchschnitt	214,8		Österreich-durchschnitt	— 14,8%
1	Steiermark	253,5	1	Steiermark	— 9,7%
2	Burgenland	239,5	2	Burgenland	— 10,0%
3	Niederösterreich	220,6	3	Niederösterreich	— 12,1%
4	Kärnten	216,7	4	Kärnten	— 12,1%
5	Oberösterreich	214,0	5	Kärnten	— 15,2%
6	Vorarlberg	201,8	6	Oberösterreich	— 16,9%
7	Wien	201,3	7	Salzburg	— 17,2%
8	Tirol	192,6	8	Wien	— 18,1%
9	Salzburg	188,3	9	Vorarlberg	— 20,5%

*) Standardbevölkerung: Österreichische Sterbepfelbevölkerung 1970/72.

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.): Todesursachenatlas 1978/84 für Österreich, Wien 1988.

FÜR SOZIAL- UND GESUNDHEITSSPRENGEL

In den letzten Jahrzehnten hat sich ein Wandel in unserem Verständnis von Gesundheit und Krankheit vollzogen. Gesundheitspolitische Strategien, der Einsatz von finanziellen und fachlichen Ressourcen sind auf diese Veränderungen einzustellen.

Nicht mehr die Infektionskrankheiten, mit Ausnahme von AIDS, bestimmen das Krankheitsgeschehen in unserer Gesellschaft, sondern chronisch degenerative Erkrankungen, psychische und psychosomatische Störungen, Unfälle und allgemeine Schmerzzustände.

Veränderte Arbeitsbedingungen, aber auch Arbeitslosigkeit, Umweltbelastungen, einschneidende Veränderungen der Familienstrukturen, neue Ernährungs-, Wohn- und Freizeitbedingungen, die Entwicklung des Individualverkehrs, um nur einige Probleme anzusprechen, haben neue Risikofaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung entstehen lassen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung in der Bevölkerung steigt immer noch. Der wachsende Anteil älterer Mitmenschen stellt unsere sozialen und gesundheitsbezogenen Versorgungssysteme vor neue Aufgaben.

Der allgemeine Informationsstand aber auch die Sensibilität in Fragen der Gesundheits- und Umweltbedingungen haben in der Bevölkerung stark zugenommen. Gleichzeitig aber ist ein fahrlässiger Umgang mit Gesundheit fast alltäglich geworden. Denken wir nur an den hohen Blutzoll im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen, an Gesundheitsgefährdungen in der Arbeitswelt oder an die Bedrohung der Umwelt.

Unser Blick ist dafür geschärft worden, daß Gesundheit von vielen Faktoren beeinflußt wird:

Von der physischen und sozialen Umwelt in der die Menschen leben, von dem Lebensstil, den die sozialen Gruppen der Bevölkerung entwickeln und nicht zuletzt auch davon, wie wir Krankenpflege und den täglichen Umgang mit Leiden organisieren.

In Zukunft müssen politische Organisationen, Vereinigungen, Institutionen und Berufe vermehrt zur Sicherung und Förderung der Gesundheit beitragen.

Gesundheit darf künftig nicht mehr von Experten „gemacht“ werden, sondern muß von der Bevölkerung gelebt und auch durchgesetzt werden. Förderung der Gesundheit besteht daher auch darin, die Menschen in ihren Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit Belastungssituationen, Gesundheitsgefährdungen und Leiden zu stärken, sie in der selbständigen Bewältigung des Alltags auch in Krisensituationen unterstützen und ihren Einfluß auf die Umweltbedingungen zu erhöhen. Wir haben heute einen relativ hohen Stan-

dard in der medizinischen Versorgung und in der sozialen Absicherung erreicht. Trotzdem sind wir mit großen gesundheitspolitischen Herausforderungen konfrontiert. Wir müssen die Ungleichheit in den Gesundheitsbedingungen abbauen. Die Chancen, was die Lebenserwartung betrifft und die Möglichkeit ein krankheits- und relativ beschwerdefreies Leben zu führen, sind in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt.

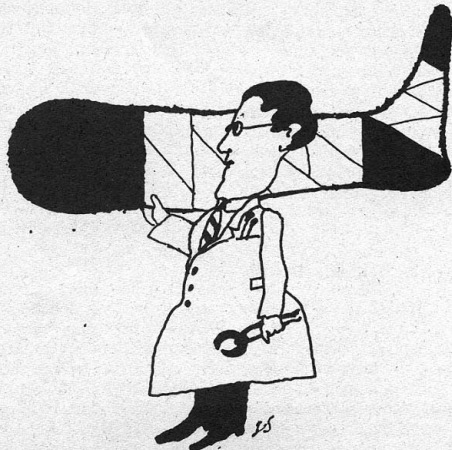
Knapp 20% der Österreicher und Österreicherinnen sind über 60 Jahre alt. Die durchschnittliche Lebenserwartung unserer Mitbürger wird auch weiterhin ansteigen, vor allem bei den Männern. Aus dem Geburtenrückgang einerseits und der höheren Lebenserwartung andererseits ergibt sich eine signifikante Verschiebung in der Gruppe der über 60jährigen hin zu den 80jährigen. Diese demographischen Entwicklungen stellen für die künftige Gesundheitspolitik des Bundes aber auch der Länder eine der größten Herausforderungen dar, weil viele unserer Mitbürger nicht mehr in der Lage sein werden, für sich selbst zu sorgen. Weiters wird es in Zukunft immer mehr Einpersonenhaushalte geben, sodaß auch keine Familienangehörigen vorhanden sein werden, die diese Betreuung übernehmen können. Es wird daher in Zukunft unsere Gesellschaft, der Bund, die Länder und Gemeinden im Zusammenhang mit der Betreuung alter und hilfsbedürftiger Menschen eine große Aufgabe zu lösen haben. Das derzeitige Finanzierungssystem setzt Anreize zur Hospitalisierung und vernachlässigt die ambulante Versorgung. Akutspitäler betreuen nach wie vor häufig „Pflegefälle“, die der medizinischen Akutversorgung eigentlich gar nicht bedürfen. Der Übergang zwischen ambulanter Betreuung und Krankenhauspflege

ist oft mangelhaft organisiert und zu wenig koordiniert. Viele Krankenhauseinweisungen könnten bei der Existenz entsprechender ambulanter Einrichtungen vermieden werden, die Verweildauer vieler Patienten im Akutkrankenhaus erheblich verkürzt werden.

Unser Ziel muß daher der Aufbau einer dezentralisierten, wohnbereichsnahen Versorgung sein. Vorsorge und Rehabilitation sollen für einen breiten Personenkreis möglichst in der Wohnung und der Wohnumgebung gewährleistet sein. Diese Vorhaben können durch den Aufbau von Sozial- und Gesundheitssprengel verwirklicht werden. Diese Einrichtungen sollen in ein koordiniertes Gesamtsystem eingebunden werden, angefangen vom niedergelassenen praktischen Arzt bis hin zu Institutionen der stationären Alten- und Langzeitversorgung und Akutkrankenanstalten. Weiters sollte der Sozial- und Gesundheitssprengel neben Beratungsdiensten auch Hauskrankenpflege und Heimhilfe sowie Essen auf Rädern bieten können.

Der bundesweit flächendeckende Ausbau von Sozial- und Gesundheitssprengel zur Entlastung der stationären Akutkrankenanstalten würde sowohl dem WHO-Ziel „Orientierung des Gesundheitswesens auf primäre Gesundheitsversorgung“ als auch dem Bedürfnis der Patienten nach größerer Lebensbereichsnähe der Versorgungseinrichtungen entsprechen.

Der Sozial- und Gesundheitssprengel soll nicht als staatlicher Gesundheitsdienst, sondern als offene Organisationsform unter Einbindung schon vorhandener Strukturen und unter Berücksichtigung von lokalen Besonderheiten eingerichtet werden. Dabei ist die Förderung regionaler Eigeninitiative von zentraler Bedeutung.



ALTERNATIVEN IM GESUNDHEITSWESEN

Was wollen und können die Ärzte?

Die Frage nach Alternativen im Gesundheitswesen basiert auf der Unzufriedenheit mit dem derzeitigen System.

Wer ist also unzufrieden und womit?

Unzufrieden sind unsere Patienten; kritisiert wird das Spital:

Diagnostik und Therapie würden von der Apparatemedizin dominiert, das Menschliche trete zu sehr in den Hintergrund. Die ärztliche und pflegerische Zuwendung sei mangelhaft, der Patient würde zur Nummer, zum Fall.

Die Krankenhäuser böten nicht die nötige Atmosphäre zur Genesung, erinnerten manchmal sogar an „Kasernen“. Weiters gibt es trotz Ärzteschwemme volle Wartezimmer, Fachärztemangel und Überlastungserscheinungen bei angestellten und niedergelassenen Ärzten.

Darüber hinaus hätten die Ärzte zuwenig Zeit, beschäftigten sich offenbar zuwenig mit Homöopathie und anderen alternativen Heilmethoden, verordnen allgemein zuviel bzw. auch zuwenig Medikamente. Daß diese Kritikansätze in sich nicht schlüssig sind und sich zum Teil gar widersprechen liegt daran, daß es in unserem Lande kein gewachsenes Gesundheitsbewußtsein gibt und die gesundheitliche Verantwortung gar zu gerne an Ärzte, Krankenkassen und Politiker delegiert wird.

Daher sind die Patienten auch mit den Krankenkassen unzufrieden.

Diese kassieren scheinbar zu hohe Beiträge, genehmigen zuwenig Kuraufenthalte und chefarztpflichtige Leistungen — bürokratische Kontrollen entsprechen einer Bevormundung des Patienten. Im Krankenhaus muß man noch S 50,— pro Tag aufwenden, die Rezeptgebühr sei wiederum zu hoch und homöopathische Arzneimittel müssen zur Gänze selbst bezahlt werden.

Die Unzufriedenheit der Politik

Auch die Politik ist unzufrieden mit unserer Medizin.

Die Hochtechnologie der Medizin bringt Erfolge mit sich, die nicht mehr finanzierbar sind. Zumindest nicht im derzeit gepflogenen gesellschaftspolitischen Konsens über jene Mittel, die der Medizin zur Verfügung gestellt werden, wor-

über allerdings diskutiert werden sollte. Auch sind unsere Erfolge nicht unbestritten.

Zunehmende Invalidität durch Defektheilungen, fortschreitende Überalterung der Bevölkerung sowie die Schere zwischen Sozialversicherungsbeitragszahlen und Leistungsempfängern begrenzen einerseits die Produktivität und verursachen auf der anderen Seite zunehmende Folgekosten.

Politiker, die nicht „nein“ sagen können, fühlen sich wehrlos der Begehrlichkeit der Patienten ausgesetzt. In Zeiten, in denen die Versicherten selbst Saunabesuche und Meeresurlaube von den Kassen vergütet haben wollen, ist es nicht verwunderlich, daß die Grenzen zwischen medizinischer Behandlung und Freizeitkonsum in manchen Bereichen zu verschwinden drohen.

Dies leitet über zu den Krankenkassen, die auch nicht zufrieden mit der Medizin sind. Ihrer Unzufriedenheit liegt jedoch ein Systemfehler der Krankenversicherung zugrunde. Auf der einen Seite ist man stolz, daß man Kassenbeiträge einhebt, die im Schnitt die Hälfte des international üblichen Beitragssatzes ausmachen, und auf der anderen Seite versteigt man sich in den unrealistischen Anspruch zu diesem Diskontariff sowohl die gesamte Spitzenmedizin mit all ihrer Hochtechnologie als auch die Basismedizin bis hin zu alternativmedizinischen Methoden anbieten zu wollen.

Das kann nur schiefgehen; auch wenn sich Kassenfunktionäre immer noch von der absurden Hoffnung nähren, diesen Systemfehler weiter auf dem Rücken einer bereits über Gebühr strapazierten Ärzteschaft austragen zu wollen.

Dazu kommen noch Struktur- und Koordinationschwächen innerhalb der medizinischen Versorgung Österreichs, die das finanzielle Potential der Krankenkassen zusätzlich belasten.

Die Unzufriedenheit der Philosophie

Unbeschadet ihrer naturwissenschaftlichen Erfolge sah sich die Medizin in den letzten Jahren zunehmender Kritik aus Kultur und Philosophie ausgesetzt: nicht erst seit Lainz werden uns Medizinern Fragen nach den ethischen Maximen unseres medizinischen Handelns immer lauter gestellt: Die technischen Errungenschaften und Spitzenleistungen der mo-

dernen Medizin in diesem Jahrhundert haben zur Vernachlässigung der personalen Würde des Patienten geführt.

Die Medizin habe sich selbst als eine Naturwissenschaft im engeren Sinn definiert. Physik und Chemie bildeten die Grundlagen eines technizistischen Selbstverständnisses. Geisteswissenschaftliche Erkenntnistheorie schien eine vernachlässigbare Größe in der Erforschung des Menschen und seiner Krankheit zu sein.

Thure von Uexküll, der Mentor der psychosomatischen Medizin im deutschsprachigen Raum, hat darauf hingewiesen, daß „sich in der Medizin der Umgangsstil unserer Industriekultur widerspiegelt und daß die Überschätzung technischer Faktoren und die Tendenz nur technische Errungenschaften als Fortschritt anzuerkennen zu einer Vernachlässigung der emotionalen Seiten des Lebens geführt hat“.

Am deutlichsten wird dieser Jahrhundertfehler der Medizin durch die Tatsache illustriert, daß es uns in naturwissenschaftlicher Verblendung gelungen ist, trotz der Arbeiten des Mediziners Sigmund Freud die Psychologie als die Lehre der Seele aus der Medizin zu verlieren. Alle Versuche der jetzigen Medizinergeneration, eine Reintegration zu erwirken, ändern nichts daran, daß mit der nummehrigen Verabschiedung eines Psychotherapeutengesetzes ein zweiter Berufsstand sozusagen amtlich wird, der in Zukunft die andere Hälfte des menschlichen Daseins betreuen wird.

Kritisierte man an den Medizinern und an ihrer therapeutischen Haltung der Vergangenheit zu Recht, daß sie manchmal Körper ohne Seelen behandeln, müßte man auch konsequenterweise diese Behandlung von Seelen ohne Körper ablehnen. Kritische Wissenschaftler haben uns deutlich auf die Notwendigkeit zur Suche nach der Ganzheitlichkeit in der Behandlung von menschlichen Leidenszuständen hingewiesen. Tatkräftig unterstützt wurden sie dabei auch durch unsere Patienten.

Wir haben all diese Kritik ernst genommen. Wir glauben auch zu wissen, warum der Trend zu alternativen Heilmethoden, die in besonderem Maße durch die Homöopathie und die Akupunktur repräsentiert werden, von unseren Patienten so gerne angenommen wird: es sind Lehren, die die Ganzheitlichkeit des Menschen zur Grundlage haben; es sind Lehren, die den Menschen in den Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stellen und es sind Lehren, deren

therapeutische Konsequenz die einheitliche Behandlung von Soma und Psyche bedingt. Es gilt, diese Erkenntnisse in die zukünftige Medizin zu integrieren.

Die Unzufriedenheit der Ärzte

Diese beginnt bei der Ausbildung. Wir stehen derzeit wiederum in einer breiten Diskussion über eine Reform des Medizinstudiums und der postpromotionellen Ausbildung. Allein die Notwendigkeit, daß nach nur einem Jahrzehnt der Durchführung der letzten Studienreform das Medizinstudium abermals in weiten Bereichen und grundlegend reformbedürftig ist, erhellt die Tatsache, daß die letzte Reform (die durch die Studentenrevolution des 68er Jahres mitinitiiert worden war) keine grundlegende Richtungsänderung herbeigeführt hat. Praxisgerechte Ausbildung, allgemeinmedizinische Grundlagen und erhöhte psychosoziale Kompetenz waren Anliegen, die in nicht ausreichendem Maße durchgesetzt werden konnten. Die nun zu fassende Studienreform muß also dafür Sorge tragen, daß durch entsprechende Ausbildungseinheiten eine sich kontinuierlich entwickelnde psychosoziale Kompetenz erworben wird. Neben diesem Erfordernis ist in der neuen Medizinerbildung der vermehrte Praxisbezug zu forcieren. Dazu wird es unerlässlich sein, schon im vorklinischen Abschnitt vermehrt Seminare und Tutorials in Kleingruppen zu installieren, was jedoch beim derzeitigen Mißverhältnis zwischen Studenten und akademischem Lehrpersonal nicht durchführbar erscheint. Eine Limitierung der Ausbildungsplätze bei Aufrechterhaltung des Prinzips des freien Zuganges zur Universitätsausbildung sollte erwogen werden. Dies ist auch in diesem Zusammenhang zu sehen, daß die postpromotionelle Ausbildungssituation und die darauf folgende Beschäftigungsmöglichkeit für fertig ausgebildete Ärzte ohnehin bereits limitiert sind:

Österreich weist mit einer Ärztezahl von über 300 pro 100.000 Einwohner eine ärztliche Versorgungsdichte auf, die im internationalen Spitzenfeld liegt. Strukturschwächen wie Fachärztemangel in ländlichen Regionen — der übrigens in einigen Jahren behoben sein wird — weisen auf grobe Mängel in der politischen Ausbildungsplanung hin und stellen keinen zusätzlichen Bedarf dar. Dem Fachärztemangel steht nämlich ein Überangebot an fertig ausgebildeten praktischen Ärzten gegenüber.

Zudem wird durch das sinkende Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzte der Ersatzbedarf täglich geringer.

Es wäre daher ehrlicher und auch sozial gerechter, die Wartezeit, die derzeit nach der Promotion und auch nach der abgeschlossenen Turnusausbildung besteht, vor Beginn des Studiums zu verlegen. Der Entschluß zum Medizinstudium würde dabei noch reiflich überprüft werden;

weilers könnte die Wartezeit vor dem Studium zum näheren Kennenlernen des Gesundheitssystems und dessen Einrichtungen genützt werden und schließlich und endlich sind die sozialen Verpflichtungen eines Achtzehnjährigen bei weitem geringer als die eines Fünfundzwanzig- bis Dreißigjährigen.

Parallel zu diesen grundsätzlichen Problemen stehen wir auch in täglicher Auseinandersetzung mit unseren Vertragspartnern, sowohl im Spital als auch in der niedergelassenen Kassenpraxis, die durch die nicht eindämmbare Kostenentwicklung im derzeitigen Gesundheitswesen immer schwieriger wird. Bei den Spitalärzten müssen sowohl die Arbeitszeitsituation als auch das Gehaltsschema entsprechend der menschlichen Würde und der Ausbildung der Kollegen angepaßt werden. Dies ist ohne zusätzliche Mittelbereitstellung nicht möglich.

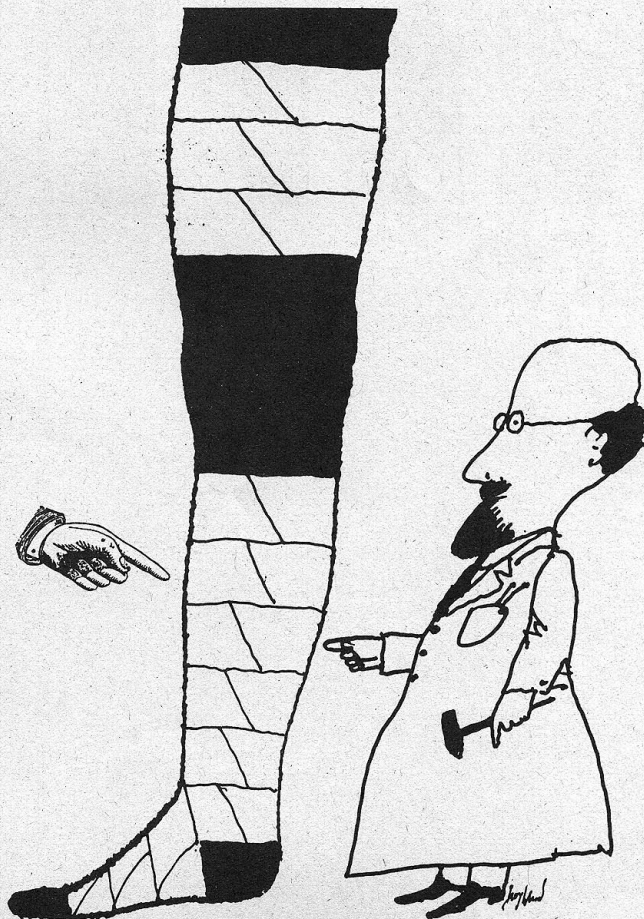
Trotz wiederholter politischer Absichtserklärungen für den Abbau von Akutbetten in Spitälern und für die Verlagerung

der Krankenbetreuung in den außerstationären Raum ist bis heute keine spürbare Entlastung auf diesem Sektor eingetreten. Dies obwohl die Spitalsbettenquote in Österreich in bezug auf die Bevölkerungszahl über dem internationalen Durchschnitt liegt. Die WHO empfiehlt 5–7 Spitalsbetten pro 1000 Einwohner, die BRD hat 7,6, Österreich hat 10,8 Akutbetten auf 1000 Einwohner.

Für die niedergelassene Ärzteschaft vergeht kaum eine Woche, in der wir nicht mit Hiobsbotschaften aus dem Bereich des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger konfrontiert werden.

Trotz Forcierung der Hauskrankenbehandlung durch die niedergelassene Ärzteschaft und trotz Erweiterung der Hauskrankenpflege, durch mobile Pflegedienste sind die Pflegetage in den Spitälern nicht rückläufig. Trotz positiven Wirtschaftswachstums und steigenden Beitragseinnahmen schreiben die Krankenkassen rote Zahlen.

Gebarte die Steirische Gebietskranken-



kasse noch im Jahre 1987 mit 41 Millionen Schilling Überschüsse, so rutschte man bereits im Jahre 1988 mit 90 Millionen Schilling ins Defizit. Dramatisch entwickelten sich dabei in den letzten Jahren vor allem die Ausgaben für Medikamente und Heilmittel, die laut Voranschlag für

das Jahr 1989 bereits 991 Millionen Schilling oder 18% der Beitragseinnahmen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse betragen. Es ist zu befürchten, daß noch im heurigen Jahr die Milliardengrenze überschritten wird. Dringend notwendige Reformen zur Kas-

sensanierung, die zuallererst im Abbau der bürokratischen Wucherung und in der Einbeziehung der Selbstverantwortung des Patienten zu suchen wären, sind nicht ansatzweise zu erkennen, wohl aber versuchen die Kassenverantwortlichen auf dem Rücken der Ärzteschaft durch Honorarrestriktionen die Kassensituation kurzfristig aufzubessern. Ein Vorhaben, das wir schärfstens zurückweisen. Hier wird die Ärzteschaft für eine Entwicklung verantwortlich gemacht, die sie nicht verursacht hat.

Ebenso ist es inakzeptabel, daß eine gesamte Berufsgruppe vom positiven Wirtschaftswachstum ausgeschlossen wird. Dies ist ein bundesweites Problem; sollten sich hier keine Haltungsänderungen seitens der Kassenverantwortlichen abzeichnen, ist der Konfrontationskurs mit der Ärzteschaft für die nähere Zukunft vorprogrammiert.

Was wollen also die Ärzte?

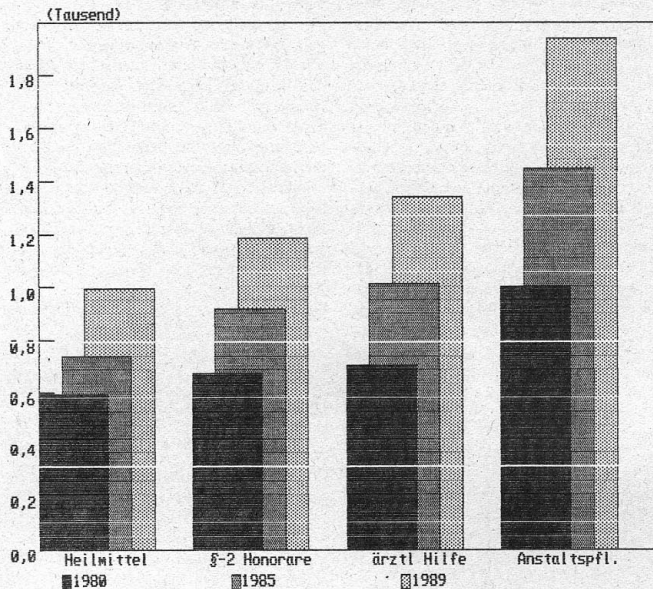
Präventivmedizinische Strategien und ganzheitliche kurative Behandlung erfordern eine partnerschaftliche Medizin, zu welcher wir uns bekennen. Wir halten aber mit aller Deutlichkeit fest, daß die Letztverantwortung in Gesundheitspflege und Krankenbetreuung beim Arzt liegt und daß für alle erforderlichen Leistungen dafür auch die entsprechenden Mittel bereitgestellt werden.

Die Ärzteschaft wird verstärkt in den Dialog mit Öffentlichkeit und Politik treten. Dieser Dialog muß im Hinblick auf eine umfassende Reform des Gesundheitssystems geführt werden.

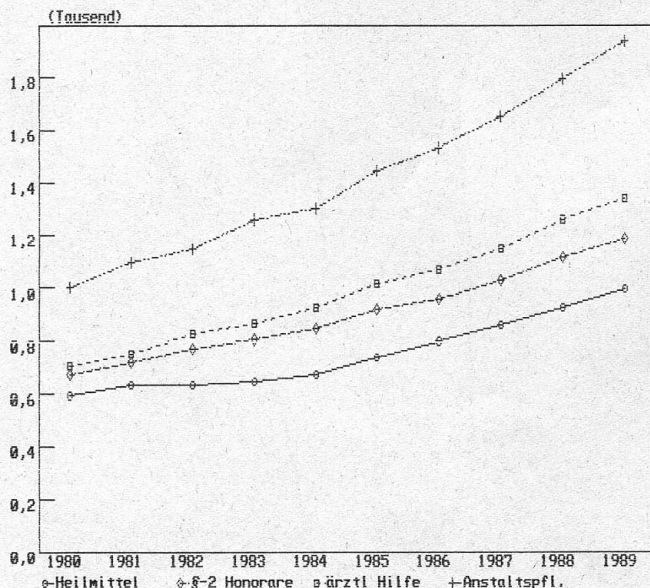
Gesundheit ist keine Ware — Gesundheit muß uns allen etwas wert sein und darf daher auch etwas kosten. Dies ist sowohl vom Budgetansatz her als auch von der Seite der sozialen Krankenversicherung aus zu diskutieren. Die Bereitstellung der Spitzenmedizin ist zum Diskontarif nicht möglich. Wir bekennen uns zum Prinzip der solidarischen Hilfeleistung nach sozialen Kriterien bei der Krankenversicherung. Die freie Arztwahl des Patienten muß gesichert sein. Dem gegenübergestellt soll ein freier Kassenzugang ermöglicht werden, indem die Kassen durch gegenseitigen Wettbewerb zur Effizienzsteigerung angehalten werden. Kostentransparenz durch Kostenbeteiligung bei allen Krankenversicherungsträgern mögen über das Kostenbewußtsein auch die Qualität fördern. Auch sollte eine gesonderte Erfassung von Spezialrisiken, etwa im Rahmen der Freizeitunfälle und der Pflegebetreuung, erwogen werden.

Das Ziel jeder Reform im Gesundheitswesen muß darin bestehen, daß der Patient als mündiger und selbstverantwortlicher Bürger anerkannt wird und daß Strukturen geschaffen werden, die ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient vertiefen.

STAT. DATEN der Stmk GKK



STAT. DATEN der Stmk GKK



Stand der gemeldeten Ärzte am 1. Juni 1990

Gesamtstand	3555
Zugang	19
Abgang	10
Praktische Ärzte (in Praxis)	731
Fachärzte (in Praxis)	572
Fachärzte für Zahnheilkunde (in Praxis)	319
Praktische Ärzte (unselbständig)	468
Fachärzte (unselbständig)	533
Fachärzte für Zahnheilkunde (unselbständig)	24
Praktische Ärzte (Wohnsitzärzte)	14
Fachärzte (Wohnsitzärzte)	2
Fachärzte für Zahnheilkunde (Wohnsitzärzte)	2
Turnusärzte	890
Bei der Ärztekammer für Steiermark gemeldet, jedoch nicht in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen.	
In der Gesamtzahl nicht enthalten	641
Ausländer	39

Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben Stand 1. 6. 1990

Turnusärzte	angestellte Praktische Ärzte	angestellte Fachärzte
Mutterschutz/Karenz 26 nach MS bzw. Karenz während DV	12	3
Präsenzdienst	1	—
Karenz/Aus- landsaufenthalt	4	1
arbeitslos	25	9
Summe	56	13

Lehrpraxen

Bisher vom Bundeskanzleramt bescheidmäßig anerkannte Lehrpraxen:	
Praktische Ärzte	59
Fachärzte	39
	98
Bis 20. 6. 1990 eingebrachte Förderungsanträge	67
Turnusärzte derzeit in Ausbildung in einer Lehrpraxis	27

„Je mehr uns Wissenschaft und Technik in den Stand versetzen, zu erreichen, was wir wollen, um so hilfloser stehen wir vor der Frage, was wir eigentlich wollen“ (Franz Böckle, Moraltheologe)

Ärzteausbildung:

„Bilden wir die richtigen Ärzte aus,
bilden wir die Richtigen zu Ärzten aus,
bilden wir richtig aus und
sind wir die Richtigen, die Ärzte ausbilden?“
(U. Seidler, 1981)

5 grundlegende Regeln ärztlicher Tätigkeit (bzw. Ethik) (nach E. Seidler, 1981):

„Die erste Regel heißt, das Wohl des Kranken allem anderen voranstellen, die zweite, das Leben erhalten; die dritte, dem

Entwicklung des Mediziner Nachwuchses — Inländer

Erstinskriptionen:

1971/72	WS: 291	SS: 13 = 304
1981/82	WS: 698	SS: 73 = 771
1985/86	WS: 448	SS: 53 = 501
1986/87	WS: 388	SS: 56 = 444
1987/88	WS: 333	SS: 43 = 376

Erstinskribenden können ab WS 1988/89 nicht mehr bekanntgegeben werden, da sie von der ADV-Abt. d. Med. Dekanates d. Univ. Graz nicht mehr erstellt werden (kein Bedarf mehr beim BKA)

Gesamtzahl der inskribierten Medizinstudenten:

WS 1971/72:	1.872
WS 1978/79:	3.334
WS 1981/82:	4.309
WS 1985/86:	3.993
WS 1986/87:	3.730
WS 1987/88:	3.328
WS 1988/89:	3.023
WS 1989/90:	3.027

Promotionen: Inländer

1971:	91
1982:	263
1985:	364
1986:	280
1987:	311
1988:	329
1989:	281
bis 29. 5. 1990:	123

Wartende Jungmediziner:

Nach der Warteliste der Stmk. Krankenanstalten Ges.m.b.H. Anfang Juni 1990 warten ca. 500 Ärzte auf einen bezahlten Ausbildungsstellen — Wartezeit ca. 2 Jahre — Promotionstermin für die Einstellung Juni 1988 (Tel. Mitt. d. Stmk. Krankenanstalten Ges.m.b.H. vom 1. 6. 1990).

Anzahl der Ärzte

		davon Turnusärzte
1. 1. 1970:	1.977	337
31. 12. 1982:	2.639	626
31. 12. 1986:	3.161	908
1. 12. 1988:	3.313	855
1. 1. 1990:	3.493	874
1. 6. 1990:	3.555	890

Anzahl der Anerkennungen zum Praktischen Arzt

1970:	21
1980:	68
1986:	115
1987:	118
1988:	111
1989:	151
20. 6. 1990:	59

Kranken nie schaden; die vierte, die Würde des Menschen achten und die fünfte, selbst vertrauenswürdig sein. Diese fünf sittlichen Imperative decken so gut wie alle Herausforderungen, in die der Arzt gestellt ist, ab“.

Präventivmedizin:

„Störung früh erkannt, Krankheit gleich gebannt“
„Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“
„Frühe Hilfe — wirksame Hilfe“
„Vorsorgen heißt: Vor Sorgen schützen“
„Vorbeugen ist besser als Heilen“

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Frei-sein von Krankheit und Gebrechen“ (Präambel der Satzung der Weltgesundheitsorganisation)

MEDIZIN – WO BLEIBT DIE ETHIK?

Ich halte es als erstes für angezeigt, kurz anzugeben, was Ethik will und was sie kann, und zwar auch in einem christlich-katholisch-theologischen Kontext. Erst als nächstes möchte ich fragen, was (christliche) Ethik im Bereich der Medizin vermag bzw. von den Medizinern erwartet.

Ethik versteht sich als eine normative Wissenschaft, indem sie rationale Begründungen, aber auch Motivationen für das Handeln des Menschen liefert. Sie kann somit

1. ethische Überzeugungen, Standards (Ethos), Werte, Normen einfach beschreiben (deskriptive Funktion);
2. ethische Normen aufstellen und Begründen im Rahmen einer „wissenschaftlichen Verständigung über norm- und wertorientiertes Verhalten der Menschen“¹⁾ (normative Funktion);
3. autoritativ ermahnen im Hinblick auf die Einhaltung gemeinsamer Überzeugungen, über die Konsens besteht (paränetische bzw. moralisierende Funktion);
4. Modelle für die Praxis erstellen (kritisierend-kontrastierende und futuristisch-visionäre Funktion).

Ihre Normen bezieht die Ethik aus Werthaltungen, die einerseits aus der allgemein menschlichen Erfahrung (naturwissenschaftliche Erfahrung eingeschlossen) stammen, und andererseits — sofern es sich um christliche Ethik bzw. Moraltheologie handelt — zusätzlich in der Bibel und in der kirchlich-theologischen Tradition grundgelegt sind. Weil sich christliche Ethik in ihrem letzten Bezugspunkt auf die Offenbarung stützt, kann sie auf eine humane Ethik motivierend und zwar in „integrierender, kritisierender und stimulierender“²⁾ Weise einwirken. Sie weist selbst keine absolut neuen ethischen Inhalte auf (keine Sondermoral), kann jedoch vorhandene Werthaltungen selektiv beeinflussen.

Als die grundlegenden Werthaltungen, die sowohl für eine christliche als auch für eine human-weltliche Ethik weitgehend identisch sind, können etwa folgende angeführt werden:

1. Personalität (Menschenwürde, -rechte, Freiheit, Gleichheit),
2. Interaktion — Kommunikation,
3. Solidarität (Brüderlichkeit bzw. Geschwisterlichkeit, Gemeinwohl),
4. Subsidiarität (Vorzug der autonomen Kleinstruktur im Sinn eines „small is beautiful“ gegen Zentralismus und Monopolismus),
5. Information — Partizipation (Demokratie gegen Hierarchie).

Nun zu einer Ethik im Kontext der Medizin. Doch zunächst zum medizinischen Selbstverständnis:

Bereits nach Hippokrates „umfaßt die Heilkunde dreierlei: die Krankheit, den

Kranken und den Arzt“³⁾. Es müßte demnach zunächst nach dem Stellenwert von Krankheit bzw. Gesundheit gefragt werden, dann nach dem Kranken selbst, seiner Lage und seiner Hilfsbedürftigkeit, weiters nach dem Selbstverständnis des Arztes und seiner Institution und schließlich nach der Interdependenz, den Beziehungen aller untereinander. Hier kann nur wenig angedeutet werden, und zwar vornehmlich im Blick auf das ärztliche Selbstverständnis in seiner institutionellen Abgesichertheit und in seiner Beziehung zum kranken Menschen.

Die ärztliche Legitimation erfolgt gemeinhin nach dem oft bemühten Spruch: „Voluntas aegroti suprema lex esto“ — **Der Wille des Kranken** habe als oberstes Gesetz zu gelten. Doch kann der Wille des Patienten, wie Hans Schäfer in seiner „Medizinischen Ethik“ ausführt, „durch mangelnde Einsicht irren“. Er „kann insbesondere emotional (z.B. durch depressive Verstimmung) pathologisch sein und, nach Beendigung der Depression, völlig andere Entschlüsse zeitigen“. Schäfer löst das Problem dadurch, daß er die Entscheidung auf das Gewissen des behandelnden Arztes verlegt, das nur so entschieden werden könne, „daß er sich in die Lage des Patienten versetzt und derart handelt, wie er selbst im analogen Fall behandelt werden möchte, daß er also das alte Kantsche Prinzip der Reziprozität des Handelns als Grundlage der Ethik praktiziert“⁴⁾. Schäfer hätte allerdings auch auf die Goldene Regel verweisen können, die schon der Bibel, aber auch vielen anderen alten Kulturen (Griechen, Römer, Indier, Chinesen) geläufig war. Doch ist nicht nur der Wille des Kranken, sondern auch der des Arztes, auch wenn er sich in die Lage des Kranken versetzen möchte, eine zu enge, weil individualistische Basis.

Paul Sporken nennt als „Grundnorm jeder Hilfeleistung... die **wirklichen Interessen** des Hilfesuchenden“, indem er auf die bei allem Helfen bestehende Gefahr verweist, „daß der Helfende so sehr von den guten Einsichten und Absichten erfüllt ist, daß er sich selbst und seine eigenen Auffassungen zur Norm seiner Hilfe macht“⁵⁾. Und obwohl auch in dieser Bestimmung noch „ein subjektives Element“⁶⁾ steckt, hat die Respektierung des Willens des Kranken als obersten Grundsatz ärztlicher Legitimation und Intervention doch entscheidende Vorzüge. Zunächst ist die Freiheit der Person ein anerkannt unverzichtbarer Grundwert in unserer Gesellschaft, und zwar sowohl in politischer, wirtschaftlicher wie religiöser Hinsicht. Andererseits kann der **Arzt nur ein Faktor** sein im Dienst an den „wirklichen Interessen“ des Patienten. Theologen sprechen hier zurecht

vom „Heil“ des Menschen, das mehr umfaßt als seine Gesundheit. Zurecht lautet der vorhin erwähnte Spruch in einer anderen — wohl älteren — Version: „Salus aegroti suprema lex esto“ — Das Heil des Menschen sei das oberste Gesetz⁷⁾. Mit der Annahme eines „Axioms der Persönlichkeitsrespektierung“ ist aber zugleich die Anerkennung des „Axioms der Gesundheitsmaximierung“, wie unser Grazer Physiologe und derzeitiger Rektor der Universität Thomas Kenner zurecht festgestellt hat, „unvereinbar“⁸⁾. Zwar wird eine Gesundheitsmaximierung wohl vereinzelt gefordert, aber doch von niemandem ernsthaft zu realisieren versucht. Sie hätte wohl unweigerlich totalitäre Konsequenzen und könnte von Interessengruppen wie der Wirtschaft schamlos ausgebeutet werden. Sie könnte aber immer noch gefährlich werden, wenn etwa eine moderne Genetik dafür in Anspruch genommen würde, daß nur noch „gesunde Kinder“⁹⁾ geboren werden oder ein „genetic screening“ im Dienst von Interessen vorgenommen wird, die nicht im Sinn des Untersuchten liegen.

Andererseits fördert der Grundsatz des Respekts vor dem Willen des Kranken eine gewisse **Mündigkeit und Autonomie** auch des **Kranken** selbst, weil er es unumgänglich macht, daß der Patient über möglichst alle Maßnahmen des Arztes, die den Patienten betreffen, aufgeklärt wird („informed consent“), und zwar über Risiken, Chancen und Alternativen in gleicher Weise. Gerade in bezug auf Letzterem schweigen Ärzte allzu häufig, und zwar, um — wie es scheint — ihre „Kunden“ nicht zu verlieren.

Was die Frage von **Wahrhaftigkeit** oder Lüge grundsätzlich betrifft, so wäre es eine Verletzung der Personenrechte des Kranken bzw. eine Entmündigung, wollte ein Arzt die Qualifikation ausschließlich für sich selbst in Anspruch nehmen, zu wissen und zu entscheiden, wieviel Wahrheit für den Patienten zuträglich ist. Das schließt nicht aus, daß der Arzt mit seinem Wissen entsprechend taktvoll und vor allem verantwortungsbewußt umzugehen hat. Aber der Patient darf sein Grundrecht, sein Leben weiterzuverfolgen, nicht an den Arzt abgeben oder gar an ihn oder eine Institution verlieren. Geleistete Unterschriften gewähren lediglich eine gewisse untere — juristische — Kommunikationsbasis, stellen jedoch keinen moralisch legitimen Übereignungsvertrag, weder für den Arzt noch den Patienten, dar. Die erhöhte Verletzbarkeit des Kranken und der Einblick in den Intimbereich erfordern eine weit größere Einschränkung des fachlichen wie wissenschaftlichen Eigeninteresses des Mediziners, als dies in den meisten anderen Berufszeigen der Fall ist.

Zur Respektierung der Mündigkeit des Patienten gehört es aber auch, daß er nicht nur den Arzt und das Krankenhaus frei wählen darf, sondern auch die Art der Behandlung, was beinhaltet, daß er von einer Krankenversicherung (spricht: Krankenkasse) erwarten darf, daß sie sämtliche Behandlungen in einer zumutbaren Höhe vergütet, die der Patient als seiner Gesundheit förderlich erachtet. Andernfalls müßte er das Recht haben, diese Versicherung zu kündigen. **Monopolisierungen:** ein ausschließlich naturwissenschaftlich-technisch orientiertes Medizinverständnis, eine zentral und staatlich organisierte Krankenversorgungsinstitution, dem bzw. der Kranke hilflos ausgeliefert wäre, aber auch ein Versicherungssystem, das nur eine bestimmte, eng umgrenzte Behandlungsweise vergütet, liefert den Kranken diesen Systemen aus, vergewaltigen ihn und sind als unmoralisch zu qualifizieren. Dies gilt zweifellos bis zu einem gewissen Grad erwiesenermaßen von unserer derzeitigen Krankenbehandlungssituation wie auch vom Krankenkassensystem in Österreich. Hier hat sich – staatlich abgesichert oder gar begründet – eine Macht etabliert, der es zu sehr nur mehr um Erhaltung und Ausbau ihrer Macht und zu wenig um den Respekt vor der Mündigkeit des kranken Menschen und noch weniger um seine Gesundheit oder auch nur der der Bevölkerung geht. Ganze Industrien¹⁰ arbeiten an und leben von der Krankheit der Menschen, sie können an ihrer Gesundheit letztlich gar nicht interessiert sein. Mittlerweile eingeführte Zusatzangebote wie Vorsorgeuntersuchungen sind lediglich Manöver, um echte Alternativen nicht aufkommen zu lassen und um das herrschende System nicht grundlegend ändern zu müssen.

Es war bereits Max Weber, der unserer Zeit nachgesagt hat, daß sie durch eine „bürokratische Herrschaft“¹¹ gekennzeichnet ist. Für diese ist charakteristisch, daß sie aufgrund der zunehmenden zweckrationalen fachlichen Spezialisierung den Menschen in ein immer engermaschigeres System stark verfestigter, hochdifferenzierter, administrativer und apparativer Technologien einzwängt, denen er in fremdbestimmter und ohnmächtiger Fügsamkeit unterworfen und ausgeliefert ist. Gerade die Verschwisterung einer medizinischen Hochtechnologie mit einer ebenfalls hoch entwickelten Wirtschaft sowie politischen Bürokratie wirkt sich auf einen kranken, d.h. nicht nur physisch, sondern auch psychisch desintegrierten Menschen besonders negativ aus.

Kein Wunder, wenn sich der kranke Mensch angesichts der medizinisch-technischen und bürokratischen Megastrukturen an die kleinen Strukturen aus früheren Zeiten zurückerinnert und wiederum verstärkt der **Selbstmedikation** zuwendet. Zuverlässige Schätzungen rechnen damit, daß zwei Drittel bis drei Viertel aller Erkrankungen im Rahmen sozialer

Primärgruppen (Familie, Nachbarschaft, Freundes- und Bekanntenkreis) behandelt werden. Auch **Präventivmaßnahmen** im Dienst der Erhaltung der Gesundheit werden zum Großteil von Laien durchgeführt¹². Von Ärzten verschriebene Medikamente werden zu einem sehr hohen Prozentsatz nicht angewendet.

Aufgrund von Befragungen in der Bundesrepublik Deutschland nehmen über 30 Prozent aller Bürger regelmäßige Naturheilmittel oder homöopathische Medikamente ein; bei den 60jährigen sind es sogar mehr als 50 Prozent. Aber selbst auch unter den praktischen Ärzten wenden im Raum Stuttgart nur etwa 30 Prozent ausschließlich die „wissenschaftlichen“ Methoden der „Schulmedizin“ an. Etwa 80 Prozent von ihnen befassen sich mit Außenseitermethoden¹³.

Diese Tatsache soll aber gar nicht beklagt werden, ist sie doch der Versuch einer autonomen Selbstheilung angesichts der Professionalisierung und Medikalisierung, angesichts zentralistischer und monopolistischer arbeitender Megasyteme, die gar nicht in der Lage sind, das zu leisten, was sie eigentlich leisten müßten, sondern kontraproduktiv wirken und somit selbst krankmachend sind. Wenn demnach Medizin und Politik in Verbindung mit Wirtschaft und Industrie einen echten Beitrag zur Gesundheit ihrer Klienten leisten wollen, müssen sie alles in ihrer Macht stehende leisten (und wer hätte Macht, wenn nicht sie!) zugunsten einer „Schwerpunktverlagerung von einer stationären zu einer ambulanten, von einer kurativen zu einer präventiven und von einer fremdhilfe- zu einer selbsthilfeorientierten Medizin und psychosozialen Versorgung als Voraussetzung für eine entscheidende Verbesserung der Gesundheitsversorgung“¹⁴. Gerade **Selbsthilfegruppen** arbeiten autonom und dezentral in kleinen und überschaubaren Bereichen; sie sollten von Medizinern und Pflegern, aber auch von Politik und Wirtschaft in jeder Weise wohlwollend begleitet und mit Rat und Tat unterstützt werden. Schließlich hat auch die WHO in der Deklaration von Alma Ata im September 1978 das Konzept einer „primary health care“ im Sinne einer gemeindebezogenen, vorbeugenden Gesundheitssicherung¹⁵ als Ziel einer „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ erklärt.

Kritisch zu hinterfragen ist auch die unbändige Feindeshaltung von Ärzten und Pflegern gegenüber dem **Tod**. Gerade die zunehmend höhere Lebenserwartung in unseren Breiten sieht den **Arzt** nicht mehr nur als „Lebensretter“, sondern erwartet von ihm auch eine Qualifikation als Sterbehelfer und **Sterbebegleiter**. Daß der Arzt jedoch gerade diesen Erwartungen derzeit nur höchst unzureichend entspricht, darauf deutet nicht zuletzt die Tatsache, daß sich immer mehr ältere Menschen angesichts von schweren Leiden für eine aktive Euthanasie aussprechen und in ihrer Not erschreckend häufig zum Mittel des Suizids greifen.

Daher ist gerade für ältere Menschen die **Hauskrankenpflege** zu forcieren, auch wenn die Pflege zu Hause rein technisch gesehen viel schlechter ist. Die vertraute häusliche Umgebung und Wärme kann weder Arzt noch Krankenhaus noch Altenheim adäquat ersetzen, auch nicht bei intensivstem Bemühen. Aber gerade dies wäre für ein menschenwürdiges Sterben erforderlich. Denn nur ausgehend von einem mit „vertrauten Ort“ kann ich es wagen, in einen mir „unvertrauten Ort“ zu gehen. Zudem erzeugen Krankenhaus und Altenheim Abhängigkeiten und nehmen dem alten und kranken Menschen die letzten Reste seiner Autonomie. Wenn aber noch sehr viele Menschen – und zwar in großer Mehrzahl gegen ihren Willen – im Krankenhaus sterben müssen, dann sollen Ärzte, das Pflegepersonal und die Krankenseelsorger gemeinsam („im Team“) jenseits aller strukturellen Hierarchien und jenseits aller Leistungsklassen im Dienst einer „ganzheitlichen Lebenspflege“¹⁶ zusammenarbeiten.

Als weiterer wunder Punkt erweist sich die medizinische **Wissenschaft**. Denn Wissenschaft hat überhaupt einerseits in der Neuzeit eine naturwissenschaftlich-technische Reduktion erfahren, die geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte nicht nur ausblendet, sondern sogar leugnet und somit eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen verhindert. Andererseits hat Wissenschaft auch eine Eigendynamik gewonnen, die immer weniger im Dienst des Menschen und seiner Bedürfnisse steht, sondern ihn zunehmend zwingt, ihr Können und ihr Angebot dankbar, als „Segen“ anzunehmen und zu konsumieren. Dazu tritt Wissenschaft zunehmend in staatliche und privatwirtschaftliche Abhängigkeit, die auch den Umfang und die weitere Forschungsrichtung bestimmen. Dies zeigt sich sehr deutlich etwa im Bereich der Manipulationsmöglichkeiten am beginnenden Leben (In vitro-Fertilisation, Genmanipulation), aber auch am Lebendigen. Hier werden die Bedürfnisse der Klienten bzw. Patienten allzu oft nur mehr vorgeschützt, schließlich kann man sie auch mittels einer gewissen Medienaktivität erzeugen und aufrechterhalten. Insgesamt aber gefährden sie in zunehmendem Maße die Humanität im Umgang unter uns Menschen, aber auch mit der ganzen Schöpfung (man denke nur an die Tiere und deren höchst fraglichen Einsatz für Experimente), schließlich auch den Ruf des Medizinstandes selbst, dessen hoher ethischer Grundsatz ja immer noch der des „non nocere“, nicht zu schaden, war und hoffentlich erhalten bleibt. Wenn es daher so etwas wie eine Wissenschaftsethik auch für den Mediziner geben soll und muß, dann darf sie sich nicht länger als bloße „Anwendungs-Ethik“ verstehen, indem sie dem Wissenschaftsprozess hinterherhinkt, um noch zu retten, was meist schon verloren ist. Vielmehr muß sie eine „Haltungsethik“¹⁷, werden,

„eine Art hippokratischer Gesinnung im Vorhinein“¹⁸⁾ und zwar mit oder ohne ärztlichem Standeseid. Dazu bedarf es allerdings einer grundlegenden Besinnung auf das ärztliche Selbstverständnis. Denn eine Medizin, die sich nahezu ausschließlich als „angewandte Naturwissenschaft“ versteht, führt unweigerlich zu einer „menschenverachtenden medizinischen Praxis“, „die den Arzt zum Gesundheitsingenieur, zumindest aber zum Einsatzleiter technischer Apparaturen und den Patienten zum pathologischen Präparat pervertiert“¹⁹⁾, wie Peter Kampits jüngst bemerkt hat. Und Kampits nennt auch gleich den Grund dieses gestörten Verhältnisses zwischen Arzt und Patient: „Wo Wirklichkeit, von lebensweltlichen Zusammenhängen losgelöst, zu einer nachkonstruierten quantitativ aufweisbaren Kausalkette aufgelöst wird, kann sich im Grunde gar kein anderes als ein mechanistisch aufbereitetes Verhältnis entwickeln, das letztlich aus der menschlichen Beziehung von Patienten und Heilenden eine Funktionsrelation macht“²⁰⁾. Wissenschaftsethik kann sich demnach auch im Bereich der Medizin nicht einfach mit einem Appell an Humanität zufriedengeben. Selbst „wissenschaftsimmanente ethische“ Richtlinien wie „intellektuelle Redlichkeit, Strenge und Sorgfalt in der Methodik und im Experiment, Öffentlichmachen der Resultate und ähnliches“ begründen lediglich „ein 'doing well' der wissenschaftlichen Arbeit“²¹⁾, wie Kampits betont. Auch Ethikkommissionen und selbst begleitende Vorlesungen zur Ethik für Medizinstudenten, was wir ja alles bereits haben bzw. tun, können den ethischen Ansprüchen letztlich nicht genügen. Dies alles sind lediglich Beiträge und Hilfen, damit der Arzt und Wissenschaftler in seiner ausschließlich persönlich zu verantwortenden ethischen Entscheidung zu einem „doing good“ gelangt. Und diese zweifellos erheblichen ethischen Anstrengungen können letztlich auch nur vom Mediziner selbst erbracht werden. Der Ethiker kann lediglich eher allgemein Mißstände aufzeigen (also kritisch begleiten) und Werte positiv aufzeigen, die geschützt und entfaltet werden sollen.

Daher kann und muß der Ethiker gegenüber dem Mediziner einerseits kritisch auftreten gegenüber den vielfältigen Gefahren

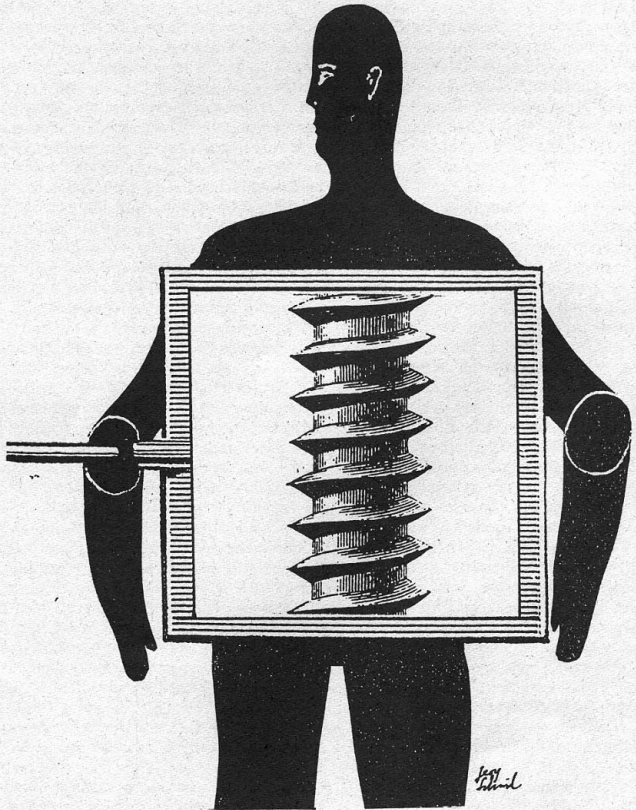
- eines überzogenen und willkürlichen Freiheitsdenkens („Freiheit für Wissenschaft und Forschung“),
- einer Überspezialisierung und Übertechnisierung,
- einer Degradierung des Patienten zu einem wissenschaftlich mehr oder minder „interessanten“ Studienobjekt,
- eines rein sachlichen und unpersönlichen Behandelndewerdens,
- einer apparatezentrierten statt einer personenzentrierten Medizin,
- eines nüchternen Abschätzens im Sinne ausschließlich wirtschaftlichen Nützlichkeits- und Leistungsdenkens,

- eines Ausspiels eines verengten Mitleidsethos gegen ein Ethos der Menschenwürde, usw.
- Andererseits hat der Ethiker den Mediziner an gültige Werte zu erinnern:
- daß Leben vieldimensional ist,
 - daß Leben ein Lebensrecht hat, und zwar von Anfang an,
 - daß Menschen nicht willkürlich über Menschen (und Tiere) verfügen dürfen,
 - daß auch behindertes Leben gern lebt und ein Lebensrecht hat,
 - daß der Umgang miteinander in Respekt und Würde zu erfolgen hat,
 - daß dieser Umgang nicht über Herrschaft und Bevormundung, sondern als Dienst („Dienstleistung“) zu erfolgen hat,
 - daß im Konfliktfall ein möglichst allseits gerechter Ausgleich gefunden werden muß zwischen Lebensrecht, Lebenserwartung, Lebensqualität, Leidverminderung und Freiheitserhaltung, usw.
- Von einer Mediziner Ausbildung dürfte künftig
- weniger von noch mehr des Erlernens von Heiltechnik, sondern von Heilkunde zu erhoffen sein,
 - weniger vom Behandeln und Kurieren

als vom fachkundigen Begleiten,

- weniger vom naturwissenschaftlichen Experiment (vom Tierexperiment bis zur Leichensektion) als von Erfahrung, Wahrnehmung, Mitgefühl, Feed-back,
- weniger Umgang mit „Fällen“, Organen, Objekten, Patientengut als mit Menschen, die angesichts ihrer Leiden der Einfühlbarkeit und der solidarischen Hilfe bedürfen,
- weniger selbst auch von einer hochtheoretischen, abstrakten „medizinischen Ethik“ als von einem auf den jeweils konkret bedürftigen Menschen bezogenen engagierten Handlungsethos.

Das Unbehagen an einer ausschließlichen sogenannten „schulmedizinischen“ Ausbildung und Praxis wird allerdings von Nichtmedizern und Medizern in gleicher Weise gespürt. Die **Schulmedizin** hat zweifellos ihre Berechtigung als Notmaßnahme und Krisenintervention („Feuerwehr“). Damit es aber möglichst nicht dazu kommt, bedarf es der unbedingten Forcierung der Präventiv-, aber auch der sanfteren Alternativ- bzw. **Komplementärmedizin**, deren Anliegen es ist, über Ernährung, Bewegung, mentale Hilfen usw. die Gesundheit zu erhalten



bzw. unabhängig und vor der Notmaßnahme wiederherzustellen. Es ist tröstlich zu beobachten, daß namentlich Jungmediziner — gerade auch angesichts der derzeitigen „Ärztzschwemme“ — sich zu ihrer schulmedizinischen Ausbildung einer zusätzlichen Aus- und Weiterbildung — oft unter großen persönlichen Opfern — unterziehen, sei es im Hinblick einer schulmedizinischen Vertiefung, sei es in Richtung Psychosomatik bzw. Psychotherapie, oder auch in Richtung einer sogenannten Alternativ- bzw. Komplementärmedizin, um gewissermaßen auf zwei Beinen zu stehen, d.h., um nicht einbeinig zu sein und möglicherweise eindimensional zu denken und zu handeln. Allein das beweist, daß Verantwortungsbewußtsein und Ethos unter den Mediziner heute durchaus lebendig sind. Allerdings, das bürokratische Megasytem, dem sich kaum jemand entziehen kann, korrumpt und verhindert viel, ja allzu viel.

Anmerkungen:

- 1) Kurt Weisshaupt, Ethik und Medizin, in: Jürg Wunder-Weisshaupt, Medizin im Widerspruch, Olten: Walter 1977, 17—44; 28.
- 2) Alfons Auer, Autonome Moral und christlicher Glaube, Düsseldorf: Patmos 1971; 2. erw. Aufl. 1984, 189.
- 3) Hippokrates, Epidemion I II.
- 4) Hans Schäfer, Medizinische Ethik, Heidelberg: vfm 1983, 209.
- 5) Paul Sporken, Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik, Düsseldorf: Patmos 1977; 2. erw. Aufl. 1981, 52.
- 6) Ders., a.a.O. 53.
- 7) Vgl. dazu Hermann Ringeling, Handlungsfähigkeit — Leidsfähigkeit: Medizin und Menschenbild, in: dersh., Leben im Anspruch der Schöpfung (Studien z. theolog. Ethik 24), Freiburg/Schweiz: Universitätsverl. 1988, 157—159; 138.
- 8) Thomas Kenner, Medizinische Ethik, in: Schweiz. Ärztezeitung, Bd. 66, H. 33, Bern 1985, 1502.
- 9) So die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Bundesärztekammer aus dem Jahre 1980 über „Genetische Beratung und pränatale Diagnostik in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Deutsches Ärzteblatt 77/4 (1980) 187—192, Punkt 2.4.
- 10) Vgl. dazu etwa Kurt Langbein u.a., Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma-Industrie, Köln: Kiepenheuer u. Witsch 1981; ders. u.a., Bittere Pillen, Köln 1983 u.ä.
- 11) Max Weber, Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der Sozialökonomik Bd. III, 1922; 6. Aufl. Tübingen 1980.
- 12) Vgl. dazu H. Breitkopf u.a., Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Einstellungen, Verhalten und strukturelle Rahmenbedingungen, Bielefeld 1980; Ilona Kickbusch/Alf Trojan (Hg.), Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegrup-

- pen und Gesundheit. Selbstdarstellungen, Analysen, Forschungsergebnisse, Frankfurt (fischer alternativ 4050) 1981.
- 13) Vgl. Heinrich Schipperges, Die Natur — ein Leitbild der Heilkunde!, in: Mensch und Natur. Auf der Suche nach der verlorenen Einheit. Hg. v. Gotthard Fuchs, Frankfurt, Knecht 1989, 51—80; 70. Verweis auf K. H. Caspers, in: Naturheilverfahren heute, 1983, 33.
 - 14) Rainer Köcher/Karlheinz Scherer, Sozialstationen und psychotherapeutische Versorgung. Für eine bürgerliche Gesundheitspolitik, Weinheim-Basel: Beltz 1982, 65. Vgl. auch Christian von Ferber, Medizinikultur und Laienkultur nebeneinander — gegeneinander — miteinander, in: Medizinische Ethik und soziale Verantwortung. Hg. v. Odo Marquard u.a. (Ethik der Wissenschaften 8), München: Fink — Paderborn: Schöningh 1989, 9—27.
 - 15) Vgl. dazu Alf Trojan, Gesundheitspolitik beginnt an der Basis, in: Öko-Politik — aber wie? Hg. v. Gerd Michelsen, Frankfurt (Fischer alternativ 4061) 1983, 63—69; bes. 66.
 - 16) Andreas Heller, Ganzheitliche Lebenspflege. Für ein Miteinander von Krankempflge und Krankenseelsorge, Düsseldorf: Patmos 1989.
 - 17) Ernst von Weizsäcker, Ethische Probleme aus der Biologie, in: Zeitschr. f. Evang. Ethik 16 (1972) 150—157; 152f.
 - 18) Dietmar Mieth, Moral und Erfahrung. Beiträge zur theologisch-ethischen Hermeneutik (Studien zur theolog. Ethik 2), Freiburg/Schweiz: Univ. Verl. 1977, 78.
 - 19) Peter Kampits, Dürfen, können, mögen, müssen, sollen, wollen. Von den Grenzen des Machbaren: Plädoyer für eine neue Ethik der Medizin, in: Die Presse v. 20./21. I. 1990, S. 1.
 - 20) Ders., ebd.
 - 21) Ders., a.a.O. S. II.

„Gesundheit fordern in ihren Gebeten die Menschen von den Göttern, daß sie aber Macht darüber in sich selbst haben, wissen sie nicht“ (Demokrit)

„Die Sünden sind die Ursache aller Übel, die Ursache der Strafe, die Ursache des Schmerzes“ (Johannes Chrysostomos)

Es „schwankt zwischen Übereilung und Versäumnis unser Krankheit schwer Geheimnis“ (J. W. v. Goethe)

„Krankheiten sind Höflichkeitsbesuche des Todes“ (Kudzus)

„Die größte Krankheit der Menschen ist aus der Bekämpfung ihrer Krankheiten entstanden — wir bedürfen... einer neuen Gesundheit, einer stärkeren, gewitzteren, zäheren, verwegenen, lustigeren Gesundheit“ (F. Nietzsche)

„Das Gesundheitsinteresse der Bevölkerung ist groß; das Gesundheitswissen ist mäßig; das Gesundheitsverhalten ist schlecht“ (Christian Morgenstern)

„Krankheit hat sich uns wie eine Kritik des menschlichen Lebens und Zusammenlebens aufgedrängt, und wir können nicht mehr anders, als uns mit ihr wie mit einem Prüfstein menschlichen Benehmens und Verhaltens auseinanderzusetzen“ (Viktor von Weizsäcker)

„Es wird von Tag zu Tag deutlicher, daß die verbreitetsten und wirksamsten Risikofaktoren solche des persönlichen Fehlverhaltens sind: Rauchen, Überernährung, insbesondere auch mit Zucker, Bewegungsarmut, Alkohol, Drogenmißbrauch bis hin zur Süchtigkeit, Ehrgeiz und Gewinnucht“ (Hans Schäfer)

„Auf den kranken Menschen und nicht auf die Krankheit kommt es primär an“ (Heinrich Pompey)

„Krankheiten als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen“ (Ludolf v. Krehl)

„Gesundheit und Krankheit sind ihrem Wesen nach keine naturwissenschaftlichen Begriffe“ (K. E. Rothschild)

„Die Sorge um die Belange der Person muß stets ausschlaggebend sein im Vergleich zu den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft“ (Deklaration von Helsinki, revidiert vom Weltärztebund in Tokio, 1975)

„Was kränkt, macht krank“ (Max Herz)

„Geh in dich, in deine Tiefen und lerne dich erst kennen, dann wirst du verstehen, warum du krank werden mußt, und vielleicht vermeiden krank zu werden“ (S. Freud)

„Alle Bemühungen, den einzelnen Menschen geistig gesund zu machen und gesund zu erhalten, müssen scheitern, solange nicht genauso intensiv an der Veränderung der krankmachenden gesellschaftlichen Strukturen gearbeitet wird“ (Kongreß der „Nationalen Föderation für geistige Volksgesundheit“ in Amsterdam 1972)

„Wie eine unter dem Leistungsdruck stehende Gesellschaft mit den Leistungsfähigen umgeht, ist ein Test für ihre humane Entwicklung“ (H. Gollwitzer)

„Wir haben keine eindeutigen Indizien dafür, daß medizinische Fortschritte dazu beigetragen hätten, die Krankheitshäufigkeit zu vermindern und den Gesundheitszustand zu verbessern“ (Manfred Pflanz, Sozialmediziner, 1977)

„Wir haben glänzende Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten; aber was wir wirklich brauchen, das sind glänzenden Einrichtungen zur Förderung der Gesundheit... Das Krankenhaus muß ein Zentrum für eine Erziehung zur gesunden Lebensordnung werden.“ (der britische Gesundheitsminister MacLeod vor dem Weltkrankeits-Kongreß, 1953)

„Die bewußt gelebte Gebrechlichkeit, Individualität und soziale Offenheit des Menschen machen die Erfahrung von Schmerz, Krankheit und Tod zu einem integralen Bestandteil seines Lebens. Die Fähigkeit, diese Dreieite autonom zu bewältigen, ist die Grundlage seiner Gesundheit“ (Ivan Illich)

Gesundheitspolitik der Zukunft: „Mit dem Druck eines beschränkten Raumschiffes Erde wird neben der Geburtenkontrolle mit Sicherheit die Sterbekontrolle systematischer propagiert werden und bald darauf und immer totaler auch eine Lebenskontrolle“ (Heinrich Schipperges).

BRUCH ODER KONTINUITÄT

Zur Situation der Medizin nach 1945

Ende der 70er Jahre wurde ich von Grazer Medizinstudenten zu einem Vortrag über Mängel in unserem Gesundheitswesen eingeladen. Wir hatten gerade die „Systemanalyse“⁽¹⁾ veröffentlicht, Götz Hagenmüller hatte den „Krank Film“ gedreht, unsere kritische Position gegenüber der Ständesvertretung, der Ärztekammer, hatte zu Konflikten mit den Kammerherren geführt, unsere Krankheitstheorie wurde als ideologischer Unsinn abgetan. Die Arbeitsgemeinschaft Kritische Medizin mußte ihre Standpunkte mehr als einmal vor Gericht deklarieren. Einige von uns hatten Mühe, ihren Arbeitsplatz im Krankenhaus zu halten. Wer einen Chef mit NS-Vergangenheit über sich wußte, war in Gefahr. Die Ehemaligen wollten nichts über die mörderischen Spitalsverhältnisse zwischen 1938 und 1945 hören. Wir lasen Mitscherlich⁽²⁾, lasen ihn auch vor, suchten in den Archiven nach Beweismaterial gegen den stadtbekannten Psychiater Gross, dem wir dann auch nachweisen konnten, daß er „an der Tötung mehrerer hundert, angeblich geisteskranker Kinder mitbeteiligt war“⁽³⁾. Dies alles hindert freilich Österreichs Gericht nicht, den NS-Psychiater mit nachgewiesener Mitbeteiligung bis zum heutigen Tage zu beschäftigen. Es gibt eben nicht nur ehemalige Primärärzte, es gab und gibt auch unverbesserliche Richter. 1979 war also bereits oft und ausführlich von der Medizin im Nationalsozialismus die Rede. Es überraschte mich also nicht, daß mich Graz auf seine Art abwieß: Man gab den Hörsaal, indem ich reden sollte, nicht frei. Ein Medizinkritiker habe nichts an der medizinischen Fakultät verloren, ließ man mich wissen. Ich habe dann, wenn ich mich recht erinnere, in einem vorklinischen Institut von einem Freigeist Asyl erhalten.

Daß damals also unsere Kritik wie überall, auch in Graz diffamiert und verboten wurde, überraschte mich nicht. Daß mich 1990 der Rektor, dazu noch ein Angehöriger der Medizinischen Fakultät, zu einem Vortrag in diesem prunkvollen Festsaal bittet, erstaunt mich sehr. Ich frage mich: Wer hat sich nun geändert? Die Thematik, mit der ich mich, gemäß Ihrer Einladung, heute befassen will, ist jedenfalls wieder einmal und noch immer die Medizin im Nationalsozialismus und die Zeit danach. Haben wir dieses Gedankengut, den Biologismus, überwinden? Sind die Zeiten der Menschenverachtung vorbei? Haben unsere Krankenhäuser eine Struktur, die Übergriffe an Alten und unbrauchbar ge-

wordenen Menschen verhindern? Ist aus der asozialen Medizin eine soziale geworden? Was ist Inhalt von Forschung und Lehre?

Am 15. Mai 1941 schrieb ein Herr Dr. Rascher an Herrn Himmmler folgenden Brief: „Hochverehrter Reichsführer!

Für Ihre herzlichen Glückwünsche und Blumen zur Geburt meines 2. Sohnes danke ich Ihnen ergebenst! Es ist auch diesmal wieder ein kräftiger Junge, obwohl er drei Wochen zu früh kam. Ein Bildchen von beiden Kindern darf ich Ihnen gelegentlich zusenden. Auch danke ich Ihnen sehr herzlich für die großzügige regelmäßige Überweisung, die gerade jetzt für Mutter und Kind von Wichtigkeit ist. Zur Zeit bin ich nach München zum Luftgaukommando VII kommandiert für einen ärztlichen Auswahlkurs. Während dieses Kurses, bei dem die Höhenflugforschung eine sehr große Rolle spielt — bedingt durch die etwas größere Gipfelhöhe der englischen Jagdflugzeuge —, wurde mit großem Bedauern erwähnt, daß leider noch keinerlei Versuche mit Menschenmaterial angestellt werden konnte, da die Versuche sehr gefährlich sind und freiwillig sich keiner dazu hergibt, ... daher stelle ich die erste Frage: Ob zwei oder drei Berufsverbrecher für diese Experimente zur Verfügung gestellt werden können? ... Die Versuche, bei denen selbstverständlich die Versuchspersonen sterben können, würden unter meiner Mitarbeit vor sich gehen. Sie sind absolut wichtig für die Höhenflugforschung und lassen sich nicht, wie bisher versucht, an Affen durchführen, da der Affe vollständig andere Versuchsverhältnisse bietet.“

Herr Dr. Rascher erhielt undatiert bald Antwort durch den persönlichen Referenten Himmlers: „Sehr geehrter Herr Dr. Rascher! Ich kann Ihnen mitteilen, daß Häftlinge für die Höhenflugforschung selbstverständlich gern zur Verfügung gestellt werden können ...

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, um Ihnen auch noch zur Geburt Ihres Sohnes meine herzlichen Wünsche zu übermitteln“⁽⁴⁾.

Es hat also damals ein Arzt um Menschenopfer gebeten. Nicht das politische System hat Menschenversuche gefordert, das medizinische System bat. Es wurde die menschenvernichtende Forschung von der Medizin, vom Arzt mit dem Hinweis erklärt und gerechtfertigt, daß vielen geholfen werden könnte, wenn ein paar ihr Leben ließen. Ein höheres, ein wissenschaftliches Interesse entschuldigte die Tötung von Menschen.

Und dies alles in diesem moderaten, auch uns heutzutage vertrauten Umgangston.

Daß die Frau von Dr. Rascher niemals ein Kind zur Welt brachte, daß „ihre Kinder“ inhaftierten und später ermordeten Frauen abgenommen wurden, kam noch vor Kriegsende ans Licht. Das nur nebenbei.

1969 hat ein Herr Arnus Vinzen aus der BRD zwei Jahrgänge medizinischer Zeitschriften auf die Frage hin untersucht, ob bei der Planung und Durchführung von Forschungsprojekten ethische Normen berücksichtigt oder übergangen wurden. Er fand bei 40 Arbeiten eindeutige, unzulässige Menschenversuche. Zwei Drittel derartig mißbrauchter Patienten waren ahnungslos, hatten keinerlei Einwilligung für die Versuche gegeben. Siebenmal wurden Experimente an ahnungslosen Kindern beschrieben, sechsmal waren es Säuglinge, deren Eltern, weitab vom Spital wohnhaft, keine Chance hatten, ihre Kleinen vor „höheren wissenschaftlichen Interessen“ zu schützen.

In Österreich wurden bisher keine derartigen Untersuchungen nach der Rechtmäßigkeit von Forschungsvorhaben durchgeführt. Warum wohl?

1979 hat ein Herr Dr. Braun an der Wiener Universitätskinderklinik eine 80 cm lange Sonde vom Mund aus in den Zwölffingerdarm vorgeschoben und dann, nach Einbringen von radioaktiven Kalzium, unter Röntgendurchleuchtung die Resorption der strahlenden Substanz zu beobachten.

Natürlich hatte dieses Forschungsvorhaben nichts mit der Erkrankung der Kinder zu tun. Dies dachten nur die ahnungslosen Eltern, die weitab von Wien im Waldviertel wohnten oder als Gastarbeiter in den Außenbezirken hausten, somit schwer Kontakt zu ihren Kindern halten konnten.

Als die Geschichte aufflog wurde Menschenjagd gemacht. Nicht auf Dr. Braun oder den Klinikvorstand. Nein, auf jene Ärzte, die im Verdacht standen „undicht“ zu sein.

Dr. Braun ist inzwischen, trotz aller öffentlicher Proteste, habilitiert. Er erhielt von der Ärztekammer eine Auszeichnung. DDr. Sator, der Kinderarzt, der gegen Dr. Braun und jene Experimente auftrat, die auch wissenschaftlich völlig wertlos waren, mußte die Kinderklinik verlassen.

1974 haben wir in verschiedenen Zeitungsserien (Kronen Zeitung, Arbeiter Zeitung, Profil) die wenig berücksichtigten Tagesabläufe in Krankenhäusern, auch die Ahnungslosigkeit von Patienten beschrieben, deren geringe Chancen aufgezeigt, eine Behandlung zu verstehen, eine Behandlung abzulehnen. Wir erhiel-

ten daraufhin über 800 Briefe, in denen Patienten ihre dramatischen Erlebnisse, ihre Behandlungseindrücke wiedergaben. In über vierhundert Fällen klagten Frauen über den rüden Umgangston, der an den Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe herrscht. Inzwischen hat sich, da und dort die von Männern mit aller Härte beherrschte Frauenheilkunde samt Geburtshilfe etwas gewandelt. An einigen Abteilungen werden jetzt sogar Frauen für das Fach Frauenheilkunde zugelassen und ausgebildet! Welch ein Wunder: Sie sind sogar imstande, Geburtshilfe zu leisten!

Da und dort ist eine Abteilung sogar schon bekannt dafür, daß Geburten ausschließlich von Frauen, von Hebammen, betreut werden. Doch wehe, wenn bei einer solchen sanften Geburt eine Komplikation, gar ein Zwischenfall eintritt. Da reißt sich eine maskuline Schulmedizin die Hände. Da will dann ein Apparat und Elektronik geschulter Geburtsideologe rasch beweisen, daß eine sanfte, von Frauen geleistete Geburt allemal eine Bedrohung für Mutter und Kind darstelle.

1980 wurde noch in jenem Krankenhaus, in dem ich arbeite, per Dienstanweisung die Entnahme von Lungengewebe von Schwerverletzten geboten. An Schockierten sollte per Biopsie, freilich ohne Mitwissen des lebensbedrohten Patienten, der Schock erforscht werden. Der es anordnete hatte selbstverständlich in der NS-Zeit eine Mitgliedsnummer. Daß die Anordnung nicht durchgeführt wurde, ist der angenehme Teil dieser Geschichte.

1981 gelang es der Kritischen Medizin, Herrn Friedrich Zavrel aus der Strafanstalt Stein zu befreien, ihn vor einem weiteren Gutachten seines „Gönners“ Prim. Dr. Gross zu beschützen.

Friedrich Zavrel war ein Fürsorgefall im NS-Reich. Zuerst nazibraune Pflegeeltern, Fluchtversuche. Daraufhin gerät er in Heim-Gefangenschaft. Fluchtversuch. Als alle einschlägigen Heime ihre Wirkung getan haben, landet Friedrich 11jährig am „Spiegelgrund“. Weil sich ein Erzieher an ihm verging, ist der 11jährige, „geistig abnorm“. Lieblosigkeit ist steigerungsfähig.

Friedrich wird in ein leeres Zimmer gesperrt. Inventar: Nachtopf und Matratze. Sein „Fernsehprogramm“: Durch die abgekratzte Milchglasscheibe sieht er Männer mit unhandlichen Schnürpaketen zu einem Leiterwagen eilen. Er erkennt die hervorstehenden Kinderfüße und weiß, hier werden Kinderleichen gestapelt und abtransportiert. Voller Angst und Schrecken fragt er bei der Schwester nach dem, was er gesehen hat. Ergebnis: dem Jungen Friedrich Zavrel wird mit dem Leiterwagen gedroht, so Folgsamkeit erpreßt.

Er hat Glück: eine Schwester Rosa verhilft ihm zur Flucht.

Was ist aus Zavrel geworden?

Kein Macher, kein Chef, kein Jagdbesitzer, keine Auszeichnungen und Orden.

Mit solcher Kindheit stiehlt man sich — ein lebenslanges Opfer immer neuer Herren — als Knecht durchs Leben. Wiederholungsdiebstahl, Rückfalltäter. Er geriet erneut in die Fänge des famosen Dr. Gross. Als Zavrel ihn an den Spiegelgrund erinnert, will Gross davon nichts hören. Er fordert ein Vergessen von Zavrel, verspricht gutachterliche Hilfe. Der ewig bedrohte Zavrel hofft umsonst. Das Gutachten von Dr. Gross besichert ihm sieben Jahre Gefängnis und danach, wenn Gross will, ein Sonderanstaltsleben bis 1993!

Gross ortet bei Zavrel gutachterlich eine Neigung zu „übertriebenem Selbstmitleid“. Da andere es nicht konnten oder wollten, kümmerte sich Zavrel selbst um sein Leid. Schon ist daraus allerdings im Gutachten eine „gefährliche Neigung“ geworden. Gross, reingewaschen in einer Republik, die nicht die unsere sein darf, zitiert in seinem Gutachten das Vorgutachten seines ehemaligen Chef, des wegen Massenmordes am Spiegelgrund hingerichteten Dr. Illing. Nach Illing ist Zavrel ein „Monster an Gefühllosigkeit“. Ich frage: wer ist hier ein Monster, wer gefühllos? Wem ist hier etwas vorzuwerfen? Den Tätern oder den Opfern?

Gross, der uns, die Kritische Medizin verklagte, weil wir ihm, dem Mitläufer, verbieten wollten, über „Tötungsdelikte von Geisteskranken“ zu referieren, hat sich vor Gericht, mühsam aber doch, so aus der Verantwortung gestohlen: Über ihm war stets ein alles entscheidender

Chef. Um ihn das NS-Reich, eine Bedrohung selbst für Anhänger und Mitläufer. Und in ihm wucherte die damals menschenfeindliche Psychiatrie.

Vieles war angeblich auf Vernichtung ausgerichtet. Selbst die Eltern der behinderten Kinder hätten „um Erlösung“ gebeten.

Da sei es eben den Erlösern vom Spiegelgrund schwer gefallen, Hitlers Tötungsbefehl zu widerstehen.

Nicht allen fiel es so schwer. Anna W., Mutter eines behinderten und am „Spiegelgrund“ ermordeten Kindes, weiß es anders.

1940 ist Anna W. Krankenschwester. Als sie von den Verlegungen der Kranken und den bald danach zugestellten Totenscheinen hört, wird sie mit anderen Eltern aktiv. Zweimal reist sie in die Reichskanzlei des Führers, sie organisiert Protestversammlungen am Steinhof, spricht bei Baldur von Schirach in Wien vor.

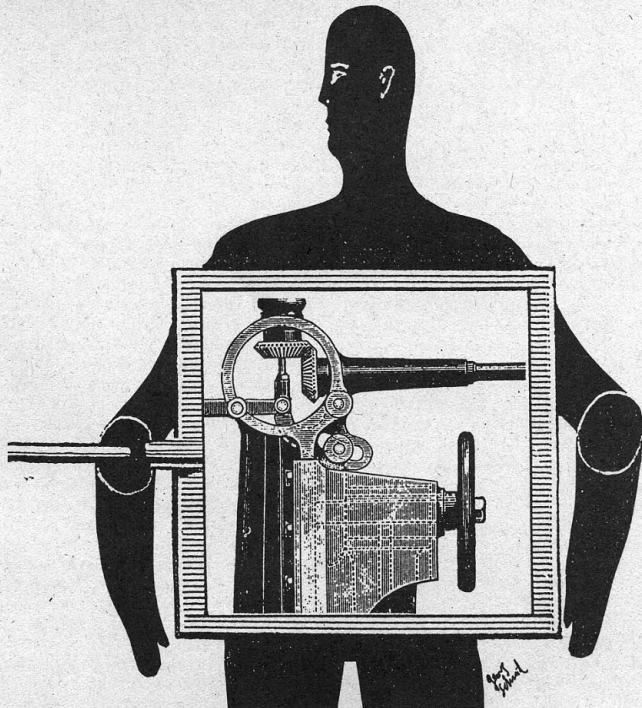
In Berlin ist man über die Körbe von Protestkarten empört. Anna W. meldet sich bittend beim Steinhof-Direktor.

Erfolg: Sie wird tagelang von der Gestapo verhört.

Anna W. hat Widerstand geleistet. Sie hat überlebt. Ihr Kind, das nach einer Gehirnhauteontzündung geh- und sprachbehindert, keineswegs aber schwerst mißgebildet war, wurde „am Spiegelgrund“ ermordet.

Anna W. ist heute 88 Jahre alt. Sie lebt in Wien, bezieht eine Fürsorgerente.

So ist das also: Die Mitläufer haben eine



große Karriere gemacht. Die Opfer sind tot. Die Überlebenden sind weggesperrt oder krank.

Und der Widerstand ist alt und fürsorglich mindestens berentet.

1989 wurden wir durch die Meldung von Tötungsdelikten an Patienten im Krankenhaus Lainz geschockt. Die gezeigte moralische Empörung war verständlich. Die vermeintlichen Tötungsdelikte an Patienten jedoch als das „Jahrhundertverbrechen“ hinzustellen war falsch.

Falsch, weil hierzulande vor 50 Jahren in acht von neun Bundesländern Patienten routinemäßig selektioniert und getötet wurden. In der Heilanstalt Valduna (Vorarlberg) wurden vierhundsiebenundvierzig Patienten umgebracht. Im „Narrenhaus“ zu Hall in Tirol werden es fünfhundert Minderwertige gewesen sein. In Lehen bei Salzburg werden zweihundertsechzig Opfer gezählt. Einem Dr. Niedermoser in Klagenfurt wurden — in der Gemeinschaftsarbeit mit vierzehn Mitarbeitern — die Selektion und der Abtransport von sechshundert Patienten und die Ermordung von vierhundert Anstaltsinsassen nachgewiesen. Aus der steirischen Großanstalt Feldhof wurden eintausendfünfhundert Patienten nach Hartheim bei Linz zur Tötung verbracht.

Wieviele Männer, Frauen, Kinder in Feldhof selbst mittels Spritze oder Nahrungsentzugs getötet wurden, ist unklar. Grund: Archivsperre von 80 Jahren. Ärzte, Pfleger, Schwestern haben nach 1945 unbescholten weitergemacht, als wäre nichts gewesen.

Es ist also falsch, die Tragödie von Lainz als erst- oder einmaliges Ereignis darzustellen.

Daß die Öffentlichkeit in diese Übertreibung flüchtet, hat mit dem Umstand zu tun, daß in Österreich der „Blick zurück“ nicht gern gewagt wird. Österreichs Anstaltsgeschichte weist eine siebenjährige Lücke auf. Was zwischen 1938 und 1945 geschah, wird unter Verschuß gehalten, mußte wohl bisher verheimlicht werden, da sonst die unheilvolle personelle und strukturelle Kontinuität nach 1945, der problemlose Wechsel von der NS-Mordanstalt ins republikanische Spital, vom Mittäter zum ordentlichen österreichischen Professor, sichtbar geworden wäre. Merken wir uns also: Der organisierte Mord an Minderwertigen, Kranken, Juden, Homosexuellen, Alten wäre ohne die tatkräftige Mitarbeit der Ärzte in dieser Form und Größenordnung nicht möglich geworden. Die Euthanasie ereignete sich vorwiegend in den Psychiatrie-Anstalten, wobei es offensichtlich nur unbedeutender Veränderungen bedurfte, um vom therapeutischen Konzept der Unterwerfung und Trennung, der sozialen Ausschließung, zur endgültigen Absonderung durch das Töten zu gelangen.

Da man sich in der Anstaltspsychiatrie stets ein moralisches Recht auf Gewaltanwendung (Zwangsjacke, Behandlung mit Eiswasser, Drehmaschine, engl. Sarg, E-Schock) nahm, war nur die Grenze der

Gewaltanwendung zu verschieben um von der „Parziallösung zu Endlösungen“ zu gelangen.⁵¹

Das psychiatrische Denken verlegte die Krankheit in den Kranken, dachte sich psychiatrische Auffälligkeit als im Körper ablaufendes Geschehen, als Erb- oder Zelleffekt, bestritt die soziale Komponente einer seelischen Behinderung, war mit der Isolation von Geisteskranken, diesem ersten Schritt zu jeder Selektion, beschäftigt oder mit medizinischen Techniken, die auf körperliche Erschütterung des Kranken abzielte. Das andere Denken in der Psychiatrie, der Zugang Freuds zum Problem, galt selbst als Abartigkeit, wurde verfolgt, vertrieben oder getötet.

Es wäre nun zu fragen, ob die Psychiatrie nach 1945 ausreichende Anstrengungen unternommen hat, um ihre Benützbarkeit für Endlösungen ein für allemal zu unterbinden. Ist biologisches Denken, Individualisierung von Krankheit, Isolierung und Absonderung, Ausüben von moralischer Gewalt gegenüber Kranken, Entrechtung und Infantilisierung, Entmündigung und Bevormundung, sind die Techniken der Gewalteinwirkung so eingeschränkt oder unterbunden, daß weder der gelegentliche Übergriff an Kranken noch die generelle Vernichtung Erkrankter unmöglich geworden wäre?

Die Anstrengungen in diese Richtungen sind gering geblieben. Nicht nur Freud, sondern alle Analytiker wurden vertrieben. Durch Jahrzehnte hindurch blieb die analytische Schule ausgesperrt, während verlässliche Mitarbeiter der NS-Psychiatrie nach kurzer, meist selbstgewählter Abwesenheit wieder Stellung bezogen. Das Paradigma der Anstaltspsychiatrie ist nicht ausgerottet. Macht über Kranke gewinnt man jetzt medikamentös. Die Psychiatrie hat nicht aufgehört, soziale Abweichungen zu psychiatrischen Krankheitsbildern umzubenennen, um ausgerüstet mit neuen Diagnosen (Soziopathie, geistig abnormer Rechtsbrecher, Drogenabhängiger) gegen abweichende Lebensformen oder verunglücktes Leben psychiatrisch vorgehen zu können.

Die Psychiatrie zieht sich nicht in einem für sie übersehbaren Bereich zurück, sie ist vielmehr dabei, sich zur gesellschaftlichen Expertin aller Lebensbereiche aufzuspielen. Es ist kein politischer Konflikt kein Unglück denkbar ohne die Befragung eines sprachgewaltigen Psycho-Experten. Kein Krisenstab verzichtet auf den Seelenexperten; die Nation erhält eine österreichische Seele, ein eigenartiger Rassismus soll die Gesellschaft neu beschreiben: Es gibt eine Rasse der Anständigen, eine Rasse der Unanständigen. Die Psychiatrie hat also die Anstalt verlassen. Was sie aber dort gelernt und gedacht hat, den Anstaltsblick, den sie gewonnen hat, will sie nun allen andrehen. Bald werden uns Parteipsychiater in die Wahllokale locken.

Auch in der somatischen Medizin herrscht weiterhin ein Krankheitsbild vor, das sich wenig von jenem in der national-

sozialistischen Medizin unterscheidet. Krankheit entsteht schicksalhaft, endogen oder als Organdefekt, als Zellenunglück. Selbst im Konzept der multifaktoriellen Genese überwiegen die somatischen Faktoren, bleiben soziale Faktoren, gesellschaftliche Bedingungen bei der Entstehung von Krankheit weitgehend ausgesperrt.

Als Ursache von Krankheiten werden weiterhin risikoträchtige Körperzustände (Cholesterin, Hochdruck) oder risikoträchtige Lebensgewohnheiten (Essen, Rauchen, Trinken) angeführt, nicht aber risikoträchtige Organisationsprinzipien der Gesellschaft (Arbeit, Freizeit, Verkehr, Nahrungsmittel, Desolidarisierung der Gesellschaft).

Das Paradigma ist also vorherrschend biologisch, organisch ausgerichtet. Medizin ist nicht Sozialmedizin, auch wenn es Ärzte gibt, die sich so benennen lassen, die nichts anderes im Sinn haben, als moralische Aufrufe zu gesünderem Leben zu erlassen: Leben Sie fettlos, alkoholfrei, nikotinar, umfassend abstinert!

Solange das Problem der Entwicklung von Krankheit so sehr von Sozialbedingungen abgekoppelt gesehen wird, bleibt der Beherrschungscharakter stärker als der therapeutische Charakter. Es ist gefährlich, wenn eine Wissenschaft sich anmaßt, Lebensvorschriften zu erteilen, die letztlich nichts weiter sind als Maßregelungen von Menschen, also Anweisungen, man möge individuell sich so verhalten, daß man der krankmachenden Potenz der Gesellschaft entgeht: „Die Gesellschaft übernimmt die Produktionssphäre, der einzelne schlägt sich mit dem Tod herum. Man stirbt nicht als Belegschaft, die Agonie ist unteilbar, die Wunden lassen sich nicht verteilen.“

„Was gibt es neues in der Medizin?“ fragte 1986 Prof. Neugebauer die bemühten österreichischen Forscher. In einem schlichten Bändchen — von Ärzten für Ärzte — erhält man einen Überblick über die vorherrschende Thematik medizinischer Forschung: Der Embryo-Transfer. Rechtsfragen künstlicher Nachkommenschaft. Optische Oberflächenvermessung in der Medizin. Derzeitiger Stand der Transplantationschirurgie. Wann kommt das künstliche Herz? Der zementfreie Hüftgelenkersatz. Was kann die Insulinpumpe?

Die Prothese ersetzt den Arzt. Der Mensch wird zum Spender oder Empfänger. Wer in diesem Bereich des „großen medizinischen Schauspiels“ tätig ist, fühlt sich auch auf der Buchhalterebene in einem gefährlichen Ausmaß kompetent.

Der Innsbrucker Herztransplantateur Margreither stellt die alte Frage nach dem Kosten-Nutzen-Kalkül und beantwortet sie so: „Maximale hat durch optimale Medizin ersetzt zu werden, wobei nicht der soziale Hintergrund der Lebenserwartungen, sondern auch die anfallenden Kosten in die therapeutischen Überlegungen mit einzubeziehen sind.“

Wann und wo immer die Kosten der Reparaturmedizin betrauert werden, stets wird die hohe Lebenserwartung beklagt, werden tatsächlich Überlegungen angestellt, ab welchem Alter Behandlungswürdigkeit enden könnte oder sollte. Vernünftige Selektion wird also angestrebt. Das Erscheinungsbild von Psychiatrie und Medizin läßt somit den Schluß zu, daß es eine unheilvolle Kontinuität nach 1945 gibt. Personelle und institutionelle Kontinuität.

Kontinuität im Denken und Handeln. Es sind die Falschen geblieben, die Vertriebenen an ihrer Rückkehr behindert worden.

Es sind die militärischen Hausordnungen, die abhängigkeitserzeugenden hierarchischen Arbeitsbedingungen in Kliniken und Spitälern geblieben, ein karrierereicher Forschungszwang ebenso, der Versuchsanordnungen selten im Einverständnis mit Patienten trifft. Es ist organfixiertes, biologisiertes Denken in Diagnose und Therapie geblieben. Biologismus, nicht Biologie, war stets die Basis von reaktionärem Verhalten, hat in der Geschichte stets wissenschaftliches Denken und soziales Verhalten behindert oder gar unmöglich gemacht. Die Kontinuität im falschen Denken ist verhängnisvoll und gefährlich.

Wir müssen uns also in der Medizin eine unheilvolle medizinische Kontinuität eingestehen. In meiner Generation erlebt man in Lehre und Forschung zuviele Beispiele einer personifizierten Herrenmedizin. Von zwei Primärärzten war einer voll der traurigsten Vergangenheit, nicht bereit, sich vom DAMALS zu distanzieren. Wir müssen uns ferner eingestehen, daß kein Paradigmenwechsel stattgefunden hat.

Hinter den Erfolgen der Organ- und Transplantationsmedizin lauert ein getarnter, aber virulenter Biologismus. Krankheit wird nicht als weitgehend gesellschaftlich verursachtes, dem Individuum auferlegtes Unglück mit weit reichenden persönlichen, sozialen Konsequenzen gesehen. Krankheit ist aus der Sicht von Ärzten noch immer ein selbstverschuldetes, durch Fehlverhalten provoziertes Organversagen, dem man am besten mit Vorwürfen, Medikamenten und operativen Verfahren unter möglichster Ignoranz des Krankheitsträgers selbst zu Leibe rückt.

Unser Bildungssystem ist zuvörderst auf Anpassung ausgerüstet. Wer zum Arzt promoviert, hat mindestens achtzehn Jahre Anpassungskarriere hinter sich gebracht. Dann beginnen die Lehrjahre im Spital, das immer noch militärisch-hierarchisch organisiert ist, keinerlei Widerspruch duldet. Wer den Chargon, die Redensart und die vielfach verbreitete Ignoranz der Vorgesetzten übernimmt und nachahmt, wird Karriere machen, erhält eine Chance auf Eingliederung in die Spitalhierarchie. Wer widerspricht, seinen hierarchisch verquerten Kopf ablegt, wer

Eigenleben und Persönlichkeit entwickelt, hat es meistens schwer. Nicht selten wurden auf fachlich fähige, aber unangepaßte Kollegen üble Menschenjagden veranstaltet.

Vorrangig ist auch in unserer Medizin das Standesprinzip. Ärzte sind aufopfernde, untadelige Menschen. Wer anders über Kollegen denkt und etwas anderes aussagt, ist verloren.

Es wird immer noch so getan, als sei die Medizin eine eigene, sich selbst reinigende und bestimmende Macht, die sich jederzeit über alle anderen wissenschaftlichen und republikanischen Errungenschaften, über jedes demokratische Verhalten hinwegbewegen könne. Notfalls mit Standesgewalt, mit Disziplinarhoheit. Der einzelne gilt nichts, der Stand ist alles.

1920 vertrat der berühmte Arzt Grotejahn in Berlin ein äthiologisches Denken, von dem wir heute weit entfernt sind.

Er schrieb: Die sozialen Verhältnisse schaffen und begünstigen die Krankheitslage, die sozialen Verhältnisse sind Träger der Krankheitsbedingungen, vermitteln auch die Krankheits-Erreger, beeinflussen zutiefst den Krankheitsverlauf. Wenn wir uns dagegen die auf das Individuum ausgerichtete, auf persönliche Verhaltensänderungen reduzierte Vorsorge-medicin in Erinnerung rufen, wenn wir an den Cholesterinwahn und die Blutdruckhysterie denken, an die lebens- und genußfeindliche Vorschriftenmedizin der von PR-Agenten belagerten Gesundheits-

behörden denken, so läßt sich bald erkennen, wie weit wir von einer Sozialmedizin der 20iger Jahre unseres Jahrhunderts entfernt sind.

Noch immer sehen wir im Arzt nur einen medizinisch kompetenten Fachmann.

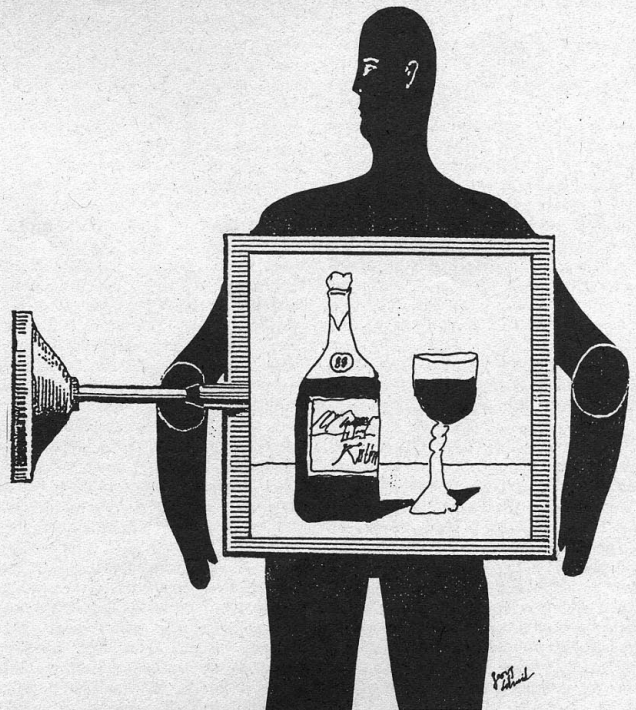
Erst wenn wir diese sicherlich wichtige medizinische Kompetenz um die soziale und politische Kompetenz erweitern, werden wir jenen Aufgaben gerecht, die uns erwarten.

Nur wenn wir uns sozial und politisch in der medizinischen Arbeit engagieren, werden wir imstande sein, unsere gesundheitspolitische Verfassung zu ändern, werden wir all jene alters- und versicherungsbedingten Ausgrenzungen und Ungerechtigkeiten beseitigen, werden wir jene an eine Klassenmedizin gemahnenden Vorschriften, die uns zwingen, gleiches ungleich zu behandeln, verbannen und vergessen.

Das wäre dann auch wohl erstmals ein ernstzunehmender Bruch mit einer unheilvollen Tradition, das Ende einer auf Ungleichheit aufbauenden NS-Medicin.

Anmerkungen:

- 1) Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Band 1 und 2, Montan-Verlag, Wien 1978.
- 2) Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente des Nürnberger Ärzte-prozesses, herausgegeben und kommentiert von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke, Fischer-Taschenbuchverlag 1978.
- 3) Eingriffe, Nr. 13 und 14, Information der AG Kritische Medizin, 1980.
- 4) Mitscherlich Seite 20/21
- 5) Helga Stromberger: Die Ärzte, die Schwestern, die SS und der Tod, Klagenfurt 1988.
- 6) Werner Vogt: Arm, Krank, Tod, Europaverlag, Wien 1989.



PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE – DIE GESCHICHTE EINER LIAISON

Psychiatrie ist die Lehre von den Geisteskrankheiten, Gemütskrankheiten und seelischen Störungen.

Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten zum Zweck der Behandlung von Leidenszuständen und Verhaltensstörungen mit psychologischen Mitteln mit einer lehr- und lernbaren Technik, auf Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Nach den eben gegebenen Definitionen dieser beiden Wissenschaften scheint eine Verzahnung wohl selbstverständlich: Psychotherapie als entweder zusätzliche oder ausschließliche Behandlung der unter dem Begriff Psychiatrie subsumierten Erkrankungen.

In der Folge wird versucht aufzuzeigen, warum diese Selbstverständlichkeit leider keineswegs so gegeben ist, vielleicht eher noch aus der Sicht der Patienten, aber nicht so sehr aus der Sicht der Behandler und Forscher und welche Hindernisse für die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie und somit für eine sinnvolle Weiterentwicklung zu bestehen scheinen. Trotzdem stellt sich die Frage: Was soll eigentlich reformiert werden? Grundsätzlich kann nicht die Wissenschaft reformiert werden, es kann aber die Anwendung der durch die Wissenschaft gewonnenen Erkenntnisse sehr wohl reformiert werden und zwar in beiden Bereichen, sowohl in der Psychiatrie, als auch was Psychotherapie betrifft.

1. Ein kurzer historischer Überblick über die Rolle der Psychotherapie in der Psychiatrie (H. Schott, 1986).

2. Für die Gegenwart relevant und folgenreicher über das 18. Jahrhundert. Die aufkommende Industriegesellschaft und der Siegeszug der Aufklärung brauchte „den vernünftigen Bürger“. Dementsprechend war die Zeit von 1650 bis 1800 die „Ära der administrativen Ausgrenzung der Unvernunft“ (so der Sozialpsychiater Dörner, 1969). In dieser Zeit wurden Zucht- und Tollhäuser eingerichtet für: Arme, Irre, Kriminelle und Landstreicher. Allmählich entwickelten sich im 19. Jahrhundert die Heil- und Pflegeanstalten daraus. So wurden ja auch unsere Psychiatrien Krankenhäuser früher bezeichnet.

Im 18. Jahrhundert wurden auch die wissenschaftlichen Voraussetzungen für die Eingrenzung der Krankheit als neuropathologischer (oder nervöser) Prozeß niedergelegt. Die Vorstellung war, daß die Krankheiten oder psychischen Auffälligkeiten auf Schwäche oder Über-

reizung beruhen. Die Behandlung soll daher Verstärkung oder Dämpfung bedeuten. Ende des 18. Jahrhunderts konnte man zwei große Krankheitsgruppen differenzieren. Einerseits die Nervenschwächen (Neurosen) und andererseits die Geisteszerrüttungen (das Irresein). Dementsprechend bestanden zwei Behandlungskonzepte. Für die Geisteszerrüttung oder das Irresein, die psychische Kur oder das „moral treatment“. Dieses war die Bezeichnung für die Behandlung innerhalb der Anstalten und 2. der tierische Magnetismus nach Mesmer oder auch Lebens- oder Heilmagnetismus genannt für die Neurosen, also die Nervenschwäche. Der wichtigste Vertreter der psychischen Kur war Johann Christian Reil, ein berühmter Arzt und Naturforscher aus der Goethe-Zeit. Seine psychische Kur beruht auf dem einfachen Grundsatz, die krankhafte Verteilung der Lebenskraft im Nervensystem, insbesondere die sogenannte verletzte Lebenskraft im Gehirn zu korrigieren. Der Katalog der vorgeschlagenen Maßnahmen ist lang und erinnert eher an die Foltermethoden als an Psychotherapie. Die Grundidee war, die Irren umzuerziehen, diese Umerziehung aber geschieht mit Gewalt, durch Brechung des Widerstands des Eigenwillens beim Kranken. Daneben die Methode Mesmers, welche ebenfalls auf physikalischen Vorannahmen beruhte, bedeutete: Die krankhafte Stockung, der unnatürliche Widerstand im Körper solle aufgelöst werden durch Handauflegen, Streicheln, Blicke, Gesänge und dergleichen. Die Fluidumtheorie Mesmers basiert also auch auf physikalischen Annahmen. Erst später wurde eine psychologische Grundlage erstellt: Es wurde die Idee eines unbewußten Seelenlebens, das über wundersame, quasi magische Kräfte und Heilkräfte verfügt, aufgestellt. In der Romantik zu Anfang des 19. Jahrhunderts wurde die Idee vom Unbewußten also schon sehr ernst genommen.

Die aufblühende Hirnanatomie und die physiologische Reflexlehre, aber auch die Infektionslehre in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts führten zu einer Umwertung der Konzepte zur Verwissenschaftlichung der Seelenheilkunde. Wilhelm Griesinger (1877 bis 1969) war wohl der erste Universitätspsychiater. Er ist auch der erste Verfechter der freien Behandlung, also der Behandlung der Geisteskranken ohne die zwangsmäßige Ruhestellung mit Jacke oder Stuhl. Psychotherapie, also die Behandlung der psychiatrischen Patienten war damals auf derselben wissenschaftlichen Grundlage der natur-

wissenschaftlichen Medizin aufgebaut, wie die Psychiatrie.

Die ärztliche Psychotherapie als eigenständige Fachrichtung:

Ein schottischer Chirurg führte den Begriff der Hypnose in die Medizin ein (James Braid, 1795 bis 1860) und legte somit den Grundstein für die ärztliche Psychotherapie als eigenständige Fachrichtung. Psychotherapie hat also nicht im Rahmen der psychiatrischen Einrichtung ihren Ursprung, sondern kommt aus den klassischen Disziplinen der Medizin. Ihr Anwendungsbereich war die Schmerzbekämpfung, Bekämpfung funktioneller Störungen und Sexualstörungenbehandlung. Braid's Verdienste waren die Betonung der Macht des Geistes über den Körper. Er war somit ein Wegbereiter für die Psychosomatik. Erst 40 Jahre nach Braid wurde durch die Schule von Nancy der Durchbruch der Psychotherapie zum eigenständigen Fach ermöglicht. Auch hier wieder waren es Nichtpsychiater, nämlich der praktische Arzt Liebeault und der Prof. der Inneren Medizin Bernheim. Jetzt wird die Transformation der Hypnotismus zur Suggestionstherapie und Suggestionstherapie vollzogen. Das gesprochene Wort des Therapeuten wird zum Hebel der Therapie.

Die Psychotherapie im Sinne Bernheims betraf die Allgemeinmedizin; die psychische Behandlung der Geisteskranken im Sinne der Psychiater folgte nach wie vor in der Tradition Reil's. Nur wenige Psychiater haben sich für die psychische Behandlung auch der psychiatrischen Patienten interessiert, wie z.B. der berühmte Zürcher Psychiater Eugen Bleuler, auch der Schweizer August Forell. In diese Situation hinein brachten die psychoanalytischen Erkenntnisse durch Sigmund Freud neue Spannungen. Wenn auch die psychoanalytische Kur als die wichtigste und allen anderen überlegenste Behandlungsmethode für psychische Störungen etabliert wurde, so war schon in den 10- und 20er-Jahren dieses Jahrhunderts Freud selbst klar, daß es neben der Psychoanalyse noch eine andere Form von Behandlung für seelische Krankheiten geben müsse.

Der Einfluß psychoanalytischen Denkens auf die Psychiatrie

Die wichtigsten Arbeiten Freuds zur psychoanalytischen Psychosenlehre sind:

„Zur Einführung des Narzißmus“ (1913); „Trauer und Melancholie“ (1917); „Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität“ (1920); „Neurose und Psychose“ (1924); „Über Fetischismus“ (1927) und schließlich aus 1939 die Arbeit „Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang“. Neben Freud haben sich noch andere Autoren wie Paul Schilder mit psychoanalytischer Psycholehnre beschäftigt. Er hat sich in seinem Text „Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage“ (Internationaler psychoanalytischer Verlag, 1925) mit den Epilepsien und der Korsakowschen Demenz beschäftigt.

Otto Fenichels Arbeit „Perversionen, Psychosen und Charakterstörungen“ (1931) ist in den wesentlichen Grundzügen noch immer gültig.

Die drei Grundpositionen der psychoanalytischen Psychosenlehre sind:

1. Anstelle des Vorurteils der Uneinfühlbarkeit von psychischen Erkrankungen und der Negierung jeder Analogie zum normalen Seelenleben, wie sie vor allem von Kurt Schneider, der eine reine organische Ursache der Psychosen annahm, gebracht werden, setzt die psychoanalytische Psychosenlehre, die aus der Arbeit mit Patienten gewonnene Einsicht, daß das psychopathologische Verhalten auch bei schwerster psychischer Erkrankung als Reaktionsform auf unbewußt gewordene Erfahrungen in der frühesten Kindheit verstanden werden kann.

2. Eine multikausale Entstehungstheorie, welche körperliche, seelische und soziale Inhalte als verursachend annimmt, wird auch von der psychoanalytischen Psychosenlehre akzeptiert.

3. Die Struktur der Psychose, besonders die Art des Erlebens und deren Verarbeitung sind durch psychoanalytische Konzepte verständlich und einsichtig geworden. Auch die psychoanalytische Psychosenlehre unterscheidet zwei Gruppen von pathogen wirksamen Faktoren, nämlich äußere und innere. Unter äußeren pathogen wirksamen Faktoren werden die milieuhängigen Faktoren verstanden, das „psychosoziale Feld“, die Gestaltung der frühen Mutter-Kind-Dyade, die familiäre Interaktion wie auch noch später hinzukommende äußere Traumata. Unter inneren pathogenen Faktoren versteht man hereditär verankerte Faktoren, enzymatische Faktoren, körperliche Traumata und Noxen, z.B. intrauterine Noxen, frühkindliche Erkrankungen, Encephalitis und Folgezustände etc. Meist handelt es sich um eine Interaktion von äußeren und inneren pathogen wirksamen Faktoren.

Die psychoanalytische Psychosenlehre nimmt Fixierungsstellen für Psychosen in der frühkindlichen Entwicklung an. Melanie Klein beschrieb die paranoid-schizoide Position und die depressive Position. (Von späteren Autoren wie Magret Mahler (1975), Robert Fliess (1961) wurden die Theorien der psychoanalytischen Psychosenlehre erweitert und vervollständigt. Die Erkenntnisse wurden aus den

Analysen erwachsener neurotischer und auch psychotischer Personen gewonnen, sowie der Beobachtung und Analyse von Kindern.)

Die Tatsache, daß die psychoanalytische Theorie auf das Verständnis psychotischer Erkrankungen angewendet wird, bedeutet keineswegs, daß die Psychoanalyse als Kur oder psychoanalytische Therapie damit zwingend auch die allein wirksame Behandlung von psychotischen Erkrankungen ist. Letztlich haben aber psychoanalytische Konzepte dazu geführt, daß Elemente der psychoanalytischen Kur in modifizierter Form auch bei der Behandlung von Psychosen ihren Eingang fanden. Die schwierigen Beziehungsmuster, in welche psychotische Patienten ihre Familienangehörigen und auch ihre Behandler verstricken, wurden so eher verständlich und auflösbar (Rosen, 1964).

Die Psychotherapie als Anwendungsform der psychoanalytischen Theorie

Was ist Psychotherapie?

Die folgende Definition ist wohl weit gefaßt und kommt daher diesem komplexen Bereich am nächsten: Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. Psychotherapie ist also lehr- und lernbar und muß auf einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens basieren. Bei diesen Theorien des normalen und pathologischen Verhaltens handelt es sich im wesentlichen um drei Gruppen von Theorien:

- a) die psychoanalytische Theorie,
- b) die Lerntheorie und
- c) die Systemtheorie.

Es gibt selbstverständlich außer Verhaltensmodifikationen (deren Basis ist die Lerntheorie) und Familientherapie (deren Basis ist die Systemtheorie) noch eine Fülle anderer psychotherapeutischer Techniken, deren Theoriegebäude aber entweder vollständig fehlen oder so lückenhaft oder so offensichtlich der psychoanalytischen Theorie entlehnt sind, so daß wir uns auf diese drei wesentlichen Theorien beschränken können.

Freud baute sein Theoriegebäude auf Erkenntnissen auf, welche er durch die Behandlung von Kranken (neurotischen Kranken) gewann. Dieses „Junktim“, wie Freud es nannte, von behandeln und er-

forschen, stellt eine der Grundmaximen der psychoanalytischen Psychotherapie dar.

Die psychoanalytische Kur

Die ursprüngliche Behandlungsform ist die psychoanalytische Kur oder Standardtechnik. Das Ziel der psychoanalytischen Kur ist jene Art der Heilung, die in Einsicht in die unbewußten pathogenetischen Konflikte besteht. Sie besteht also primär in einer Veränderung des Ichs, der Persönlichkeitsstruktur.

Das Setting der psychoanalytischen Kur bedeutet: 5 bis 6 (aber mindestens 4) Therapiestunden pro Woche, der Patient in liegender Position, schräg hinter seinem Kopf sitzt der Therapeut.

Die heilenden Kräfte sind im wesentlichen Einsicht durch Klärung und Einsicht durch Interpretation. Klärung bezieht sich hierbei nicht auf verdrängtes Material, sondern eher auf obscure oder vorbewußte Fakten, welche dem Patienten wahrzunehmen geholfen wird. Klärung ruft auch in der Regel keine unbewußt determinierten Widerstände hervor und ist auch bis zu einem weitgehenden Grad ein intellektueller Prozeß. Die Interpretation hingegen bezieht sich ausschließlich auf verdrängtes oder im Unbewußten vorhandenes Material und seine Abkömmlinge. In der Regel bedeutet das einen langen Prozeß, vorangehend eine Periode der Vorbereitung und trifft unweigerlich auf unbewußt determinierten Widerstand, gefolgt von einer Phase des Durcharbeitens. Einsicht durch Interpretation ist daher dynamisch vollkommen verschieden von Einsicht durch Klärung. Dieser zeitliche und letztlich auch finanzielle Aufwand, welcher dem Patienten bei der psychoanalytischen Kur auferlegt wird, hat schon frühzeitig dazu geführt, daß andere, kürzere therapeutische Methoden versucht wurden.

Einer der ersten Analytiker war Ferenczi; 1946 folgte das Werk von Alexander und French „Psychoanalytische Therapie“. 1958 erschien M. Balints „Study of brief psychotherapy“. Im wesentlichen unterscheiden sich die Technik der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie von jener Technik, welche in Analysen angewandt wird durch folgendes:

- a) tiefsitzende charakterologische Probleme werden aktiv vermieden durch selektive Aufmerksamkeit, selektive Interpretation und selektive Vernachlässigung;
- b) der Vorteil des Zeitmangels bei der Entwicklung der sogenannten Übertragungsneurosen wird genutzt, d.h. durch die meist kurze Dauer kommt es erst gar nicht zu einer Entwicklung einer Übertragungsneurose.

Alle jene kurztherapeutischen Techniken, wie sie in der Folge von Sifneos (1966, 1972) und anderen, Malan (1976), entwickelt wurden, stützen sich aber nach wie vor auf jene Elemente, die der strengen psychoanalytischen Kur entlehnt sind: nämlich auf Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand, welche die wichtigsten Elemente der therapeutischen

Beziehung darstellen. Der Umgang mit diesen therapeutischen Prinzipien Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand sowie das Einhalten der therapeutischen Abstinenz setzt jedoch eine gründliche Ausbildung voraus. Eine der wesentlichen Barrieren für die Anwendung dynamisch psychotherapeutischen Wissens in der Psychiatrie ist sicher die Forderung nach einer sehr gründlichen Ausbildung der späteren Therapeuten. Die Ausbildung beruht auf drei Säulen: Theorieausbildung, Selbsterfahrung, Arbeit mit Patienten unter Supervision, wie es die Ausbildungsordnung der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung beschreibt. Seit der Gründung des Dachverbandes psychotherapeutischer Vereinigung durch Hans Strotzka im Jahre 1982 haben viele andere therapeutische Schulen, so die tiefenpsychologischen Schulen und auch die Gesprächstherapeuten ihre Ausbildungsordnungen kritisch dahingehend revidiert, daß im wesentlichen die Ausbildungsdauer verlängert, die Gründlichkeit vertieft wurde.

Wenn es all diese Ausbildungsangebote gibt, die auch von vielen Psychiatern genutzt werden, so fragt man sich, wieso hat nach wie vor die Psychotherapie in der Psychiatrie einen so schwierigen Stand. Wieso ist nach wie vor im Curriculum der Nervenärzte keine Psychotherapieausbildung, welcher Art auch immer, vorgeschrieben?

Wir dürfen nicht vergessen, daß die Zeit zwischen 1933 und 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich einen unglaublichen Rückschlag gebracht hat. Einen unglaublichen Rückschlag, was die Behandlung psychiatrischer Patienten ganz allgemein, und die Aktivität psychotherapeutischer, vor allem auf psychoanalytischer Basis beruhender psychotherapeutischer Aktivitäten betrifft.

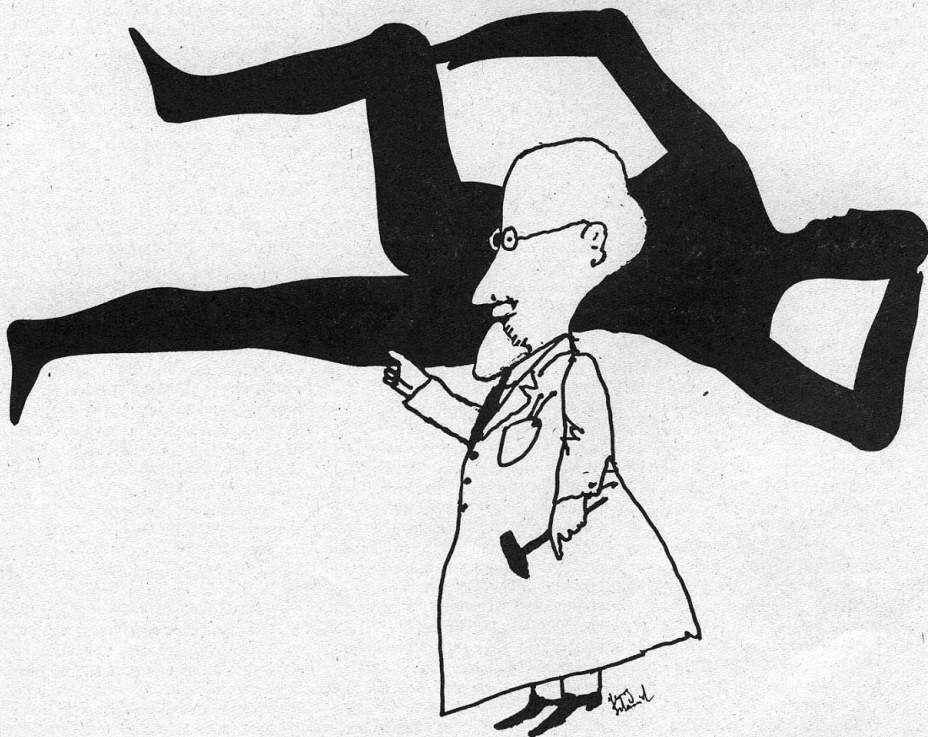
An der Planung und Durchführung der Vernichtung lebensunwerten Lebens haben viele Psychiater, Ordinari für Psychiatrie und Neurologie, im NS-Staat mitgewirkt; als Beispiel dafür seien nur Karl Schneider aus Heidelberg und Prof. Max De Crinis aus Berlin erwähnt. Es ist allen Dokumenten über diese Zeit zu entnehmen, daß es sich bei den Massenmorden an Geisteskranken und -schwachen keineswegs nur um eine politische Ideologie handelte, sondern vor allem auch um eine Berufsideologie und daher verdienen diese Ereignisse auch heute noch unsere besondere Beachtung und es müssen die Spuren ihrer Nachwirkungen aufgesucht werden (A. Springer und M. Springer-Kremser, 1988).

Es scheint jedoch so, als ob den derzeit bestehenden Bemühungen — sicher auch aktiviert durch den Entwurf eines Psychotherapiegesetzes — zum Beispiel von Seiten der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte, Sektion Psychiatrie, zur Anhebung des Wissens- und Technikstandards der Psychiater im Umgang mit psy-

chotischen Patienten, Charakterstörungen, auch ein Erfolg dahingehend beschieden ist, daß es möglich sein wird, bessere Ausbildungscurricula für die Psychiater zu erarbeiten.

Literatur:

- Alexander, F., T. M. French (1946): Psychoanalytic Therapy. Ronald Press, New York
 Balint, M. (1958): Angstlust und Regression. Stuttgart, Klett
 Dörner, K. (1969): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Europ. Verlagsanstalt, Frankfurt
 Fenichel, O. (1931): Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Darmstadt, Wiss. Buchgesellschaft, 1967
 Ferenczi, S., O. Rank (1925): The Development of Psychoanalysis. Int. Univ. Press, 1986
 Fliess, R. (1961): Ego and Body Ego. Int. Univ. Press, N.Y.
 Freud, S. (1913): Zur Einführung des Narzissmus. Ges. Werke, Bd. X, Fischer, Frankfurt 1968
 Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. Ges. Werke, Bd. X, Fischer, Frankfurt 1968
 Freud, S. (1920): Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Ges. Werke, Bd. XIII, Fischer, Frankfurt 1968
 Freud, S. (1924): Neurose und Psychose. Ges. Werke, Bd. XIII, Fischer, Frankfurt 1968
 Freud, S. (1927): Fetischismus. Ges. Werke, Bd. XIV, Fischer, Frankfurt 1968
 Freud, S. (1939): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges. Werke, Bd. XVII, Fischer, Frankfurt 1968
 Mahler, M. S., F. Pine und A. Bergmann (1975): The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation. Basic Books, New York
 Malan, D. H. (1976): The Frontier of Brief Psychotherapy. Plenum Publishing, New York
 Rosen, J. N. (1964): Psychotherapie der Psychosen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart
 Sifneos, P. E. (1966): Psychoanalytically Orientated Short-Term Dynamic or Anxiety-provoking Psychotherapy for Mild Obsessional Neuroses. In: Psychoanalytic Quarterly 40, 271
 Sifneos, P. E. (1972): Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1972
 Springer, A., M. Springer-Kremser (1988): Die Rolle der Psychiatrie in der NS-Zeit. Wiener Mitteilungen 7/8 1988. Verlag der Ärztekammer für Wien.



PATIENTENRECHTE

Dokumentation einer Diskussion des Modell Steiermark von Beate Frakele

EINLEITUNGSREFERATE

Lindi Kalnoky

Meine sehr geehrten Damen und Herren, es ist mir eine große Ehre, Sie hier begrüßen zu dürfen.

Man könnte vielleicht sagen, daß mancher Patient — und die Ärzte unter Ihnen werden mir das verzeihen — vielleicht auch ohne Arzt und Spital gesund wird. Man könnte auf der anderen Seite sagen, daß das Spital ohne Patienten krank würde. Ich möchte damit eines betonen: Der Patient ist das wichtigste Element in diesem Gebäude. Obgleich sie so wichtig sind, sind die Patienten aber auch das schwächste Glied des Ganzen. Sie sind betroffen durch die Krankheit, sie sind verunsichert und hilfsbedürftig, sie sind oft falsch und schlecht informiert — ohne jemandem die Schuld zuweisen zu wollen, kann ich sagen, es gibt da viele Modelle der „Stillen Post“, durch die Informationen falsch weitergegeben werden.

Der Patient kommt neu in das System, neu und vor allem nur vorübergehend, er kommt und geht, alle anderen bleiben und sind deshalb stärker. Und es ist heute die Frage, die gleichzeitig eine Forderung ist: „Was machen wir, damit der Patient mehr Gewicht erhält?“ Dem Wichtigen also mehr Gewicht! Das Spital muß natürlich funktionieren, es ist eine Organisation notwendig, eine wirtschaftliche, eine fachliche, viele unterschiedliche Komponenten. Wir brauchen auch die Dimension des Vertrauens, wir brauchen die Dimension des Verstandeswerdens. Der mündige Patient — und das ist immer mehr die Forderung — möchte mitsprechen. Das ist für das Lebensgefühl des heutigen Menschen mitentscheidend, und ich glaube, gerade im Spital ist das Lebensgefühl eben ganz besonders notwendig.

Der Patient hat ein Recht auf sein Recht, und so komme ich schon zum Thema dieses Abends. Ich danke dem „Modell Steiermark“, Mag. Pumpernig, der die Veranstaltung und das Thema, das — obgleich es schon oft und immer wieder diskutiert wird — seine Brisanz nicht verloren hat, initiiert hat. Ich danke ihm für die Vorbereitung und für die beste Auswahl. Wir sind sehr stolz darauf, Ihnen folgende Referenten vorstellen zu können: Da ist einmal der junge und dynamische Ärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Routil — herzlich willkommen! Wir freuen uns, auch den Direktor des Institutes für Rechtspolitik in Salzburg, Doz. Dr. Johannes Pichler begrüßen zu dürfen. Wir freuen uns, Ihnen Doz. Dr. Holzer

vom Landeskrankenhaus vorstellen zu können. Er vertritt heute die Seite der Spitalsärzte und hier vor allem auch den technischen Bereich, den wir fordern, verlangen und auf der anderen Seite zwiespältig kritisch betrachten. Es ist immer gut, wenn man sich Informationen dort holt, wo es schon Erfahrungen gibt. In Salzburg gibt es diese Erfahrungen, und deshalb möchte ich ganz besonders die Sprecherin des Salzburger Patientenforums Frau Krüger hier begrüßen. Die Diskussionsleitung hat — wer könnte es anders sein — Frau Dr. Karisch übernommen. Sie hat sich — und ich habe hier zwei Schreiben mit, ein Protokoll und einen Brief an den Landeshauptmann vom Jahr 1986 und 1987 — wirklich im Bereich des Konsumentenschutzes auch für diese Interessen ganz besonders verwendet. Niemand hier in der Steiermark kann wahrscheinlich soviel Information und Überblick bereitstellen, wie wir es heute Abend tun.

Und so bitte ich den ersten Referenten, Präsident Routil, mit seinem Referat zu beginnen.

Wolfgang Routil

Liebe Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich darf mich zuerst beim „Modell Steiermark“ für diese Einladung bedanken und Sie alle um Verständnis dafür bitten, daß wir in Anbetracht der Tatsache, daß wir heute als zwei Ärzte hier sprechen, uns die Arbeit etwas aufgeteilt haben. Wir wollen ja auch über das Thema diskutieren, und ich werde daher in meinem Statement auf das Verhältnis Patient/Praktischer Arzt eingehen. Dozent Holzer wird in seinem Statement das Spital als solches etwas genauer beleuchten.

Wenn wir über dieses Thema sprechen, frage ich: Welches Ziel verfolgen wir dabei? Natürlich ist dies ein Behandlungsziel, denn sonst bräuchten wir den Kontakt Arzt-Patient nicht, sonst würden wir uns viele Fragen, die in diesem Zusammenhang stehen, nicht stellen. Es wird in der letzten Zeit immer wieder vom mündigen Patienten gesprochen. Auch wir haben schon mehrfach darauf hingewiesen, daß der mündige Patient selbst wesentlich mehr zu seiner eigenen Gesundheit beitragen kann. Die Gesundheitsarbeit, die gemeinsam zu leisten ist, von uns und den Patienten, ist für diese aber von ihrem Verhältnis zum Arzt abhängig. Und dieses Verhältnis sollte — und so darf ich auch durchaus im Namen meiner Kolle-

gen sprechen — heute schon ein partnerschaftliches sein.

Als Grundlage für dieses partnerschaftliche Verhältnis ergeben sich nun folgende Voraussetzungen:

Zum ersten die Einwilligung in die Behandlung. Diese Einwilligung setzt wiederum voraus, daß eine Information an den Patienten erfolgt ist, diese Information individuell an den Patienten herangebracht wurde und der Patient auch für eine schwererwiegende Information entsprechend von uns vorbereitet wurde.

Zum zweiten das Vertrauensverhältnis: Es ist nicht selbstverständlich. Wir Ärzte wissen, daß wir es uns immer wieder von Neuem erarbeiten müssen, individuell, von Fall zu Fall, und daß dieses Vertrauensverhältnis auch auf der Basis des Nichtschadens beruhen muß. Alles, was wir mit und für den Patienten tun, hat unter diesem Grundprinzip zu stehen. Aus diesem Grundprinzip ergeben sich oft durchaus verschiedene Ansätze, wenn man zum Thema Wahrheit und Wahrhaftigkeit an den Patienten herantritt, um mit ihm über seine Krankheit und sein Leiden zu sprechen.

Eine weitere Voraussetzung und ein großes bestehendes substantielles Recht, das vielleicht zuwenig beachtet wird — und ich spreche hier durchaus wiederum als niedergelassener Arzt — ist die freie Abwahl, die es in Österreich gibt. Jeder Patient, jeder Mensch, jeder Mitbürger hat die Möglichkeit, seinen Arzt frei zu wählen und seinen Arzt — falls er mit ihm und mit seiner Partnerschaft nicht zufrieden ist — auch zu wechseln. Das ist ein substantielles Recht, das sich sicherlich in der derzeit bestehenden Form erhalten lassen muß.

Es folgen jetzt aber daraus weitere Rechte aus unserer Sicht: Jeder Mensch hat das Recht auf personale Würde und Integrität. Wir führten in den letzten Jahren innerhalb der Medizin eine breite Diskussion um die sogenannte psychosomatische Einheit, und ein Auszug aus dieser Diskussion ist es auch, daß diese Einheit des Menschen in Leib und Seele, diese Einheit in seiner Befindlichkeit, in seiner Behandlung auch Ausdruck seiner Würde ist. Wollen wir diese Würde ernstnehmen, so müssen wir auf diese Einheiten immer Bedacht nehmen, und dazu fühlen wir Ärzte uns auch verpflichtet.

Das Recht auf Information, das ein substantielles Patientenrecht ist, schließt auch die Individualität ein, und es muß wiederum von Fall zu Fall abgewogen werden, wie weit diese Information — und hier werde ich sicher Widerspruch erregen, das ist mir bewußt — nicht auch

in bestimmten Falle schaden könnte. Denn bei meinem Grundsatz des Nichtschadens muß ich auch hier abwägen, vielleicht eine Teilinformation geben, die wiederum vorbereitet für einen größeren Bereich ist — Information, mit der mein Patient dann auch arbeiten kann, die er einbauen kann in seine Überlegungen, die er in seine Verantwortung für seine Gesundheit einbauen kann.

Ein wichtiges Recht möchte ich nicht unerwähnt lassen: das Recht des Patienten auf die ärztliche Schweigepflicht. Das klingt so selbstverständlich, und es ist auch für uns selbstverständlich, aber es ergeben sich hier durchaus Probleme, auf die ich noch kurz eingehen werde. Ganz wesentlich scheint mir das Recht auf gleichen Behandlungszugang zu sein, und diese Punkte, die jetzt angesprochen wurden, die sehen wir Ärzte — vor allem wir Praktischen Ärzte, aber auch die Fachärzte — vor dem Hintergrund der österreichischen Sozialversicherung. Wir haben untereinander ein Dreiecksverhältnis: der Bürger als Patient, der Arzt und die jeweilige Krankenkasse. Wenn wir die einzelnen Themen der Würde des Patienten, der gleichen Behandlung und der Schweigepflicht betrachten, so sehen wir durchaus Probleme.

Durch eine zunehmende Behördenrealität — ich darf das einmal so nennen — der Krankenkassen sehen wir eine Einschränkung der personalen Würde. Denken Sie nur daran, wie es ist, wenn Sie einmal im Krankenhaus sind. Sie sind zumindest bei der großen Krankenkasse dazu verpflichtet, im Falle eines Wechselns Ihres Aufenthaltes dies vorher dem Chefarzt zu melden, bevor Sie sich überhaupt krank melden können. Es ist nicht bei allen Kassen so; im Gegensatz zu der großen Kasse ist das bei den kleinen Kassen völlig problemlos. Hier gibt man auf der Krankmeldung die Adresse an, an der man sich zum Zeitpunkt der Krankheit befindet; das ist vielleicht eine Kleinigkeit, aber man muß sich einmal vorstellen, welches Ausmaß an Unmündigkeit dem Einzelnen zugemutet wird. Er muß vorher um Erlaubnis fragen, wo er krank sein darf. Denken Sie an die Usancen mit Krankenkontrollen und denken Sie an die chefarztlichen Genehmigungen, wo hier ein rechtlich äußerst fragwürdiger, bedenklicher Eingriff in eine laufende oder geplante Behandlung erfolgt, die aus dem Vertrauensverhältnis und der individuellen, gemeinsamen Arbeit zwischen einem Arzt und einem Bürger resultiert. Hinsichtlich der Behördenkontakte dürfen wir wohl darauf verweisen, daß wir Ärzte durchaus Garanten für diese Schweigepflicht sind, daß keine Diagnosen an den Dienstgeber weitergegeben werden, daß der Arzt nur zwischen Unfall und Erkrankung unterscheidet und in all diesen kleinen Bereichen substantiell Patientenrechte vertritt, quasi als Sozialanwalt.

Ein nicht unwesentlicher Punkt: Wenn man die freie Abwahl betrachtet, die ein

Korrektiv darstellt, fehlt uns die freie Kassenwahl als notwendiges Gegenstück. Mit freier Kassenwahl ist gemeint, daß sich jeder von uns eine Krankenkasse aussuchen kann, bei der er versichert sein möchte und nicht zu einer bestimmten Kasse aus dem Bereich der österreichischen Versicherungen zwangsverpflichtet wird.

Auf das Recht auf Information möchte ich nun etwas näher eingehen: Wir haben hier den Widerspruch einer Massenpraxis und des ärztlichen Gesprächs, das ja die Voraussetzung für eine umfassende Information und Beratung darstellt. Und auch hier erleben wir, daß beispielsweise durch eine Beschränkung des ärztlichen Gesprächs seitens der Sozialversicherungsträger auf 10% aller Behandlungsfälle ein — unserer Meinung nach — unzulässiger Eingriff in dieses Vertrauensverhältnis vorgenommen wird. Natürlich scheitert hier vieles an der Finanzierungsfähigkeit der Krankenkassen, und es muß bei diesem Thema leider auch über das Geld geredet werden, denn ein gutes System zu einem Diskont-Tarif wie hier in Österreich wird nicht tragbar sein. Wir wissen, daß wir hier, obwohl wir mit den Beitragssätzen der Krankenkassen nicht zufrieden sind, international verglichen sehr niedrige Sätze haben. Es stellt sich allerdings oft die Frage, wenn wir die verschiedenen Sozialversicherungsträger vergleichen, ob nicht — wie es bei manchen bereits der Fall ist — ein kleiner Selbstbehalt des Patienten besser ist als eine Einschränkung, eine Eingriffnahme und de facto manchmal eine Bevormundung von Arzt und Patient in ihrer gemeinsamen Arbeit.

Meine ich „mündiger Patient“ heißt das aber, daß sich zu den Rechten, die hier aufgeführt wurden und werden, auch Pflichten gesellen und die Anerkennung der Tatsache, daß Ansprüche nun einmal auch mit Kosten verbunden sind. Wir Ärzte können in dieser Diskussion Partner von Ihnen allen sein, wir wollen durch unsere fachliche und politische Arbeit auch dazu beitragen, daß man diese Bedingungen herstellt, die es uns gemeinsam ermöglichen, ein adäquates, informatives und sauberes Verhältnis zwischen Arzt und Patient zum Wohle des einzelnen herzustellen. Danke.

Johannes W. Pichler

Frau Präsidentin, Frau Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist unüblich, in ein Referat mit einer Stellungnahme auf ein vorhergehendes Referat einzutreten, aber ich kann dem Herrn Präsidenten gleich zu Anfang voll und ganz beipflichten. Ich glaube auch, daß das Verhältnis von Patient zu Arzt im österreichischen Gesundheitswesen von einer Reihe von Verträgen bestimmt ist, die ich als Jurist einmal vorsichtig als Verträge zu Lasten dritter bezeichnen würde.

Da stehen zunächst einmal der Arzt und die Krankenkasse im Vertragsverhältnis gegen den Patienten, dann sind da der Arzt und der Patient in einem Vertragsverhältnis gegen die Krankenkasse, weiters steht die Krankenkasse in einem Vertragsverhältnis gegen die Gesellschaft zu Lasten der zukünftigen Generationen, und dann steht noch die Kammer der Ärzte mit den Krankenkassen in Verträgen, die dann wiederum auslösen, daß es im Art. 4 der EMRK unter Umständen sogar zu Zwangsarbeitsverpflichtungen kommt, nämlich immer dann, wenn ein Arzt am Plafond seiner Krankenscheine — wie das heißt — angelangt ist und für weitere Tätigkeiten nicht mehr honoriert wird. Eben das ist ein unhaltbarer Zustand, aber jetzt komme ich zu meinem Referat.

Ich habe Ihnen einen Bericht anzubieten — das ist keine Drohung; von etwa 40 Seiten, die ich Ihnen natürlich vorenthalten muß, weil Sie mir sonst mit gutem Grund wegläufen. Ich könnte dann einen Trick versuchen, ich könnte so schnell reden, daß Sie die 40 Seiten im Nu passiert haben, aber nicht wissen, was drinnengestanden hat. Also beschränke ich meinen Bericht über die internationale Entwicklung von Patientenrechten und die Standards, die sich daraus entwickeln, auf ein paar Kernbereiche.

Ich kürze ein langes Inhaltsverzeichnis auf zwei Bereiche, auf die hinter der Patientenrechtsentwicklung stehende Philosophie und ihre Durchsetzungsinstrumentarien. Ich lasse den gesamten zivilrechtlichen, strafrechtlichen, schadenersatzrechtlichen, verwaltungsrechtlichen, verwaltungsstrafrechtlichen Teil weg. Erstens können Sie darüber mit dem Kollegen Berhard in Graz ausführlich reden und zweitens ist das alles das juristische Handwerkszeug, das immer erst dann zu greifen beginnt, wenn schon etwas passiert ist.

Unter Patientenrechten verstehen wir im Grunde international gesehen ganz etwas anderes: ein Instrumentar, das Juristen bisher gar nicht auszeichnet, weil Juristen gemeinhin als Würmer, die am Totenholz nagen, dargestellt werden. Ein neues Instrumentar bahnt sich aber an, eines der Schadensverhütung, eines der Auswertung der Persönlichkeit sowohl des Patienten als auch des behandelnden Arztes. Lassen Sie mich also auf die positive, kommunikative und integrative Seite dieses Bereichs eingehen und Ihnen nur noch eines vorweg sagen: Dieser Forschungsbericht, wenn Sie ihn ausführlich haben wollen, wird in der nächsten Zeit im Orac-Verlag erscheinen. In der Schriftenreihe meines Institutes für Rechtspolitik habe ich bereits eine Einführung von etwa 30—40 Seiten erstellt, denn das Gesamtbuch, das im Herbst erscheinen wird, hat 800 Seiten. Denjenigen, die an dieser Diskussion aktiv teilnehmen wollen, darf ich sagen, daß der Sponsor dieses Forschungsvorhabens, das ich in Salzburg abwickeln durfte, der Verband

der Österreichischen Versicherungsunternehmungen, am diesjährigen Forum Alpbach 90 dieser Thematik zwei Tage gewidmet hat.

Ich komme damit zu meinem eigentlichen Thema, den internationalen Trends und Standards in den Patientenrechten. Zunächst einmal zur Philosophie: Mit einer an die Unaufhaltsamkeit der Evolution gemahnenden Dynamik entstehen, je weiter westlich desto mehr, Patientenrechtsgesetze. Alle setzen sich zum Ziel, das Recht des Patienten nicht neu zu formulieren, sondern nur neu darzustellen. Natürlich sind in allen Ländern, die mit unserem westlichen Rechtssystem vergleichbar sind, die Rechtsinstrumente schon da. Sie sind verstreut über Zivilrecht, Strafrecht, Verwaltungsrecht, Verwaltungsstrafrecht, und da liegen sie geborgen auf des Meeres Grund, weil der Patient sie nicht kennt.

Übrigens — die Ärzteschaft, die gerne als andere Seite dargestellt wird und das eigentlich gar nicht ist, die kennt sie auch nicht. Es treffen sich also zwei Uniformierte auf dem Feld des Geschehens. Beide sind versichert und kommen dabei in einen ganz unnötigen Clinch. Lassen Sie mich daher, um die Sache vornehmend auszuräumen, für die Diskussion sagen, alles, was man für oder gegen Patientenrechte sagen kann, ist international längst schon gesagt. Es ist faktisch aufgeschrieben, nur ist es weiterhin unbekannt. Und lassen Sie mich daher zuerst die Gegenargumente und Gegenentwicklungen von Patientenrechten servieren. Das muß man aus intellektueller, wissenschaftlicher Redlichkeit zuerst einmal tun.

Da ist der erste Vorwurf aus rechtsphilosophischem und teils rechtsökonomischem Ansatz, der aber von Ärzten und Krankenanstalten zu gern übernommen wird, nämlich der fundamentale Vorwurf der Verrechtlichung. Der Verrechtlichung eines zutiefst unter menschlichen Gesichtspunkten zu sehenden Verhältnisses. Ich lasse die Kritik stehen, ich gehe nachher darauf ein.

Aus einem integrativen Ansatz heraus kommt der zweite Vorwurf gegen die Patientenrechte, daß unter Umständen menschliche Verhältnisse gestört, manche behaupten übertriebenerweise zerstört, werden könnten.

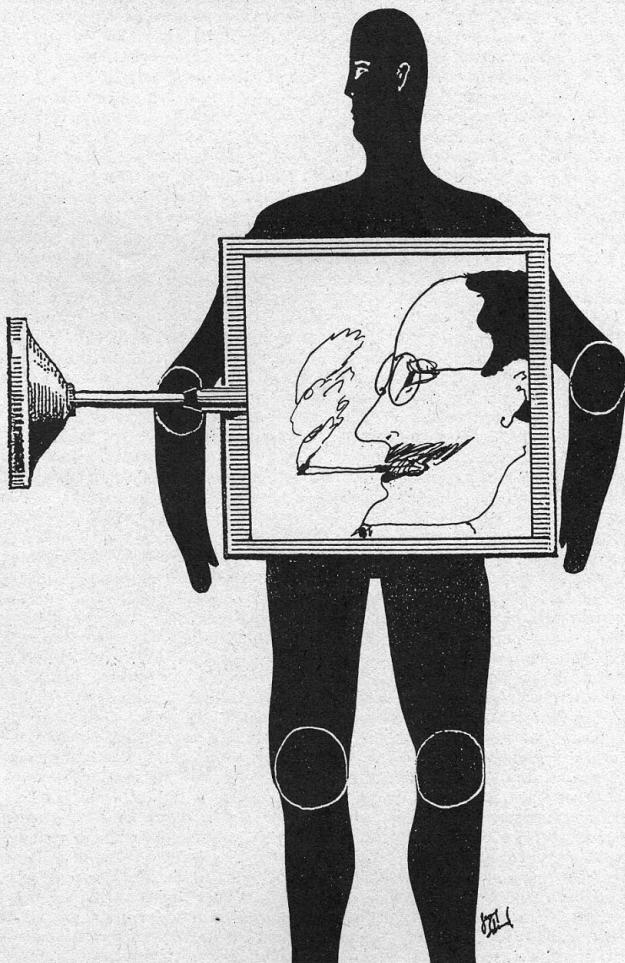
Aus ökonomischem Ansatz kommt gegen die Patientenrechte die sogenannte Grenz-Nutzen-Befürchtung, daß nämlich — und am bündigsten formuliert das eines der weltweit renommiertesten Institute in Schweden, den Ärzten unter SPRI bekannt, — aus den Patientenrechten und der damit einhergehenden Verunsicherung der Ärzteschaft unter Umständen eine Überbehandlung in die Wege geleitet wird, die nur kostensteigernd und nicht mehr wirklich qualitätssteigernd wirkt. Das nächste Argument gegen die Patientenrechte kommt aus einem funktionalistischen Ansatz; es ist ein bißchen eine Drohung, die gerne von ärztlicher Seite

gemacht wird und besagt, daß sich entwickelnde Patientenrechte zur Defensivmedizin amerikanischen Zuschnitts entwickeln könnten.

Jetzt lassen Sie mich unter dem selben Zwang zur Kürze an der Kritik Kritik üben. Natürlich ist es nicht von der Hand zu weisen, daß bei verstärkter Durchsetzbarkeit patientenrechtlicher Ansprüche ein Umdenkprozeß in Gang kommt, der unter anderem natürlich auch zu einer Minderung ärztlicher Risikobereitschaft führen kann; kann, aber nicht muß. Das zweite ist, daß, wenn die Ärzteschaft nicht übertrieben reagiert, der Gewinn aus solch einem neuen Dialog unter Umständen sogar der Gewinn an menschlichen Dimensionen sein kann.

Wer die Patientenrechte unter dem Aspekt des von mir erwähnten Defensivmedizin-Arguments betrachtet, dem muß man entgegenhalten, daß es natürlich — wie ich sagte — passieren kann, daß gerade eine — wie es jetzt der traditionelle

kontinentale Weg zu werden scheint — verstärkte Arzthaftungsjudikatur erst recht das Verhältnis Gesunder—Krankenwesen stört. Und dann passiert eins: Man sieht das Arzt-Patient-Verhältnis, wie es die Bundesrepublik tut, immer schärfer unter dem Blickwinkel des Schadenersatzrechts, dann vergiftet man das Klima damit noch sehr viel mehr und erreicht obendrein auch noch Dimensionen der amerikanischen Mal-Practice-Crisis. Weil in Amerika diese Erfahrungen mit explodierenden Haftungssummen gemacht wurden, kam die Patientenrechtsbewegung nicht, wie man allgemein meinen würde, von einer wildgewordenen Patientenvertretungsschar, sondern von der American-Hospital-Association. Das heißt, die Anstalten selber haben ange-regt, man müsse ein antizipatives Instrument finden, wie man dieser Haftungs-lawine, diesen unendlichen Haftungsprozessen positiv beikomme. Daher kommt die Patientenrechtsbewegung nicht von



den Patienten, sondern interessanterweise von den Anstalten. Und damit läßt sich eine nächste Brücke zur anderen Kritik — der behaupteten Desintegration von Patienten und Personal — schlagen. Sehen Sie, populistisch könnte ich Ihnen nun sagen: Ehen gehen ja auch nicht deswegen schlecht, weil es ein Ehe- oder Scheidungsrecht gibt. Es gibt eine exzellente schwedische Untersuchung vom Medizinsoziologischen Institut in Lund, in der man der Frage der Kommunikationsfähigkeit von Recht im Arzt-Personal-Patienten-Verhältnis nachgegangen ist. Diese tätige faszinierende Ergebnisse, die unter anderem besagen, daß Recht durchaus nicht immer nur als ein Kollisionsinstrument, sondern auch als ein Kommunikationsinstrument eingesetzt werden kann, und daß, wenn man das nur nötig betreibt, die Situation sich entschärft und nicht verschärft. Ich will Sie aber nicht mit rechtssoziologischen Zitate bombardieren. Zum selben Ergebnis gelangte ein amerikanischer Organisationspsychologe, James Ziegenfuß, der nachweist, daß ein gewisser Zwang zur Kommunikation durchaus kommunikationsfördernd sein kann. Eine Seite kann sich eben nicht verschließen, wenn sie eingeladen wird, am Verhandlungstisch teilzunehmen; das ist durchaus kommunikationsfördernd. Schwieriger zu entkräften ist das Argument des vermuteten oder behaupteten Kostenauftriebs. Expansive Patientenrechtbewegung könnte nämlich tatsächlich zu einem gewissen Kostenauftrieb führen. Aber so verhält es sich fast mit allen Menschenrechten, mit allen sozialen Grundrechten — es gibt sie nicht kostenlos. Eine Gesellschaft muß sich entscheiden, was ihr ihre Rechtsminima denn nun wirklich wert sind. Aber wer das Menschenrechtsargument nicht mit mir mitvollziehen will, dem sei auch durchaus eines der ökonomischen Klugheiten in die Hand gegeben. Wenn man ein Gesundheitswesen — fragen Sie mich jetzt nicht nach der genauen Summe; ich kenne sie nicht — wie wir mit Zig-Milliarden finanziert, dann ist es eine Frage der Nutzenrelevanz, wenn ich noch ein Geringfügiges für das Patientenwohl drauflegte und der Zufriedenheitsgrad dramatisch anstiege. Das wäre, wäre ich Politiker, — ich bin keiner — doch ein starkes Argument, wenn ich mit einem relativ geringen zusätzlichen Aufwand einen relativ hohen Gewinn auf der politischen Seite erziele, denn man kann ja nicht gerade sagen, daß in Österreich größte Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen herrscht. Nun muß man auch wieder eines sehen, was einer der besten Patientenrechtsexperten in unserer westlichen Welt, ein Holländer, mit Ernst ausführt: Man muß bei allen patientenrechtlichen Bewegungen die Schnittlinie finden, dort wo unter Umständen durch hypertrophes Anwachsen individueller Rechte die kollektiven Rechte auf Zugang zum Gesundheitswesen beschnitten wer-

den. Hier gibt es tatsächlich eine Schnittlinie, die man beachten muß, daß man nicht durch ein an sich berechtigtes, aber zu hoch eingeschätztes Schützen im individuellen Bereich unter Umständen kollektive erworbene Gesundheitswesenansprüche verfehlt werden. Warum gehen dann nun beim Thema Patientenrechte die Emotionen so hoch? Nun, zwei Sichten prallen in der Diskussion um die Patientenrechte aufeinander. Da ist die Sicht der Autoritaristen und die der Autonomisten. Die Autoritaristen werden gern übersetzt mit Bürokratien, unter Umständen auch mit Technikern, mit Organisationstechnikern, allenfalls auch mit dem Pflegepersonal, Arzt und Organisation. Die andere Sicht ist die der Autonomisten, das ist zugleich die der Menschenrechtler, die auf die individuellen Rechte größeren Wert legen. Nach deren Gesichtspunkt übt der Patient seine Selbstbestimmungsrechte in allen Fällen, und wenn er zur Äußerung nicht fähig ist, dann gibt es eben einen vermuteten Selbstbestimmungswillen; in jedem Fall steht der Patient absolut im Vordergrund des gesamten Geschehens. Juristen, Menschenrechtler und neuerdings auch Politiker — und wenn sie gut beraten sind, dann sogar sehr — stehen immer mehr im Lager der Autonomisten. Das führt uns zur nächsten Frage: Was ist es denn eigentlich, was Theorie und Judicatur in der Gesetzgebung immer einträglicher auftreten läßt? Es ist die Bedrohung der Vernichtung des personalen Elements, und das trifft nicht nur den Patienten, es trifft den Arzt und das Pflegepersonal in gleicher Weise. Das heißt, es leiden eigentlich alle Beteiligten insgesamt unter einem System, das sie selber für sich nicht erfunden haben, aber gegen sich gelten lassen müssen. Und eine der exzellentesten jüngsten Studien, die in Kanada entstanden ist, ein Buch, das den ganz populistischen Titel „You've got a friend“ hat, zeigt auf, wie sehr man diese gestörten Strukturen Patient — Arzt — Personal wieder aufbessern kann, nur erfordert dies auch ungeheure Mühen der Politik. In dieser Studie kommt auch klar heraus, was der Grund für die derzeitige unbefriedigende Situation ist: Mit Hospitalisierung, Institutionalisierung und unter der zunehmenden Dauer dieser beiden entstehen Abhängigkeitsgefühle; das Ausmaß der Verletzlichkeit wird wiederum größer, je mehr die Bindung zum angestammten Milieu abnimmt usw. Ich mache einen großen Sprung, da ich mitbekommen habe, daß Sie in der Steiermark diskutieren, um Instrumente zur besseren Durchsetzbarkeit der Patientenrechte zu entwickeln, oder wie man dem Patienten besser dabei in die Hand gehen kann. Da sind international ein paar Initiativen im Gange, in denen nur das Bessere der Feind des Guten ist; das beginnt in aller Regel mit Aktivierungs- und Kommunikationsprogrammen an Anstalten. Um eine kooperative Teilnahmebereitschaft zu bekommen, haben ameri-

kanische Rechtsordnungen Gesetze erfinden, die alle ähnlich lauten: Nursing Home Law, Residence Bill of Rights, Patients Bill of Rights, in denen immer der Aufbau von Mitbestimmungsorganen gemeint ist. Das ist sozusagen die Stufe eins. Man baut einmal Mitbestimmungsgremien auf, die insgesamt im Gesundheitswesen politisch etabliert sind. Sie sind noch kein Verfolgungsorgan. Da gibt es dann Heimräte, insbesondere in Long Term Care Facilities, die auch über die Entwicklung des Hauses selber mitbestimmen, die aufgefordert sind, an den Gesetzgeber zu berichten, in die politische Willensbildung und in die Gesetzesbegutachtung unmittelbar eingebunden sind und damit eine Patientenrepräsentation darstellen. Als nächste Stufe gibt es dann Streitbeilegungsprogramme, wenn im politischen Weg die Patientenrechte nicht in gebührendem Ausmaß durchsetzbar sind. Das sind dann sogenannte Beschwerde- und Ombudsmanprogramme. Dabei handelt es sich um schwankende Bezeichnungen. Es gibt eine klare Terminologie: Wodurch grenzt sich der Ombudsman vom Anwalt ab, wodurch grenzt dieser sich von einer Behörde ab? Das sind aber noch Schlichtungsverfahren, die noch nicht unmittelbar als Klageverfahren zu sehen sind, und in Schweden, in der Heimat des Ombudsmansystems, ist man auch über diese informellen Strukturen schon hinaus. Den Ombudsman hat man ausnahmslos an jeder Anstalt, aber man lächelt eigentlich ein wenig ob seiner Hilflosigkeit, weil er im Grunde nichts tun kann. Daher ist man in Schweden zur nächsten Stufe gegangen und hat gesagt, wir gründen ein Kontaktmannkomitee, das liegt eine qualitative Stufe über dem Ombudsman, und dieser Kontaktmann ist in aller Regel ein relativ hoch angesiedelter Landespolitiker, weil auch in Schweden im Gesundheitswesen Landeskompentzen herrschen. Das ist ein Landespolitiker, der nun versucht, informell mit seinem Gewicht auf der Patientenseite so etwas wie ein Gleichgewicht der Kräfte herzustellen. In Norwegen arbeitet man im Moment an einem ähnlichen System, solche Patientenkontaktkonzepte zu entwickeln; am weitesten ist man dabei in Holland gediehen. Pate steht all diesen europäischen Systemen immer wieder das transatlantische, das amerikanische. Die nächste Stufe nach diesen Parteiombudsmännern ist der Patientenanwalt. Das ist ein Instrument, das nur im ersten Verfahren eine Beschwerdeschlichtungsinstanz ist, dann aber schon autonom Kompetenzen hat, an der Seite des Patienten in ein Verfahren zu gehen, allenfalls so ein Verfahren loszutreten. Er ist selber anzeigeberechtigt, ist also schon ein in einer anwaltschaftlichen Position tätiges Organ. Das entwickelt sich also auch europaweit mittlerweile, wir haben den ersten Ansatz für Österreich im innen

vielleicht bekannten Unterbringungs-gesetz.

Die nächste Stufe sind dann schon Sanktionssysteme, sparen wir uns das, denn dann kommt die Juristerei mit ihrem häßlichen Gesicht zum Zug, und das mag ich nicht.

Die inhaltlichen Rechte sind zunächst einmal der Anspruch auf Behandlung, gleicher Zugang zur Behandlung, freie Wahl der Behandlungseinrichtung, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, und dann kommen dann die Behandlungsrechte. Unter diesen ist wieder das Recht auf medizinische und menschliche Behandlung. Amerikanische Behandlungsrechte haben alle in eine Präambel integriert das Recht auf Dignity, das Recht auf Würde, also auf eine ganz spezifisch menschliche und würdevolle Behandlung. Das ist alles einklagbar, das Recht auf vernünftige Kontinuität der Pflege, Recht auf strikte Vertraulichkeit, dann das Recht auf Schutz der Privatsphäre, Recht auf Beibehaltung der angestammten Lebensgewohnheiten im maximalen Ausmaß, Recht auf persönliche Mitgestaltung, Recht auf uneingeschränkte Kommunikation, Recht auf die allgemeine Privatheit, Recht auf die Erfüllung aller vernünftigen Wünsche. Nächste Gruppe: Die Rechte auf Information, das Recht auf Information über die Anstalt, Recht auf Information über das Behandlungspersonal, Recht auf Information über Diagnose, Prognose, Behandlung und Alternativen, Recht auf Einsichtnahme in den Krankenbericht und — Ausnahmen gibt es überall — das therapeutische Privileg, das den Arzt nicht verpflichtet, Wahrheiten zu vermitteln, die unter Umständen zur Selbstgefährdung oder Selbstvernichtung des Patienten führen können. Und dann gibt es in allen Rechtsordnungen noch Sonderbestimmungen für Mentalpatienten, aber da könnte ich noch einen ganzen Abend drüber reden. Wenn ich Sie, die Sie diesen Katalog gehört haben, entwarnen darf, es gibt in keinem Land alles auf einmal. Ich habe das nur so in eine Reihenfolge gebracht, was man im wesentlichen in Amerika, Kanada, Nordeuropa und Mitteleuropa macht.

Ich habe die Bundesrepublik Deutschland ausgenommen, denn die habe ich schon an und für sich erwähnt, sie geht für mich einen nicht wirklich als Trend erkennbaren Weg in Anknüpfung an die amerikanische Entwicklung, in der man alles über Schadenersatzprozesse regeln zu können vermeint.

Ich danke Ihnen vielmals für ihre wirklich übermenschliche Geduld.

Gertraud Krüger

Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren!

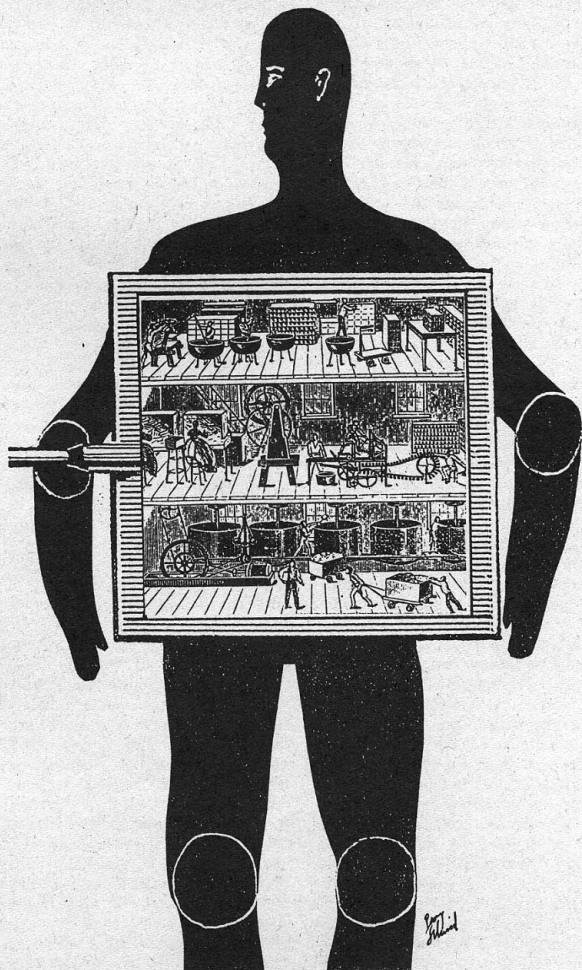
Ich freue mich, daß hier Patienten eingeladen sind, um ihre Erwartungen zu

einem wichtigen Reformwerk auszusprechen. Bisher hatten sich die, um die es bei der Erörterung der Patientenrechte faktisch geht, weder zu Wort gemeldet, noch wurden sie gefragt. Angesichts jahrelanger Erörterungen und Absichtserklärungen ohne spürbare Verbesserungen werden nun die Patienten ungeduldig. Das Salzburger Patientenforum ist der erste Ansatz von Patienten, ihre Interessen gemeinsam zu artikulieren.

Im Herbst 1988 hatten sich in Salzburg 15 Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen zu einer Interessengemeinschaft zusammengeschlossen. Die Mehrzahl dieser Vereinigungen ist österreichweit tätig, sodaß von Anfang an mehrere tausend Patienten vertreten waren. Im Herbst 1989 waren es bereits 30 Selbsthilfegruppen und Initiativen. Das Salzburger Patientenforum ist als erster Zusammenschluß in dieser Art in ganz Österreich über Salzburg hinaus auf reges Interesse gestoßen. Das Forum wurde be-

reits kurz nach seinem Entstehen dem Gesundheitsminister Ettl vorgestellt und trug die Patienteninteressen im Herbst 1989 in der Enquête des Salzburger Landtags vor; Thema: „Das humane Krankenhaus“. Für die praktische Arbeit in Salzburg war von besonderer Bedeutung, daß das Patientenforum umgehend in den Reformarbeitskreis des Landeskrankenhauses eingebunden wurde und im Dialog zur Salzburger Ärztekammer und zur Gesundheitslandesrätin steht. Es wurden seitens des Salzburger Patientenforums konstruktive Vorschläge nicht nur unterbreitet, sondern konnten in Gemeinsamkeit zum Teil auch schon realisiert werden.

Zu den Patientenrechten ist zu sagen, daß sich das Forum als Patientenvertretung erst seit wenigen Monaten gezielt mit der Thematik befaßt und daß große Hoffnungen in die Kodifikation der Patientenrechte gesetzt werden. Ich freue mich sehr über die Äußerung Herrn Dozent



Pichlers, daß das Patientenrecht nicht als Kontrollinstrument angesehen werden muß, muß ihm aber leider auch rechtgeben, daß die Patienten in Österreich nicht gerade glücklich sind über die Zustände im Gesundheitswesen.

Derzeit hat der Patient noch sehr wenige Vorstellungen von seinen Rechten und der Verpflichtung des Arztes ihm gegenüber. Bestenfalls weiß der Patient, daß ihm Aufklärung zusteht. Über das Wie und die weiteren Umstände sind die Vorstellungen aber meist nebulos. Zu bedenken ist, daß der Patient in seiner besonderen Situation sich als hilflos und hilfsbedürftig empfindet und kaum die Kraft hat, seine Rechte gezielt durchzusetzen, selbst wenn er das Gefühl hat, nicht richtig aufgeklärt bzw. behandelt worden zu sein. Gesetzesentwürfe, in denen es zum Beispiel heißt, „die Information ist dem Patienten insoweit zu geben, als sie ihm zuzumuten ist“, irritieren andererseits mehr, als sie helfen. Die Patientenvertretung stellt die Frage: Wer entscheidet, was dem Patienten zuzumuten ist? Ich gebe zu, ein äußerst schwieriges Thema! Wir glauben nicht nur, daß es sehr wichtig ist, die Patientenrechte zusammenzufassen, sondern auch, daß es eine neue Darstellung in klarer Form gibt, auch für den Laien verständlich. Denn die Patientenrechte wären ein Weg zum vielzitierten mündigen Patienten; er muß sie aber auch wahrnehmen können.

Die Voraussetzung für die Selbstbestimmung des Patienten ist vor allem die Aufklärung durch den Arzt, und zwar die Aufklärung über den Zustand des Patienten, über die notwendige bzw. mögliche Behandlung und die Risiken der Behandlung oder auch Nichtbehandlung. Den Patienten, der dies verstanden hat, der sich entschieden hat und sich über die Folgen seiner Entscheidung im klaren ist, steht auch der Arzt in einer geklärten Situation gegenüber. Es werden dabei nicht nur Unsicherheiten beseitigt, es kann zum Beispiel auch das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht werden, anstatt den Körper monatelang künstlich am Leben zu halten. Das Recht auf Selbstbestimmung und die genannten Voraussetzungen hierzu sollen ermöglichen, daß der Patient, der sich dem Rat seines Arztes anschließt, weiß, warum er so entscheidet.

Für den Patienten ist weiters eine strenge Regelung bezüglich der Datenerhebung und Speicherung des Krankenberichtes und überhaupt der ganzen Dokumentation von großer Bedeutung. Der Patient erwartet eine gesetzliche Regelung, die eindeutig klärt, was festzuhalten ist, wer es überprüft und wie, und daß diese Unterlagen ihm tatsächlich jederzeit zur Verfügung stehen. Sie stellen im Konfliktfall Beweismaterial dar. Eine im Ausland bestehende Regelung, wonach der Krankenbericht Besitz des Patienten ist, wird aus der Sicht der Patientenvertretung als eine sehr gute Möglichkeit angesehen. Der Datenschutz für Patienten

scheint ein Problem zu sein, das weiten Kreisen nicht bewußt ist, weil noch nicht ausreichend bekannt ist, in welchem Umfang Daten über Menschen in Österreich gespeichert werden und welche Weitergabemöglichkeiten es bei diesen Daten gibt. Die Sozialversicherung oder private Versicherungen sind nur ein Beispiel. Wer einen Versicherungsvertrag unterzeichnet, akzeptiert damit bereits, daß seine Daten weitergegeben werden können.

Die „Medcard“, eine Planung der Österreichischen Ärztekammer, ist ein weiteres Beispiel, das mit vielen Fragen behaftet ist. Dieser Chip, auf dem fast alle medizinischen und weitgehende persönlichen Daten des Patienten enthalten sind, soll sogar die Funktion einer Creditcard erfüllen. Wir fragen uns aber, welchen Nutzen es hat, Werte zu speichern, die sich ändern können. Und welchen Sinn hat es, die Karte als Notfallkarte zu konzipieren und mit einem Sperrcode zu versehen, wenn dann der Bewußtlose im Notfall den Code nicht nennen kann und der Vertrauensarzt, der den Sperrcode besitzen soll, auch nicht erreichbar ist? In diesem Fall wäre eine Notfallkarte in Klarschrift wesentlich unproblematischer, und man fragt sich, was also die Speicherung der persönlichen Daten in diesem Fall wirklich soll. Es gibt ferner statistische Datensysteme, die, aus anderen Blickwinkeln angewandt bzw. ausgewertet, Aufschluß über Einzelpersonen in bisher ungeahnten Ausmaßen geben können. Daher: Der Datenschutz für Patienten muß breitesten Raum einnehmen. Hilfe braucht der Patient auch bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen. Diese scheitern derzeit oft schon am Problem der ärztlichen Gutachter, und wir hoffen, daß sich hier Lösungsansätze ergeben werden. Die Neufassung der Patientenrechte könnte diesen Bereich klären und auf eine stabilere Basis stellen. Um Schadenersatzansprüche durchzusetzen, braucht der Patient unbedingt Hilfe durch eine Institution, die seine Rechte verfolgt und die absolut unabhängig ist. Nicht nur das, sie muß auch selbst mit weitgehenden Rechten ausgestattet sein. Die anfängliche Ombudsmanneuphorie ist auch beim Salzburger Patientenforum schnell abgebaut worden. Wir halten es für keine sinnvolle Konstruktion, an jedem größeren Spital, bei Kammern, Versicherungen etc. einzelne Ombudsmänner zu installieren, die einerseits nicht wirklich unabhängig sind, andererseits womöglich unkoordiniert arbeiten. Wir halten es für schlecht, wenn der Patient bei der Durchsetzung seiner Rechte von einer einzigen Person abhängig ist. Wenn dann bei der soeben geschilderten Konstruktion in ähnlich gelagerten Fällen auch noch völlig unterschiedliche Ergebnisse entstehen, erhöht dies die Unsicherheit des Patienten mehr, als ihm geholfen wird.

Die Überlegungen der Patientenvertretung gehen daher eher in Richtung einer

Kommission, einer Patientenanwaltschaft. Diese muß völlig unabhängig sein, sich auf klar formulierte Rechte stützen können und darf nicht nur eine reine Klagemauer ohne weitergehende Funktionen sein. Sinnvollerweise müßte wegen der unterschiedlichen Regelungen in den Ländern, bei den Spitälern, Krankenkassen etc. eine solche Patientenanwaltschaft in jedem Bundesland gebildet werden. Nach unserer Meinung sollten in der Patientenanwaltschaft die Patientenvertreter aus den Patientenorganisationen überwiegen, und zwar aus folgender Überlegung: Wenn der Rat paritätisch besetzt ist, besteht die Gefahr, daß berechnete Patienteninteressen schon in diesem Rat blockiert werden. Die Patienten stehen derzeit sowieso schon sehr mächtigen Institutionen gegenüber, wie z. B. den Sozialversicherungen, den Kammern, den Landesregierungen usw. Nach unseren Vorstellungen sollte die Patientenanwaltschaft nicht nur eine Institution zur Verfolgung von Beschwerden seitens der Patienten sein, sondern auch aktiv an den so dringend nötigen Reformen im Gesundheitswesen mitarbeiten. Dies liegt schon deshalb nahe, weil sich hier durch die Anwesenheit der Selbsthilfeorganisationen und Patienteninitiativen die besonderen Probleme herauskristallisieren und die speziellen Schwachstellen durch die herangetragenen Fälle sehr deutlich werden. Als direkte Ansprechpersonen für die Patienten müßten Patientenberater fungieren; sie können auch anders genannt werden. Diese Patientenberater sollten eine hohe fachliche Mehrfachkompetenz besitzen, in die Patientenanwaltschaft integriert sein und damit das Bindeglied zwischen dem hilfesuchenden Patienten und der Kommission darstellen. Ich war persönlich betroffen, als ich vor einem Monat eine Pressemitteilung aus der Kleinen Zeitung erhielt; dort hieß es: ÖVP und SPÖ streiten um den Patientenanwalt. Ich frage mich, ob nicht die Patientenanwaltschaft ein Musterbeispiel dafür wäre, daß es auch ohne politischen Proporz, dafür aber mit umso mehr fachlichen und menschlichen Kompetenzen geht. Es gibt doch auch keinen Volkspartei-Infarkt oder einen SPÖ-Blinddarm. Die Steiermark hat schon umfangreiche Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik bzw. Gesundheitsreform geleistet, und es gibt hier hervorragende Konzepte, sodaß ich große Hoffnung habe, daß man sich auch beim Patientenanwalt um eine gute Lösung bemühen wird.

Somit setzt die Patientenvertretung in die Kodifikation der Patientenrechte hohe Erwartungen. Besonders die Regelung der ärztlichen Aufklärung, der Selbstbestimmung des Patienten, zu der aber erste Voraussetzungen geschaffen werden müssen, die kompetente und neutrale Beratung zur Durchsetzung eventueller Schadenersatzansprüche, der Datenschutz und die Funktion der Patientenanwaltschaft sind aus unserer Sicht die derzeitigen Schwerpunkte.

Abschließend sei noch gesagt, daß das Patientenforum die Ansicht jener nicht teilen kann, die aufgrund der Patientenrechte eine Prozeßflut befürchten. Hier sind amerikanische Verhältnisse kaum auf Österreich zu übertragen. Aus der Sicht der Patientenvertretung ist die Zufriedenheit des Patienten, der weiß, daß im Notfall eine wirksame Unterstützung besteht, ein nicht zu unterschätzender Aspekt. Die Patientenvertretung ist bereit, an konstruktiven Lösungen mitzuarbeiten, wie sich ja auch die Selbsthilfeorganisationen zunehmend bemühen, die Selbstverantwortung der Patienten zu fördern.

Ich danke Ihnen.

Herwig Holzer

Sehr geehrte Frau Präsidentin, Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte hier aus der Sicht des Krankenhausarztes, aber speziell des Arztes an sich, dieses Thema mit Ihnen durchleuchten. Die juristische Kompetenz fehlt mir absolut, ich kann also nur meine ärztliche Kompetenz einbringen, ich bin Spezialmediziner: Dialyse, Transplantationsmedizin, das heißt, ich habe die Erfahrung der technische Medizin, wie sie von den Patienten sehr oft geführt wird. Wir unterscheiden uns im Krankenhaus von den praktischen Ärzten im wesentlichen dadurch, daß in der ärztlichen Praxis der Arzt dem Patienten in der klassischen individuellen Form gegenübertritt, während im Krankenhaus der Arzt im Team dem Patienten anonym begegnet. Die Zwänge des Kollektivs sind dort sehr stark ausgeprägt, das kann zu militärischen, zu lazarettartigen Verhaltensweisen und durchaus zu einer militärischen Arzt-Patienten-Beziehung führen. Daneben, so können wir das allgemein skizzieren, steht das Krankenhaus heute dem Patienten sicher als technischer Saurier gegenüber.

Die Beziehung des Patienten zum Arzt wird in erster Linie durch die philosophische Beziehung und die vertragliche Beziehung der Arzt-Patienten-Situation geprägt. Die Rechte, die daraus abgeleitet werden, sind Menschenrechte ganz allgemein, aber speziell definiert durch die Hilfsbedürftigkeit, die der kranke Patient hier zugeschrieben bekommt.

Nirgendwo existieren genaue Patientenrechte in einem gesetzlichen Kodex. Die ethische Situation ist über die Jahrhunderte hinweg immer durch den Hypokratischen Eid definiert worden, und wir haben in den letzten Jahrzehnten durch die Fortschritte der Wirtschaft, der Technik eine so starke Veränderung erlebt, daß der Hypokratische Eid neu diskutiert wird. Die ärztliche Kunst ist heute zum Teil einer komplexen personellen wie apparativen Versorgung mit hoher Leistungseffizienz, hohem Leistungsdruck und mit sehr großer Sorgfaltspflicht gewichen. Früher hat die Medizin

nichts gekonnt, das einzige was der Patient konnte, war zu glauben und zu hoffen.

Die Zweierbeziehung Arzt-Patient ist heute gerade im Krankenhaus einer weitgehenden Teamversorgung gewichen. Es gibt viele Ärzte, viele Schwestern, viele Apparate und einen Patienten oder auch viele Patienten. Die Entscheidungsverantwortung des einzelnen Arztes ist sowohl durch das Team wie auch durch die starke Mitsprache und Eigenverantwortung des Patienten reduziert worden. Hier entwickeln sich Zwänge, die der traditionellen ärztlichen Versorgung zuwiderlaufen. Früher galt „salus aegroti suprema lex“, also das Heil des Kranken ist das oberste Gebot, heute hat sich vor allem in den USA und in Deutschland das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten durchgesetzt, das heißt „voluntas aegroti suprema lex“, der Wille des Kranken ist das oberste Gebot. Nach der österreichischen Rechtsprechung steht allerdings nach wie vor das Heil des Patienten im Vordergrund.

Es ist klar, daß die Selbstbestimmung durch den Patienten aus dessen Sicht eine Idealforschung darstellt, die im medizinischen Alltag gerade im Krankenhaus mit dem hohen komplizierten technischen Aufwand kaum zu erfüllung sein wird, und schließlich kollidiert das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ja auch mit der Fürsorge und Garantiepflicht seines Arztes, wenn nämlich der Patient nicht das tut, was ich als Arzt auf Grund der gesundheitlichen medizinischen Notwendigkeit für den Patienten für gut befinde. Die Selbstbestimmung ist ohne Aufklärung bzw. ohne medizinische Kompetenz nicht denkbar. Goethe sagt im „West-östlichen Diwan“: „Wofür ich Allah höchlich danke, daß er Leiden und Wissen getrennt, Ver zweifeln müßte jeder Kranke, das Übel kennend, wie der Arzt es kennt.“ Soweit zum Vorredner, der gesagt hat, daß der Zufriedenheitsgrad zunimmt. Es ist Gott sei Dank durch die Aufklärung ja sehr oft der Fall, daß wir mit der Aufklärung den Patienten in die Bewältigung seiner eigenen Krankheit miteinbeziehen. Es ist aber dort nicht der Fall, wo wir den zahlreichen chronischen Kranken gegenüberstehen, wo Aufklärung oft nur Glasnost für Hoffnungslosigkeit bedeuten kann. Das heißt, wir erzeugen mit der Aufklärung sehr oft Positives, das wird dann auch im Patientenrecht der Aufklärung herausgestellt, wir erzeugen aber sehr oft auch Negatives. Nur allzu häufig wird die Fähigkeit der Kranken zur Wahrnehmung ihres Grundrechtes, der Selbstbestimmung, beeinträchtigt sein. Auch wenn die Kranken verständlich erscheinen, kann die Krankheit selbst nämlich die Entscheidungseinsicht rational wie irrational stören. Bei jeder schweren Erkrankung oder bei jeder schweren Operation befindet sich der Patient psychisch in einer Ausnahmesituation, und hier kann er bei bestem Wissen oder Ge-

wissen rational nicht immer die richtige Entscheidung treffen.

Ich möchte die Problematik der Selbstbestimmung und der Aufklärung an folgenden Beispielen erklären: Viele Juristen und Patienten insbesondere in der Bundesrepublik fordern zum Beispiel, daß der Patient auch über die Blutabnahme für einen Aids-Test aufgeklärt und befragt wird. Oder, daß bei einer Knochenmarkpunktion der Leukämieverdacht dem Patienten als Motiv für die Punktion erklärt werden muß.

Ich meine, es ist oft inhuman und eine Verletzung der ärztlichen Fürsorgepflicht, Patienten mit allen noch ungesicherten differentialdiagnostischen Überlegungen zu belasten und zu verängstigen, solange noch nichts feststeht. Wer sich in ärztliche Behandlung gibt, erklärt schließlich auch sein Einverständnis mit der Vornahme der notwendigen Maßnahmen. Diese sind natürlich, soweit zuträglich, zu erklären. Insbesondere bei bösartigen Erkrankungen ist aber die Situation sicher sehr, sehr schwierig. Die Auskunftspflicht sollte dort ihre Grenzen finden, wo Anhaltspunkte für eine ernste oder seelische Gesundheitsschädigung durch die Wahrheit bestehen. Ein detailliertes Wahrsagen der Lebenserwartung und Komplikationen sollte eigentlich nur auf eindringliches Befragen durch den Patienten erfolgen.

Der Behandlungsvertrag Arzt-Patient beinhaltet somit folgende Patientenrechte und komplementär dazu Arztspflichten: sachgerechte ärztliche Behandlung, ausführliche Aufklärung über Umfang und Risiko im Gespräch mit dem Inhalt der Wahrhaftigkeit und Glaubwürdigkeit — nicht in einem Formular, das ist erstens viel zu wenig individuell und zweitens eine schematische Aufklärung, sondern in einem Gespräch. Das Wesentliche, die Selbstbestimmung leitet sich daraus ab. Als Arzt habe ich die Pflicht zur Dokumentation, zur wirtschaftlichen Beratung und auch zu schweigen.

Auf einem Symposium in Aachen wurde 1988 das Patientenrecht insbesondere für Schwerstkranke und Sterbende im Krankenhaus definiert. Der Patient hat im Krankenhaus als Schwerstkranker das Recht auf partnerschaftlich umgehende Helfer, auf Wahrheit, auf Behandlungsverzicht, nicht auf Wiederbelebung um jeden Preis. Er hat das Recht, sich in seine Traurigkeit zurückziehen zu dürfen — es ist also nicht auch noch die normale Depressivität des Schwerstkranken zu behandeln —, das Recht auf Hoffnung und Glaubensstärkung. Ich vermissе immer wieder das Recht auf Barmherzigkeit; das kann nämlich das Verschweigen der Diagnose und der Prognose auch bedeuten. Für Österreich, Frankreich und die Schweiz gilt, daß der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten und erst in zweiter Linie unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechtes abzugrenzen ist. In USA und

Deutschland steht das Selbstbestimmungsrecht, wie gesagt, massiv im Vordergrund. Diese stark patientenorientierte Gesetzgebung hat in diesen Ländern dazu geführt — und das ist nun einmal die Realität, — daß das Krankheitsschicksal nicht mehr hingenommen wird und der hohe Anteil des technisch Machbaren, der hohe Leistungsdruck, dann, wenn es schiefgeht, eine Prozeßlawine auslösen. Die Entwicklung in den USA — wenn es mein Vorredner auch in der Quantität bezweifelt — ist durch eine sehr defensive Medizin geprägt. Man konsultiert eben zahlreiche Kollegen, man macht zahlreiche Befunde doppelt, man versucht, den Patienten unter den Computertomographen, unter den Scanner zu legen, um — bevor eine Entscheidung getroffen wird — auch alle Risiken genau definieren zu können.

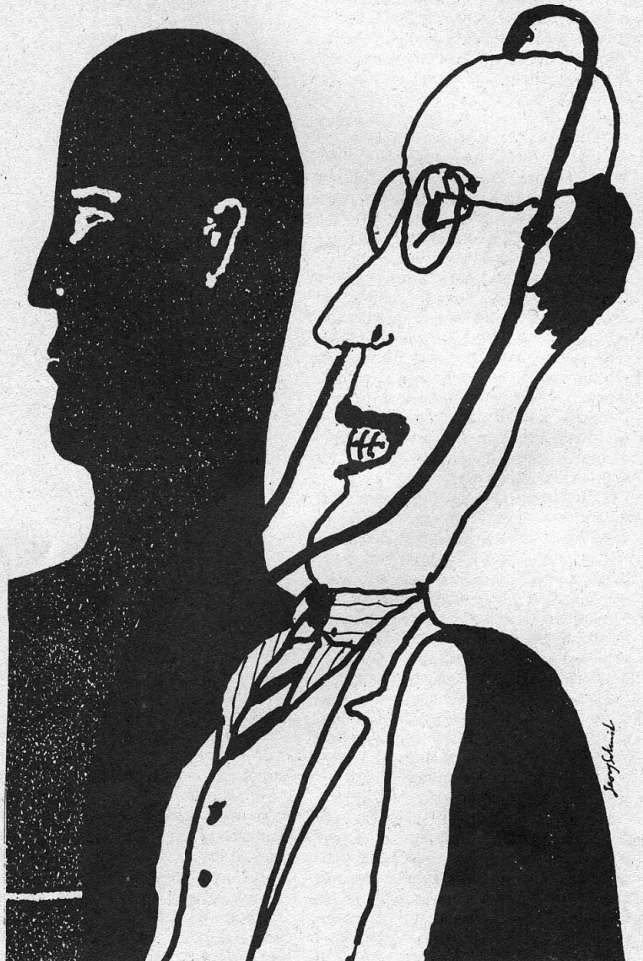
Früher wurde das Prinzip der Unschädlichkeit angesprochen, das wir ja primär unseren Patienten immer garantieren sollen, dieses „primum nil nocere“ des ärztlichen Handelns. Ich möchte Ihnen nur das Dilemma aufzeigen, in dem wir stehen. Wir sollten natürlich durch Diagnose und Behandlung nicht schaden, aber dieses Dilemma ist immer vollkommen falsch betrachtet, denn in Wirklichkeit haben wir ja das Dilemma der Krankheit, und alles, was wir als Ärzte tun, ist die Suche nach dem Weg des kleineren Übels. Das heißt, wir haben, wenn wir einen Beipackzettel lesen, die Angst, daß hier etwas passiert, daß wir hier eine Nebenwirkung durch das Medikament erkaufen. Deswegen nehmen sehr viele Patienten ein nützliches Medikament nicht. Wir müssen uns immer an dem Risiko der Krankheit orientieren und die Krankheit in Relation zur Behandlung stellen, und dann müssen wir die Behandlungsrisiken akzeptieren.

Ich sehe mich zusammenfassend in Österreich als Arzt — als Anwalt des Patienten. Meine Funktion als Arzt ist aber individuell veränderlich, ich werde meine Funktion im Idealfall als partnerschaftlicher Helfer erfüllen. Aufklärung und Selbstbestimmung ist hier die Basis des Behandlungssystems. Der Behandlungsvertrag wird dem Arzt aber dort eine stärkere Eigenverantwortung zugestehen, wo die Eigenverantwortung des Patienten eingeschränkt ist, und dies geht bis zur vollständigen Vormundschaft für den Patienten, wenn der Patient durch Bewußtlosigkeit, psychische oder intellektuelle Einengung nicht zur Wahrnehmung seiner Rechte fähig ist. Unser ärztliches Ziel ist sicher der mündige, aufgeklärte, erwachsene Patient. Wir können ihm auf einem höheren Niveau menschlich und medizinisch begegnen. Wir wissen aber auch, daß die Aufklärung ein neues Konfliktpotential schafft, denn der Patient weiß ja, wenn er aufgeklärt ist, wo die Sterne sind. Die naturwissenschaftliche Aufklärung des Mittelalters hat ja schließlich auch das Feindbild der Religion gebracht.

Instrument unserer Zusammenarbeit ist das Gespräch, aber das ist zeitaufwendig. Wir haben zuwenig Personal, wir haben zuwenig Finanzierung für das Gespräch und wir wissen genau, ein einzelnes Gespräch ist ein Tropfen, wo wir einen Regen brauchen. Was möglich ist, zeigt uns zum Beispiel die Patientenschulung der Diabetiker. Wir müssen also sicher neue Wege gehen durch die Entwicklung von Patientenschulen, ähnlich wie Tanzschulen, wie Musikschulen, in denen wir unsere Patienten mit einer neuen Sachlichkeit in der Medizin lehren und in denen wir dieses Wissen nicht nur in einem einfachen Gespräch, sondern systematisch organisiert über Gemeinden, über Bezirke oder was hier auch immer technisch denkbar ist, möglich ist, weitergeben.

Wir müssen aber abschließend auch festhalten: Patientenrechte werden zumeist als Arztpflichten definiert und dort benötigt, wo ein Arzt etwas falsch gemacht

hat, also im Konflikt Arzt — Patient. Ich sehe es als wesentliches Recht des Patienten an, daß er einer würdigen Organisation und Struktur gegenübersteht, gerade im Krankenhaus. Daß sein Arzt nicht überlastet ist, daß dieser Zeit für Gespräch und Aufklärung hat, daß das Bett des Patienten nicht auf dem Gang steht, daß der technische Apparat korrekt funktioniert, daß das Personal fachkompetent ist, das Krankenzimmer entsprechende sanitäre Einrichtungen hat usw. Hier treffen sich also Arzt und Patient sicher mit gemeinsamen Interessen, denn die würdigen korrekten Strukturen sind das präventive Recht, auf dessen Basis dann die Fehler eben nicht passieren sollten, unter denen dann der Gerichtsfall, die juristische Katastrophe entsteht. Das heißt, das sind Rechte, die wir Ärzte und Patienten gemeinsam von den Politikern und der Bevölkerung einfordern sollten. Darum bitten wir die Politik. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.



DISKUSSION

geleitet von Eva Karisch

Mein Name ist Popp, ich bin von Beruf Richter und aus verschiedenen Gründen auch an Patientenrechten interessiert. Ich möchte zunächst einmal bemerken, daß vor allem die schönen Worte, die die Herren Ärzte hier vorgebracht haben, offenbar nicht der Realität entsprechen können, weil wir sonst diese Veranstaltung nicht besuchen würden und das Interesse an diesen Dingen nicht so groß wäre. Andererseits ist es meiner Ansicht nach auch sehr traurig, daß solche Rechte von Juristen formuliert werden müssen und nicht von vornherein von den Ärzten den Patienten gewährleistet werden. Die entsprechenden Gründe dafür sind natürlich auch zu berücksichtigen, aber man muß auch sehen, daß es sehr traurig ist, daß solche Rechte überhaupt formuliert werden müssen, insbesondere die der Wahrung der Menschenwürde, der Integrität und der Individualität. Wäre diese gewährleistet, dann wäre es auch nicht notwendig, glaube ich, daß Ärzte befürchten müßten, von ihren Patienten in bezug auf Schadenersatzansprüche verfolgt zu werden. Was hier meiner Ansicht nach auch zu kurz gekommen ist, obwohl das im Programm steht, sind die sogenannten alternativen Behandlungsmethoden, und zwar spreche ich hier in erster Linie von Homöopathie und Akupunktur. Gerade diese Behandlungsmethoden sind, glaube ich, weitgehend erfolgreich, werden aber von der sogenannten Schulmedizin nicht anerkannt. Es gibt hier Grenzfälle, wenn es darum geht, ob Patienten, die sich einer solchen Behandlung unterzogen haben, von den Ärzten in ihrer Gesundheit beeinträchtigt worden sind. Ärzte, die eine solche Behandlungsmethode anwenden, stehen in solchen Fällen mit einem Fuß im Gefängnis bzw. zumindest vor dem Richter; das ist schon vorgekommen und könnte zitiert werden. Meine Frage, um das ganze abzuschließen, vor allem an den Herrn Präsidenten der Ärztekammer: Wie steht die Ärztekammer zum Problem der alternativen Behandlungsmethoden, insbesondere, wo es dort zwar ein Referat für Grenzfragen der medizinischen Wissenschaft und der Kurfürscher gibt, nicht jedoch ein Referat für Alternativmedizin?

Mein Name ist Dr. Thomas. Ich war über 40 Jahre Arzt, davon 35 Jahre als Chirurg tätig. Ich danke dem Herrgott nach diesen Vorträgen, daß ich es nicht mehr bin und nicht mehr sein muß — das zur Einleitung. Zur Aufklärung: Vor 25 Jahren war es in Deutschland erstmals auf einem Chirurgenkongreß, daß die Aufklärung so populär wurde. Da sagte der Vortragende, ein Kaiser der deutschen Chirurgie: „Meine Damen und Herren, wenn sich

ein Patient, nachdem ich ihn lege artis aufgeklärt habe, noch von mir operieren läßt, ist er entweder ein Held oder ein Narr.“ Ich habe es selbst gespürt — vor sechs Wochen bin ich operiert worden — ich habe meinen histologischen Befund nicht gelesen, ich bin also nicht total aufgeklärt, aber ich klage meinen Chirurgen trotzdem nicht.

Ein sehr bekannter Grazer Internist hatte Leukämie, er hat ins Mikroskop geschaut, sein eigenes Blutbild angeschaut und gesagt: „Schauen Sie, Herr Kollege, heute sind die Leukozyten, die weißen Blutkörperchen, schon wesentlich besser.“ Drei Tage danach war er tot.

Ein Chirurg, auch allen Grazern bekannt, wenn ich den Namen nennen würde, hatte Metastasen um den Nabel herum. Er hat mir zwei oder vier Tage vor seinem Tod gesagt: „Schau meine Leber an (da unten gibt es keine Leber, auch der Laie weiß das), sie ist heute schon viel weicher, ich blasse schon ab, in 10 bis 14 Tagen werde ich das Krankenhaus verlassen.“

So gnädig ist die Natur, und so ungnädig will Frau Krüger jetzt sein. Wenn das so weitergeht, dann kommt die Defensivmedizin, und was das bedeutet — meine Damen und Herren — überlasse ich Ihrer Beurteilung.

Mein Name ist Schwentner, ich bin Richter, aber in diesem Zusammenhang möchte ich als Rechtsberater im Landessonderkrankenhaus in Graz sprechen. Diese Rechtsberatung mache ich nunmehr seit ca. 10 Jahren und bin also beileibe kein Blinder, der hier zu den Farben reden muß. Der Vorredner — ich wollte nicht darauf eingehen — ist für mich gerade ein Beispiel dafür, daß es absolut sinnvoll und notwendig scheint, in diesem Zusammenhang jene Phänomene aufzugreifen und aufzuzeigen, um die es eigentlich geht. Es geht nicht um den Chirurgen, der vielleicht ohnedies gut behandelt ist und aus eigenem heraus sagt: „Diese Distanz schaffe ich“, es geht um breitesten Bevölkerungskreise. Es geht auch besonders um den Bereich, in dem ich tätig bin. Es geht vor allem um die Armen und Rechtlosen, das klingt vielleicht etwas pathetisch, aber es ist ein Faktum. Insofern möchte ich auch für das letzte Referat der Patientenvertreterin aus Salzburg danken, das für mich klar und deutlich war, und ich möchte dem Vorredner widersprechen, der gemeint hat, hier wird etwas gegen die Ärzte gesagt. Immer diese Meinung, es geht Patienten gegen Ärzte, das ist absurd. Es geht um Patienten gegen System. Die Ärzte sind nur ein Teil des Systems. Ich möchte aber andererseits vor etwas warnen, das bei der Vorrednerin auch gekommen ist, daß

nämlich die Verrechtlichung unbedingt das Ziel aller Prozeduren sein soll. Es soll nicht, wie Sie gesagt haben, zum Beispiel auf das Recht auf Barmherzigkeit ankommen, ich halte solche Formulierungen geradezu für absurd. Man hat Privatrechte ohnehin bereits in allen Katalogen und allen möglichen Gesetzen, es geht nur darum, sie aufzugreifen. Das ist meine Praxis, die ich völlig unspektakulär im Landessonderkrankenhaus durchführe. Ich habe leider etwas zu wenig Zeit dazu, weil ich das nebenberuflich mache, aber meine Erfahrung ist die, daß es wichtig ist, eine Anlaufstelle zu bieten, in erster Linie einmal für die Patienten, um zu schauen, was los ist. Natürlich geht es dann auch darum, die anderen Funktionen, die Sie erwähnt haben, vielleicht das Beschwerderecht, durchzusetzen, aber in erster Linie geht es darum, einmal eine Gesprächsmöglichkeit außerhalb der Institution zu bieten. Es ist auch ganz wichtig, wie Sie es herausgestrichen haben, daß die Funktion des Beistandes oder wie auch immer er heißt, von der Institution abgekoppelt wird und, das ist für mich auch ganz wichtig, in eine Landesversorgung etc. integriert wäre. Wo sie auch gewisse schon verbriefte Rechte hat, wo sie keine Rücksicht auf irgendein System mehr nehmen muß, nicht mehr Rücksicht nehmen muß auf Schwarz oder Rot. Ich muß noch einmal betonen, es geht nicht um die Verbriefung von Rechten, es geht einfach um die primitivsten Anlaufmöglichkeiten in einem System, das in einem gewissen Grad sehr unmenschlich geworden ist.

Ich bin Dr. Stix von der Klinik für Medizinische Psychologie. Ich wollte kritisch auf diese Wortmeldung des Kollegen aus der Chirurgie eingehen, weil meiner Ansicht nach das Beispiel hinkt, daß eine lege artis Aufklärung auf jeden Fall schädlich ist, weil lege artis Aufklärung aus meiner Sicht und aus der Sicht meines Faches immer nur heißt, Aufklärung, soweit es der Patient will. Ich nehme an, daß das auch konform wirkt mit den Rechtsvorschriften. Die Schwierigkeit ist natürlich zu erfahren, was der Patient will, und hier wird das doch nur dann erfahrbar sein, wenn es über das sogenannte ärztliche Gespräch geht. Das ärztliche Gespräch ist aber nicht nur eine Frage der Bezahlung, sondern sicherlich auch eine Frage der Ausbildung.

Guten Abend. Grüß Gott. Nachdem hier immer wieder die Rede vom Ombudsmann ist: Ich bin einer. Ich bin der Ombudsmann der Kleinen Zeitung. Ich möchte sagen, es kommen relativ wenig

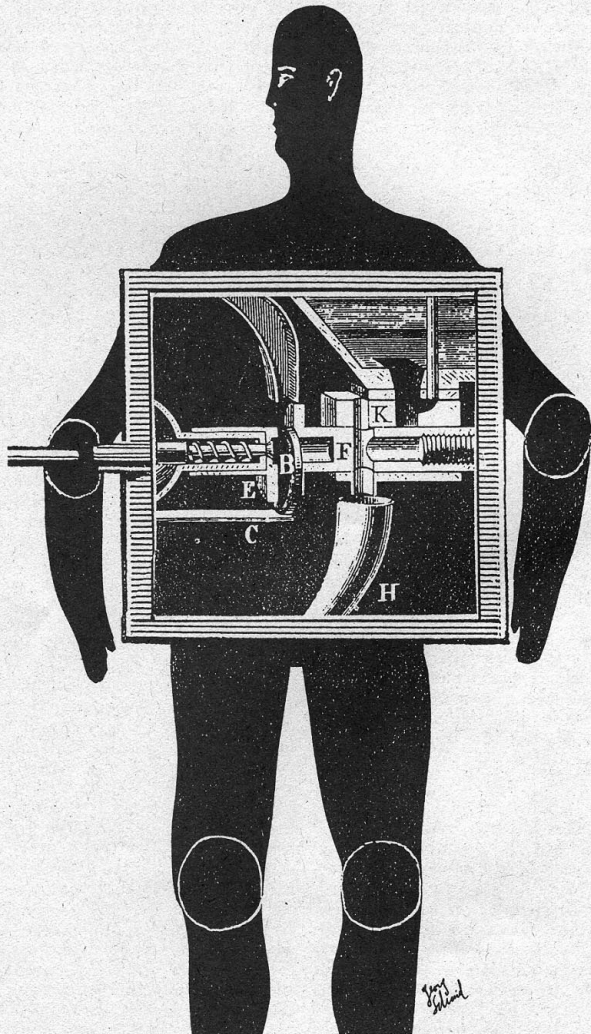
Patienten zu mir; die, die kommen, die haben allerdings schwierige Probleme. Dazu würde ich mir wünschen, daß Ärzte, wenn sie Fehler gemacht haben, diese eingestehen, daß es Gutachter gibt, die auch gegen ihre Kollegen aussagen, und daß der Patient, der wirklich einen Behandlungsfehler erlitten hat, zu seinem Recht kommt. Danke.

Mein Name ist Dr. Herzberg, ich bin Orthopäde, und ich möchte hier etwas beleuchten. Wir sprechen von Patientenrechten, und da möchte ich einmal sagen, daß die Patienten auch das Recht auf gleiche Behandlung haben müssen. Es gibt nämlich in unserer Gesellschaft Patienten, die etwas vom Recht benachteiligt sind, das sind die Alten, die Kranken und die Hilflosen. Die werden plötzlich, indem sie zu Pflegefällen erklärt werden, aus der Behandlung der Krankenversicherung und aus allen möglichen Wohltaten unserer Gesellschaft ausgenommen, sie werden in ihrer Hilflosigkeit einfach allein gelassen. Als alter Spitalsarzt muß man das einmal erlebt haben, wenn sie einen alten Menschen operiert haben, er hat einen Schenkelhalsbruch gehabt oder sonst was, und jetzt kann er nicht mehr in seiner gewohnten Umgebung existieren, und dann stellt man ihn praktisch auf die Straße. Unsere Gesellschaft hat es bis heute verabsäumt, für die Alten, Betagten Heime zu schaffen, wo sie zu christlichen Preisen behandelt und gepflegt werden können, und das ist ein Anliegen, das mir sehr wichtig erscheint. Diese Leute werden von niemandem vertreten, denn sie sind alt, sie können unter Umständen nicht mehr zu Wahl gehen, weil sie eben so behindert sind, sei es körperlich oder geistig; auf die vergessen wir. Aber ich glaube, wir haben eine Verpflichtung, und ich möchte darum bitten, daß man auch in den politischen Gremien einmal daran denkt, daß der alte Bürger sehr Wesentliches zum Aufbau unserer Gesellschaft beigetragen hat.

Routil: Wir wurden angesprochen und ich hier persönlich als Vertreter der Ärzteschaft. Wenn die personale Würde wieder vorhanden wäre, brauchten wir Ärzte uns keine Sorgen zu machen. Da muß ich schon direkt darauf antworten. Wir machen uns Sorgen, weil wir der personalen Würde des Patienten gerecht werden wollen und weil wir Sorge haben, daß in diesem System, wie es derzeit in Österreich und durch die Sozialversicherung besteht, diese Bemühungen zunehmend eingeschränkt werden. Die Frage nach der Alternativmedizin: Eine kleine Korrektur am Vorwurf, daß es ein solches Referat in der Ärztekammer nicht gibt, darf ich gleich anbringen. Es war eine meiner ersten Amtshandlungen, ein solches Referat einzurichten, es heißt Referat für Komplementäre und Alternative Medizin und besteht neben dem Referat für Kurfischerei.

Das sind natürlich Dinge, die man auseinanderhalten muß. Zur Alternativmedizin selbst: Auch ich neige, wie viele meiner Kollegen, im einen oder anderen Fall dazu, in Bereiche der Homöopathie einzudringen oder auch Akupunktur anzuwenden. Zum Thema der Verantwortung: Dabei ist festzuhalten, und hier spreche ich als Standesvertreter, wir sind natürlich dazu aufgefordert, das in unsere Behandlung einfließen zu lassen, was zurecht als Medizin anerkannt ist. Das ist die leidige Diskussion um die sogenannten Schulmedizin, aber wir sind jetzt schon durch das Ärztesgesetz ihnen allen gegenüber verpflichtet, diese Behandlung, die offiziell vom obersten Sanitätsrat anerkannt wurde, anzubieten. Die Akupunktur ist hier in Teilbereichen anerkannt, und damit ist auch die Diskussion um diesen

Bereich etwas offener, als sie noch vor wenigen Jahren war. Die Frage, ob man diese Methoden und vielleicht einige andere auch jetzt in die Kassenmedizin einbeziehen soll, muß ich zurückgeben: Was will man, bitte, von uns? Wir kommen mit dem derzeitigen System nicht klar, besser gesagt, die Krankenversicherung kommt damit nicht klar; es ist im derzeitigen System eine Unfinanzierbarkeit, eine zunehmende Behandlungseinschränkung zu verzeichnen. Wir erleben Tag für Tag, daß wichtige Behandlungen von der physikalischen Therapie bis zu ganzen Kuraufenthalten nicht mehr genehmigt werden, weil offensichtlich ökonomische Zwänge hier bereits Einfluß nehmen. Solange das der Fall ist, ist es schwer, daran zu denken, in die Pflichtversicherung auch noch alternative Methoden einzuführen, deren Be-



handlungswirkung zumindest noch umstritten ist. Darf ich daran erinnern, daß es bereits Versuche von Privatversicherungen gibt, dieses etwas enge Feld aufzubrechen. Ich könnte mir vorstellen, daß es — wie es in anderen Ländern teilweise möglich ist — auch in Österreich einen Wettbewerb gibt: einen Wettbewerb nicht nur des Vertrauens der Patienten zwischen den Ärzten, sondern endlich auch einmal einen Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherungen, sodaß hier mit etwas mehr Effizienz gearbeitet wird und vielleicht die eine oder andere Krankenversicherung in ihrem Programm anbietet.

Eines noch zur Diskussion über die Zielvorgabe des Rechtlichen überhaupt: Wie weit erwarten wir uns nicht vom Recht zuviel? Das wurde hier angesprochen. Ich möchte das unterstützen, ich glaube, wir sprechen hier alle — und ich habe das bisher auch heute noch nicht sehr ausführlich vernommen — viel zu sehr vom Materiellen. Mit Materiellen meine ich jetzt nicht nur das Pekuniäre, mit Materiellen meine ich auch das Rechtsmaterielle. Wir sprechen viel zuwenig vom immateriellen Bereich des Lebens, wir sprechen viel zuwenig vom Geistigen und Religiösen des Lebens, das uns immer mehr abhanden kommt und uns natürlich auch immer weiter von dem entfernt, was der Kollege Thomas hier noch erwähnt hat, wo früher vielleicht eine ganz andere Beziehung zwischen Arzt und Patient da war. Es ist vielleicht seltsam, wenn das ein Junger sagt, aber ich muß sagen, hier könnten wir von unseren Alten noch vieles lernen, was wir offenbar in der Eile nicht so ganz ausgeprägt mitbekommen haben.

Und weil heute schon einmal Goethe zitiert wurde, darf ich es auch noch einmal tun. Wer sich ein bißchen an den Faust erinnert — da sagt Goethe zu Recht: „Es schleppt von Geschlecht sich zu Geschlechte wie eine böse Krankheit fort.“ Also so zufriedene sind auch weise Leute mit der Zielfindung der Rechtlichkeit offensichtlich auch nicht. Danke.

Pichler: Ich habe gedacht, daß ich mit meiner Unterwerfungsgeste des Juristen in keinem guten Ruf stünde, eigentlich alles getan hätte, um nachträgliche Prügel nicht mehr ausfassen zu müssen — dem ist nicht Rechnung getragen worden. Ich verstehe natürlich auch, daß man die Juristerei als ein sehr begrenztes Fähigkeitenpotential einstufen muß, nur glaube ich als Rechtsproletiker daran, daß wir in der Rechtsordnung durchaus auch einen Schwung zu einer moderneren Kommunikation nehmen könnten insofern, als Sie es als Kollisionsinstrument nehmen, dort wo alles zu spät ist. Dann habe ich es natürlich auch nicht mehr mit zwei Seiten zu tun, die vermittelt werden wollen, sondern da passiert es dann meistens, daß einer wirklich recht haben will, und da bin ich aber schon wieder bei den Patienten-

rechten. Dann kann ich Ihnen tatsächlich, Herr Präsident, ja auch nichts anderes anbieten als Zivilrecht und Strafrecht, aber ich meine gerade, daß aus einem so diffizilen Bereich, wo Kunst und Wissenschaft so eng miteinander verwoben sind wie beim ärztlichen Tun, das Strafrecht wirklich die ultima ratio ist und man daher, wenn man dort nicht hinfallen will, alle anderen Rechtsstrategien vorher ergreifen sollte. Und da bin ich auch schon bei der Frage der Ethik und der Tauglichkeit der Ethik. Sehen Sie, ich selber neige auch sehr dazu zu meinen, daß man mit der Ethik letztlich mehr ausrichten kann, als man bisher versucht hat. Aber was wollen Sie denn in einer pluralistischen Gesellschaft nun aber wirklich tun, wenn der Konsens nicht zu finden ist? Ich habe es vorhin angedeutet, und es ist genau das dokumentiert worden, was ich vorher als Analyse schon erwähnt habe und was längst erkannt ist. Es prallen zwei Welten aufeinander, die eine ist die der absoluten Selbstbestimmung des Menschen mit allen Konsequenzen bis zu Suizid, bis zur Living-Will-Order, bis zur Law-Code-Order. Das alles sind sozusagen die Gegenstände, die wir in der passiven und aktiven Euthanasie-Diskussion besprechen, und auf der anderen Seite ein Menschenbild, das sagt: „Ich als Arzt weiß, was Dir gut tut“, zwei durchaus aufeinander verwiesene Konzepte, zwischen denen man sich irgendwann einmal entscheiden muß, und da würde ich auch dem Herrn Doktor Thomas nicht mehr folgen wollen, wenn ein Patient erklärt, daß er wissen muß, was er wissen will. Und insofern, Herr Doktor Thomas, stellt sich das Problem in dieser Schärfe, wie Sie es gezeigt haben, natürlich nicht immer, denn das, was Sie angesprochen haben, fällt von der Informkonst-Theorie, von der informierten Einwilligung in die Heilbehandlung ja dann ohnedies ins therapeutische Privileg. Und es ist gesicherter Kanon des therapeutischen Privilegs, daß immer dann der Arzt nicht nur das Recht, sondern die Pflicht hat, den Patienten vor der Information zu schützen, wenn erstens mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit — jetzt muß ich dazu juristisch argumentieren — eine Selbstgefährdung zu erwarten ist oder ein an sich zu erwartender Behandlungserfolg dadurch gefährdet werden könnte. Das muß der Arzt bei sich abschätzen, aber in der vollen Tragweite, daß er, wenn er sich dabei verschätzt, unter Umständen eines Tages darüber Rechenschaft ablegen muß, warum und wieso er nicht zu diesem Resultat gekommen ist.

Im zweiten Tatbestand gilt das therapeutische Privileg in allen Rechtsordnungen, auch in der gefürchteten Bundesrepublikanischen, dann, wenn ein Patient sich informieren zu lassen ausdrücklich weigert, dann bin ich als Arzt natürlich nicht verpflichtet, ihm seinen vollen Wahrheitsstand an den Kopf zu werfen. Drittens gilt auch für das therapeutische

Privileg, daß der Arzt, wenn er durch den Patienten oder ein Gesetz ermächtigt ist, diese Information an Dritte abzugeben, etwa zur Ordnung ziviler Angelegenheiten, ihm die Information natürlich nicht geboten werden muß. Also insofern glaube ich, kommen wir mit diesen juristischen Konzepten schon ganz gut über die Runden. Soweit zum therapeutischen Privileg.

Nun zur Frage der Patientenrechte an sich: Ich habe versucht, Ihnen die Vorzüge und Nachteile der Entwicklung von Patientenrechten in die Hand zu geben. Ich habe mich als Wissenschaftler einer einseitigen Stellungnahme zu enthalten, aber die Menschenrechte sind in aller Munde und sie haben uns wichtig zu sein, und scheint mir das autonomistische Konzept das der Gegenwart und das der Zukunft zu sein. Und das paternalistische, so wohlmeinend es auch wirklich gemeint sein kann, ich trete dagegen gar nicht auf, daß das eben zugunsten eines Selbstbestimmungskonzepts eben schon überholt ist.

Zur Frage, die auch angeschnitten wurde, wie es denn mit einem Patienten zu halten sei, der seinen Willen nicht mehr äußern kann: Nun, es ist eines unter Juristen klar, mit abnehmendem Diskretionsvermögen und Dispositionsvermögen hat der Jurist just an die Seite des Patienten zu treten, und alle Patientenanwaltschaftskonzepte sind dahin ausgelegt. Das ist ja gar nicht das Konzept der Patientenrechte, sondern mit zunehmendem Grad der Klientilisierung brauchen wir Ergänzungskonzepte, die dem Patienten in seiner Chancengleichheit auch dann immer noch an die Seite treten. Das ist also das wirkliche Patientenrechtskonzept. Ich glaube, das ist bei meinen Ausführungen untergegangen, daß die meisten der Patientenrechtskodizes im Bereich der Mentalpatienten sind oder im Bereich der Langzeit- und Altenpflege. Das ist sozusagen der höchste Klientilisierungsgrad, dort, wo der Betroffene unter Umständen seine Verletzlichkeit selbst gar nicht einmal mehr erkennen und orten kann und geschweige denn überhaupt in der Lage wäre, dagegen aufzutreten, und dort kommen Patientenrechtskonzepte immer stärker in Ergänzung dazu.

Juristisches Instrumentarium wirkt oft kommunikationsstörend, ich bleibe bei einem Bekenntnis, das muß man so nehmen, daß man ein Recht in einer Zeit, die auf Kommunikation setzt, durchaus im Sinne dieser Kommunikation, also als positives und verstärkendes Instrument verändern kann. Es kann dem Gesamtprozeß nur gut tun, wenn ein Gesetzgeber, gleichgültig ob auf Landes- oder Bundesebene, oder wie es mittlerweile passiert, auf internationaler Ebene, dem Patienten an die Seite geht und ihn sozusagen in das Zentrum des Geschehens rückt.

Es ist sehr gut von Ihnen beobachtet worden, daß wir die Patientenrechte jetzt auch haben, wir haben sie formuliert, als

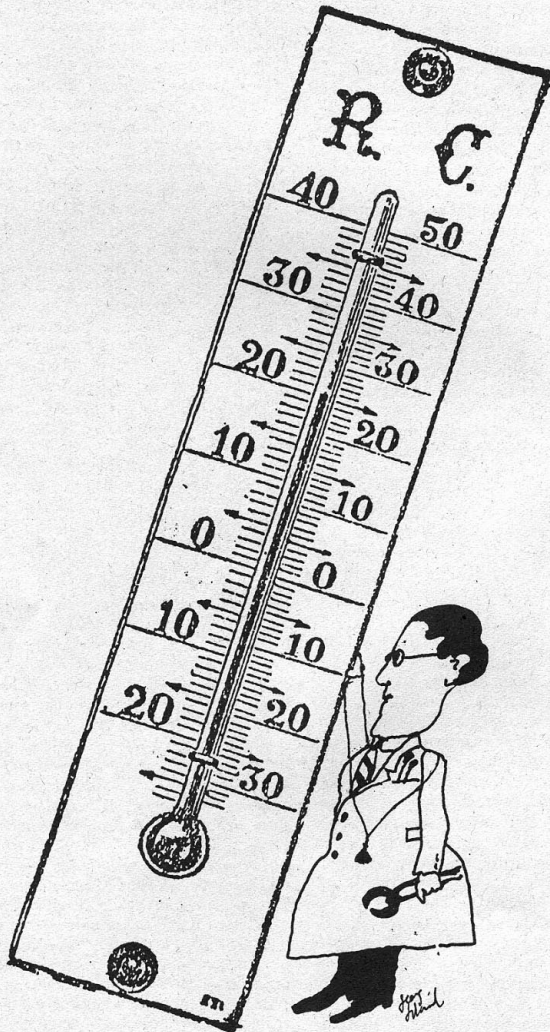
Pflichten für den Arzt, Pflichten für den Behandler, Pflichten für die Verwaltung, Bürokratie und Organisation. Und da gehen wir in den Menschenrechtsdiskussionen einen anderen Weg und sagen: Wenn ohnedies unbestritten ist, daß der Arzt nichts dagegen hat, daß das Personal nichts dagegen hat, dann kann ich sie doch gleich an den Patienten adressieren. Da kommt eben jener Satz zum Tragen, den ich heute im ORF-Landesstudio gerade noch hineindiktieren konnte ins Gerät: Eine wirklich unverdächtige Organisation, die EG-Krankenhauskommision, formuliert es in einem der Paragraphen so: Man muß dem Patienten klarmachen, daß er ein Recht auf Rechte hat. Das ist natürlich ein Aufklärungsprozeß, der da läuft und der laufen muß, und wenn so unverdächtige Organisationen dem an die Seite treten, dann läßt das schon einiges in Richtung Patient erwarten.

Ein letztes noch zu den alternativen Behandlungsmethoden: In kaum einem Land, das ich untersucht habe, ist diese Sache rechtlich geregelt, ausgenommen das regelungshypertrophe, aber trotzdem interessante Schweden. Das hat ein Alternativbehandlungsgesetz eingeführt, in dem, ähnlich wie im Psychotherapiegesetz — jetzt werden die Ärzte gleich hochspringen — eine gegenseitige Konsultationspflicht immer dann angeordnet wird vom Gesetzgeber, wenn der Patient eine Behandlung alternativer Art verlangt. Und zwar gleichgültig welcher, ob das jetzt die anerkannte Akupunktur oder anderes ist, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten geht dort eben so weit, daß auch in der Krankenanstalt alternative Behandlung dann zugelassen werden muß. Allerdings muß es zu einer gegenseitigen Konzentration zwischen Alternativbehandler und Traditionellbehandler kommen. Damit balanciert man aus, daß unter Umständen durch Scharlatane etwas verhackt wird, was nicht mehr reparabel ist, aber ein europäischer Gesetzgeber anerkennt, daß hier durchaus auch Produktives erreicht werden kann. Ein ganz interessanter Weg, wie mir scheint.

Krüger: Ich möchte mich bei dem Diskussionsteilnehmer bedanken, der die Bedeutung des Patientenanwalts außerhalb der Institutionen noch einmal betont hat. Dann möchte ich gleich nocheinmal auf das Thema Aufklärung kommen, das Herr Dozent Pichler ausführlich diskutiert hat, denn ein Aspekt beim Thema Aufklärung ist, glaube ich, noch nicht so deutlich ausgesprochen worden. Selbstverständlich soll der Patient nicht zwangsbeglückt werden. Der Arzt soll feststellen, was er dem Patienten zumuten kann, und dafür muß er sich auf den Patienten einstellen und dafür braucht er Zeit. Damit sind wir genau bei dem Problem, das in der Praxis einfach nicht funktioniert, denn heute heißt es, immer mehr und mehr Patienten in immer kürzerer Zeit zu versorgen. Wir hatten die

Klage in der Enquête der Salzburger Landesregierung seitens der Pflegeberufe, die sagten: Wir können einfach nicht mehr, wir sind an den Grenzen unserer Leistungsfähigkeit angelangt. Das gilt selbstverständlich auch für die Ärzte, und wir sind im Gesundheitswesen in Österreich in einer Situation, wo diese Mißstände offenkundig werden und andererseits einander Fakten gegenüber stehen, die völlig widersprüchlich sind. Wir haben zum Beispiel einen Fachärztemangel auf dem Land, und gleichzeitig wird in einem fort eine Ärzteschwemme beschworen, wir haben arbeitslose Jungmediziner, wir haben eine Alterspyramide. Diese Entwicklung ist seit Jahren bekannt, und man weiß, daß der Anteil der Bevölkerung, der eine besonders intensive medizinische und pflegerische Betreuung braucht, enorm zunehmen wird.

Daraus hat man die Konsequenzen bis jetzt nicht gezogen, und deshalb muß ich dem Herrn Recht geben, der gesagt hat, die Gesellschaft habe versäumt, für die Alten und Gebrechlichen zu sorgen. Der Pflegeberuf ist jahrelang unterbezahlt, in der Fortbildung vernachlässigt und im Ansehen unterbewertet worden. Die Schwestern müssen immer mehr und immer schneller arbeiten, und es fehlt ihnen die Zeit, sich dem Patienten zuzuwenden. Das Krankenhaus wird daher immer unmenschlicher. In Salzburg hatten wir jetzt die Situation, daß Schwestern gleich en bloc in einer ganzen Abteilung gekündigt haben, weil einige die Kündigung ausgesprochen hatten und die anderen sagten, wir sind einfach nicht in der Lage, deren Arbeit auch noch zu übernehmen. Auf diese Weise wird die Forde-



rung, Betten abzubauen, nicht in der geplanten Weise erfüllt.

Holzer: Ich will nochmals dem Richter antworten, der gesagt hat, unsere Referate entsprechen nicht der Realität. Es gehört nun einmal zu meinen menschlichen Grundrechten, auch als Arzt täglich Fehler machen zu dürfen, und es ist unbestritten, daß Mediziner und Ärzte Fehler machen, aber wir haben ein riesiges, ausgezeichnet funktionierendes Gesundheitssystem, und das, was Sie auf dem Gericht sehen, ist nur die negative, winzige Spitze des Eisberges, der noch enorm durch die Medien vergrößert wird. So ist unser System sicher nicht so schlecht, wie Sie es hier dargestellt haben.

Wenn ich noch etwas zu meinem Referat sagen darf, zur grundsätzlichen Philosophie: Für mich ist es in der Praxis sicher ein Ideal, das ich als Arzt erreichen möchte, das ich aber nicht sehr oft erreichen kann, denn die Mitarbeit des Patienten ist in dieser idealen Form eben sehr, sehr selten nur gegeben. Wir reden sehr oft über Selbstverständlichkeiten, wenn wir die Rechte des Patienten einmahlen, Selbstverständlichkeiten, die jedem Arzt eigen sein sollten. Ganz wesentlich kommt aber immer wieder das Versagen dieser Selbstverständlichkeiten als Versagen der Strukturen heraus, in denen wir einfach die Zeit nicht haben für die Selbstverständlichkeiten, weil die Struktur überfordert ist, weil wir zuviel Arbeit haben, zuviel Untersuchungen pro Patient machen, uns in unwürdigen Strukturen dem Patienten gegenüber befinden und dadurch wiederum durch unsere täglich gemachten Fehler Konfliktpotential erzeugen.

Krüger: Es wurde immer wieder gesagt, die Umsetzung wird letztendlich vom politischen Willen abhängig sein, und ich glaube, das stimmt auch. Der politische Wille, meiner Meinung nach, muß natürlich die Aufgabe haben, hinzuhören, wer der Hilfe bedarf, das kam hier ganz klar heraus. Hinhören auf den Patienten, auf das, was er braucht! Letztendlich kann jeder Patient werden, auch der Arzt und der Richter. Deshalb ist es hier fast nur eine Variantendiskussion, was letztendlich eingesetzt werden soll, ob ein Ombudsmann, ein Kontaktmann, mich stört dabei, daß es keine Frau sein kann, aber in Wirklichkeit könnte es ja auch eine Patientenanwältin sein, das alles kommt und ist wichtig. Ich glaube, es gibt aber eine ganz grundsätzliche Überlegung, die wir uns immer wieder vor Augen stellen müssen: Was uns alle so betroffen macht an diesem Gesundheitssystem, wo so viel fehlt, ist, daß es keine Vernetzung gibt. Nun, das Wort Sicherheitsnetz stammt aus der Welt des Zirkus, und das Sicherheitsnetz wurde dort aufgespannt, wo Gefahr ist, damit jemand aufgefangen wird. Und meiner Meinung nach gibt es in unserem Land sehr oft dort kein Netz, wo

der Mensch eben durchfällt, zwischen Spital und „Draußensein“, dort ist eigentlich kein Sicherheitsnetz. Ich möchte sogar weitergehen, es gibt zwischen Behandlung und Pflegefall wirklich auch nicht das richtige Netz, und es gibt auch zwischen Behandlung und Rehabilitation oder Kur kein Netz. Wir müssen also eine Vernetzung schaffen, und das ist deshalb so schwer, weil es letztendlich eine Verzahnung verschiedener Budgets erfordert. Und das ist eine neue Situation, denn jedes Budget versucht sich nicht nur abzugrenzen, sondern auch jeden, der dazukommen will, letztendlich dem anderen Budget zuzuordnen. Ich möchte ganz klar sagen, daß wir einfach ein Budget schaffen müssen, das für solche Vernetzungen zuständig und da ist. Es ist immer wieder die Rede von diesen 51 Schilling, die von Minister Löschner eingesetzt wurden als Verpflegungskostenbeitrag, man hat gesagt, Menschen, die im Spital sind — zuhause würden sie auch essen. Diese 51 Schilling wurden immer wieder angegriffen, man hat gesagt, es ist unsozial, sie zu verlangen. In der Steiermark ist es schön, daß man sehr klare Auskünfte über solche Abläufe haben kann, weil wir eben die Steirische Krankenanstaltengesellschaft haben, und ich weiß inzwischen, daß nur 33 % der Patienten diese 51 Schilling zahlen. Sie sehen daran schon, daß es sehr viele Ausnahmen gibt, das zeigt auch, daß durchaus sozial vorgegangen wird. Diese 51 Schilling, wurde immer wieder gesagt, die gehen unter in Organisation u. a. Ich habe kaum Gegenstimmen gehört, wenn darüber diskutiert oder abgestimmt wurde. Diese 33 % der Patienten zahlen in einem Jahr zumindest 48 Millionen Schilling. Ich glaube, diese 48 Millionen werden bei der nächsten Koalitionsverhandlung zur Diskussion stehen, und es ist einmal die Frage, ob es diese 48 Millionen weiter geben wird oder nicht. Es kann der Fall sein, daß sie wegkommen; mir würde das sehr leid tun, ich glaube, diese 48 Millionen sollten zweckgebunden sein, eben für eine Vernetzung. Es gibt viele Bereiche, die ich hier nicht anführen will, aber ich glaube, die Ombudsfrau — als Gegengewicht — wäre damit zu finanzieren und auch ein, zwei Psychologen, denn — wie Herr Präsident Routil schon gesagt hat — es geht auch weitgehend um ein atmosphärisches Problem. Dieses befindet sich im Vorfeld der juristischen Verhandlungen, es ist wahrscheinlich auch vieles motivierbarer und atmosphärisch zu verändern, wenn plötzlich der Zwang da ist, daß man eigentlich jemandem ein Recht zuordnen sollte. Die Menschen sind so wie die Blumen, die sich nach der Sonne richten. Wenn man weiß, das ist ein Recht, dann werden es auch viele Menschen wieder verlangen. Und ich möchte deshalb deporianieren, wir müssen ein Budget schaffen für etwas, das jetzt zwar immer gefordert wird, das jeder als sinnvoll erkennt, das aber letztendlich noch nicht die richtige Akzeptanz gefunden hat. Ich bin für diese

Vernetzung, und man müßte ein Netz schaffen für alle Bereiche, in denen der Patient bisher eben nicht genug beachtet wurde oder sogar durchfiel.

Ich heiße Nachbar. Ich finde, alternative Behandlungen können durchaus billiger sein, die Kasse entlasten. Ich bin selbst Patientin, PCP, ich war siebenmal in Krankenhäusern. Auf verschiedene Basistherapien habe ich leider Gottes unzufriedenstellend angesprochen, und so verwunderlich es auch klingen mag, in Rumänien habe ich von einem Arzt gehört und von einer Behandlungsmethode, es sind dies Infiltrationen rund um die entzündeten Gelenke, und dort bin ich so weit hergestellt worden, daß mein Knie, das damals operiert hätte werden sollen, im 78er-Jahr, eben nicht mehr operiert werden muß; hoffentlich bleibt es dabei! Ich habe dieses Wissen an verschiedenen Stellen bereits deponiert, ich habe barmherzige Ärzte angetroffen und unbarmherzige. Es gibt verschiedene Äußerungen. Die einen sagen, es muß was dran sein, die anderen sagen, es ist purer Zufall, wieder andere sagen, alles Scharlatanerie und Wichtigtuerei. Ich möchte sagen, daß diese Alternativbehandlung dort landesweit eingesetzt wird, in jedem Rehabilitationszentrum, aber es gibt eine Spezialklinik und einen Arzt, der der Nachfolger des Erfinders ist, und ich möchte gerne unseren Ärztekammerpräsidenten bitten, dieses Thema aufzugreifen und uns weiterzuhelfen. Wir sind eine lose Gruppe von ca. 30 Patienten, mit denen ich in Kontakt bin, die schon mehrmals nach Rumänien gefahren sind, wobei ich sagen muß, daß PCP in der Erfolgsreihe an allerletzter Stelle steht. Es gibt von der Rheumaliga in Deutschland einen Entscheid, daß die Kassa auch für Naturheilmittel, die von den Krankenkassen anerkannt sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten übernehmen muß. Eine Ersatzkasse hatte sich geweigert, die Kosten für eine erfolgreiche Behandlung mit einem Naturheilmittel zu übernehmen. Die Begründung, das Mittel sei noch nicht erprobt, seine Heilwirkung deshalb nicht nachgewiesen, trifft auch in diesem Fall zu. Im Westen ist diese noch nicht bekannt und noch nicht nachgewiesen. Der Patient hatte, bevor er einen naturheilkundlichen Arzt aufsuchte, in drei Klinikbehandlungen versucht, sein Leiden loszuwerden. Erst die Behandlung mit biologischen Medikamenten sprach bei ihm an. Das Gericht mochte sich der Ansicht der Gutachter nicht anschließen, daß es sich in diesem Fall um eine zufällige Spontanheilung gehandelt habe, bei der das Medikament medizinisch keine Rolle gespielt hätte. Es vertrat dagegen die Ansicht, daß ein Patient Anspruch auf Kostenerstattung hat, wenn er sich mit nachweisbarem Erfolg für eine Außenseitermethode entscheidet, die auch noch dazu wesentlich wirtschaftlicher und günstiger ist. Die Behandlung

ist schmerzhaft, aber sehr wirkungsvoll. Es sprechen nicht alle gleich auf sie an. Vielleicht kann uns jemand weiterhelfen.

Ich spreche bestimmt ganz kurz. Beruflich war ich Landesreferentin im Sozialdienst des Österreichischen Roten Kreuzes, hatte auch eine Beratungsstelle, ich war eine Ombudsfrau, und man hat sehr viel an mich herangetragen. Mich würde sehr interessieren, wer eigentlich bestimmt, ist das nur dem Arzt selbst überlassen, ob er die schreckliche Wirklichkeit — Krebs — ausspricht oder nicht? Wer bestimmt das eigentlich? Denn es gibt Ärzte, die mit ganz kalter Nüchternheit sagen: „Ja, leider muß ich Ihnen sagen, Sie haben Krebs.“ Und das ist furchtbar, das richtet den Menschen zugrunde. Jeder Patient würde sagen „bitte, sagen Sie mir, was habe ich, ich will es wissen“, das dürfte noch nicht der Grund sein. Den Verwandten sollte man es sagen, aber dem Patienten auf keinen Fall.

Ich möchte jetzt nur als Patientin sprechen. Ich war vor sechs oder sieben Jahren an einer Universitätsklinik, und zu meinem Hausarzt habe ich selbstverständlich Vertrauen, er hat mich überwiesen, und wenn ich kein Vertrauen hätte, würde ich den Arzt wechseln. Ich komme in die Universitätsklinik, das erste, was mir die diensthabende Schwester gibt, ist ein Zettel mit Durchschlag: „Ich bin mit den Behandlungen einverstanden.“ Ich weiß nicht, wie es um die Patientenrechte steht, wenn man als erstes von der Schwester so einen Zettel bekommt, den man unterschreiben muß, bevor man überhaupt ins Bett darf. Ich meine, das ist die primitivste Form des Menschenrechtes, daß mir der Arzt sagt, wir möchten das und das machen, dann sage ich ja, nein, oder erklären Sie mir warum. Aber ich kann nicht vor der Schwester unterschreiben, ich bin mit allem einverstanden.

Mein Name ist Berger, ich bin zur Zeit Turnusarzt in einem steirischen Krankenhaus. Ich möchte auch kurz etwas sagen. Sicherlich ist die Fusion zwischen Medizin und Technik in den letzten Jahren sehr fortgeschritten, wir verdanken der Technik zum Beispiel die Nierensteinerztrümmerung. Auf der anderen Seite ist es, bedingt durch den gewaltigen Ärzteüberschuß, heute so, daß viele Turnusärzte zu administrativen Tätigkeiten herangezogen werden.

Ich kann aus eigener Erfahrung sagen, daß ein Arzt in chirurgischen Tätigkeiten und für die medizinische Behandlung im Nachtdienst in einer Ambulanz vielleicht zehn Minuten benötigt, hingegen dann aber zwanzig bis dreißig Minuten an der Schreibmaschine sitzt und das ganze dokumentieren muß. Es wäre sicher wesentlich einfacher, das mittels Diktaphon festzuhalten, kurze Notizen zu machen und diese jenem Personal zu

geben, das hierfür ausgebildet ist. Das würde ein Zehntel der Zeit in Anspruch nehmen. Das gleiche gilt sicher auch für andere Abteilungen. Man bedenke, daß man in einer Stunde sechs Patienten medizinisch behandeln kann, hingegen dann aber zwei oder drei Stunden für die Schreibarbeiten braucht, dann kurz schlafen gehen und wieder aufstehen muß, daß der Arzt dann auch überlastet ist und manchmal nicht mehr die volle Konzentration hat, sich dem Patienten medizinisch zu widmen! Viele von Ihnen haben vielleicht auch den Artikel in der Kleinen Zeitung gelesen, über einen Turnusarzt in der Grazer Kinderklinik, der den Mut gefunden hat, einmal darüber etwas zu sagen. Dieser Turnusarzt wird in seinem Nachtdienst nur zu Schreibzwecken aufgeweckt und sieht das Kind oft gar nicht. Das ganze, über das ich gesprochen habe, ist der Werdegang eines praktischen Arztes in Österreich, der nach drei Jahren seinen Turnus abgeschlossen hat und dann nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht hat, zu helfen.

Dr. Maier, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Wir führen sieben Unfallkrankenhäuser, wir haben es also vorwiegend mit Kurzzeitpatienten zu tun, wir führen aber auch vier Rehab-Zentren und haben es daher auch mit Langzeitpatienten zu tun. Wir wissen also um die Beschwerden eines Kurzzeitpatienten und auch eines Langzeitpatienten. Ich glaube, man sollte hier nicht einen künstlichen Gegensatz weiter aufbauen oder schüren. Das Verhältnis Arzt — Patient ist immer schon ein Vertrauensverhältnis gewesen, es wird auch weiter so bleiben, bei Aufbau aller Rechte, die selbstverständlich sind, das brauchen wir gar nicht zu diskutieren. Ich habe heute eigentlich keinen Gegensatz zwischen Ärzten und Juristen gefunden, alle waren der einhelligen Meinung, es soll ein gegenseitiges partnerschaftliches Verhältnis da sein. Ich glaube, man sollte das nicht weiter problematisieren. Ich bin sehr froh, daß Frau Krüger den Streß, dem das Pflegepersonal ausgesetzt ist, angeschnitten hat. Ich bitte, auch das immer wieder zu bedenken, die Anforderungen, die Wünsche werden immer größer, das Personal ist total überlastet. Und da können Fehler passieren, auch der Herr Dozent hat das gesagt, und das sollte einfließen in alle unsere Überlegungen. Jeder Patient, der unrichtig behandelt wurde, dem ein Unrecht widerfahren ist, soll selbstverständlich sein Recht durchsetzen können. Keine Frage, das ist im gesamten Rechtsleben überall so, aber ich bitte wirklich darum, daß man da nicht Feindschaft sät und Begehrlichkeiten weckt, die unser ganzes System dann letztlich in Frage stellen können.

Ich möchte heute nicht fortgehen, ohne zwei Institutionen zu erwähnen, nämlich die der Sterbehospize, wo Patienten, die

austherapiert wurden, bis zu ihrem Tod gepflegt werden bzw. die Verwandten geschult werden, diese Patienten auch mit nach Hause zu nehmen, damit sie dort sterben können, und die Institution der Trauerzimmer in den Krankenhäusern. Das ist ein Ort, wo ein Patient, der eine Diagnose erfährt, mit einem Beistand trauern kann, in dem er seine Wut oder Enttäuschung loslassen kann. Diese Trauerzimmer würden ja wohl auch für die Verwandten von Verstorbenen dienen, und ich glaube, da sollte man einen Ort, wo Tag und Nacht Betreuung ist, schaffen, und wo vielleicht auch von allen Konfessionen her Beistand zu erwarten wäre.

Mein Name ist Nachbauer, ich bin Gelegenheitspatient, und ich möchte sagen, ich verdanke mein Leben unter anderem der erfolgreichen Kunst der Schulmedizin, ich bin also der Schulmedizin sehr zu Dank verpflichtet.

Ich habe aber auch ein kleines Leiden gehabt, das ich mit schulmedizinischen Methoden nicht weggebracht habe, wohl aber mit Alternativmedizin. Ich meine, es hat beides sein Recht, und wir sollten, und da bin ich dem „Modell Steiermark“ sehr dankbar, daß es diesen Schritt getan hat, einen Beginn zu setzen, sich um alternative Behandlungsmethoden auch im Rahmen der Patientenrechte zu kümmern, und das ist sehr begrüßenswert. Doch ich frage: Wer macht den ersten Schritt, denn alles ist in Gesetzen festgeschrieben, wie wir wissen; ich bin, nebenbei bemerkt, auch Jurist, und wenn wir die Gesetze nicht ändern, dann gehen wir im Kreis. Also müßte der Gesetzgeber dazu gebracht werden, daß die Alternativmedizin in verschiedenen Bereichen unseres Lebens sicher auch ein Recht hat und daß wir als Patienten zu diesem Recht kommen können.

Ich habe nur eine Frage, aber die richtet sich an jeden einzelnen von Ihnen auf dem Podium. Was ist für Sie der gravierendste Punkt, und bitte nur einen, der zu ändern ist, damit die Patientenrechte bessere Geltung erhalten? Und jetzt bitte keine Absichtserklärungen, sondern einen pragmatischen Ansatz!

Holzer: Ich möchte noch zu dem Thema der Einverständniserklärung ganz kurz sagen, solche pauschalen Unterschriften sind sicher wertlos. Das, was nur gilt, ist das aufklärende Gespräch im Einzelfall. Zum Thema Sterbezimmer — Trauerzimmer: Das Ziel jedes Menschen ist, auch wenn er krank ist, die Integration unter die Gesunden bzw. in der gewohnten Umgebung belassen zu werden, auch wenn man schwerstkrank ist oder im Sterben liegt. Hier kommt es aber zu einem ständigen Konflikt zwischen den umgebenden kranken Patienten, die sehr selten den Sterbenden neben sich tolerieren. Und das, was wir als Ärzte machen können, ist eben, einen Kompromiß zu schließen,

indem wir eben schauen, wie weit das die anderen Patienten auch tolerieren und was der eigentliche, und das ist hier sicher im Vordergrund, der wesentliche Wunsch der Sterbenden ist. Im allgemeinen sollte es sein, daß man die Familie, die Angehörigen zu integrieren versucht, das ist in Krankenhäusern oft sehr schwer möglich und schafft dann Bedingungen, wo man isolieren muß. Ich würde das nicht immer so total negativ sehen, sondern das ist eine pragmatische Realität, die wir sehr individuell zu lösen versuchen, und was mein gravierendster Wunsch ist, eben die würdige Struktur, denn das ist prophylaktische Rechtsverhinderung sozusagen, also Katastrophenverhinderung.

Krüger: Ich darf zunächst einmal auf die Feststellung kommen, daß Alternativmedizin mitunter doch viel günstiger als Schulmedizin sein kann, es gibt aber auch in der Schulmedizin Bereiche, die wesentliche Einsparungen bringen könnten, und da möchte ich als Beispiel die Patientenschulung der Diabetiker erwähnen, für die ich seit acht Jahren tätig bin. In diesem Bereich wurde eindeutig erwiesen, daß durch eine intensive Patientenschulung die Krankenstände und Krankenhausaufenthalte drastisch reduziert werden können. Wenn man aber zur Krankenkasse geht und darum ersucht, bei dieser Patientenschulung — ich spreche jetzt von der Selbsthilforganisation — unterstützt zu werden, dann schläge derjenige nur die Hände über dem Kopf zusammen und sagt: „Kommen Sie mir nicht mit Kosten-Nutzen-Analysen, ich habe mein Budget für ein Jahr und weiter kann ich nicht denken bzw. mich festlegen.“ Ich möchte aus diesem Grunde die Forderung seitens der Patienten aufstellen, daß der Gesundheitsökologie in Zukunft wesentlich mehr Raum eingeräumt werden müßte. Es gibt weite Bereiche, es ist ganz klar, daß mit den vorhandenen Geldmitteln nicht alles abgedeckt werden kann, aber es gibt weite Bereiche, in denen wirklich gespart werden könnte. Ich möchte da auch nur nebenbei das Problem erwähnen, daß Patienten jahrelang auf Nierentransplantationen warten und die Kassen, anstatt den Patienten in einem anderen Bundesland zu finanzieren, eine doppelt so teure Dialysebehandlung bezahlen. Diese Fälle haben wir in Österreich, und wir haben in Salzburg eine sehr aktive Selbsthilfegruppe, die diese enormen Widersprüche, die sich da aufgetan haben, sehr deutlich gemacht hat. Dann darf ich noch auf die Frage kommen, ob Wahrheit den Patienten vernichten kann. Das Patientenforum hat in Salzburg daran mitgewirkt, daß die Supervision dort im Krankenhaus eingerichtet wird, und wir konnten erreichen, daß im Rahmen der Supervision die Krankenhausmitarbeiter eigene Gesprächskreise für das Gespräch mit dem schwerkranken, dem sterbenden Patienten haben,

denn sie sagen: Uns sagt ja keiner, wie wir mit den Patienten umgehen sollen. Ich glaube, auch das wäre ein Weg, um die Situation etwas zu erleichtern. Eine Sache ist mir persönlich unklar: Warum wird ein Turnusarzt mit zuviel administrativer Arbeit belastet, wenn es zuviele Ärzte gibt? Ich glaube doch eher, daß es da ein innerbetriebliches und organisatorisches Problem gibt. Damit sind wir wieder beim Punkt der Überlastung des Personals; die Krankenhäuser haben sich beim Personal in den letzten Jahren selbst krankgespart. Dem steht eine Apparatemedizin, die Millionen verschlingt, gegenüber, und das Personal, um die Apparate zu bedienen, fehlt. Also auch hier ein Widerspruch, der aus Patientensicht einfach unverständlich ist!

Pichler: Ich kann soviel an dem, was Herr Kollege Holzer angeboten hat, mittragen, daß es mir fast leid tut, daß ich an einem Punkt Bedenken anmelden muß. Das ist der eine Punkt, wirklich der letzte dann, daß ich nicht dazu neigen würde, den Umstand, daß in Österreich Patienten in einem ganz geringen Maße rechtsförmlich gegen vermeintliche oder wirkliche Injurien anzugehen versuchen, als Attest für Qualität zu nehmen. Sie haben gesagt, in Österreich haben wir wenig Beschwerden, also scheint das insgesamt gut zu sein. Die Rechtsstatsachenforschung zeigt uns nämlich, daß der Patient relativ klar seine Chancen abschätzt, und die sind also wirklich nicht bezaubernd, auch wenn das Rechtsinstrumentarium an sich vorhanden ist. Frau Präsidentin, zu Ihnen noch: Ihr Ansatz ist so grandios, daß Sie gleich im Stil des wirklich guten Politi-



kers sagen: „Wo nehme ich es her?“ Daß ich diesen Schritt gehe, ist entschieden, ich muß nur wissen, wie ich es finanziere. Der von mir heute schon einmal erwähnte Organisationspsychologe Ziegenfuß hat für amerikanische Verhältnisse eine Kostenrechnung erstellt, und da hakt es natürlich, das muß ich schon sagen. Er rechnet, es kosten diese Subsidiaries für Patienten 38 Cents pro Tag des Patienten im Krankenhaus. Das müssen Sie nur hochrechnen, aber man muß natürlich auch bedenken, was das bringt. Man muß fragen: Welchen Nutzen ziehe ich daraus? Da muß man wahrscheinlich auch Ökonomen drüberlassen und fragen: Was ersparen wir uns an allfälligen, sonst stattfindenden Prozessen, an Reibungsverlusten, die wiederum Personalkosten nach sich ziehen usw.? Ich würde Ihnen empfehlen, einmal eine gesundheitsökonomische Studie anzufertigen. Ich glaube schon, daß man es einigermaßen exakt berechnen kann.

Ein nächstes Problem, Frau Präsidentin, das Sie mir gemacht haben, ist die Formulierung Ombudsmann/Kontaktmann. Das sind schwedische Termini, die sich nicht dazu verwenden lassen, auf eine maskuline Empfehlung hinauszukommen, also die würden Sie bei mir nicht kriegen. Ich kämpfe auch noch an der Frauenrechtsfront — das ist paradox, aber es ist so. Das heißt, Ombudsman ist eine Kurzform von „omnibus mandatis“ — im Auftrag aller — und es wird mit einem N geschrieben. Es ist eine verballhornte Form, und selbstverständlich setzt sich auch „Ombudsrau“ und „Kontaktfrau“ schon durch, aber der Originalterminus lautet — und ich habe mir, weil ich in einem Interview als Übersetzung von „Ombudspeople“ „Ombudsleute“ sagte, wiederum den Unmut eines Ombudsmanns zugezogen. Ich möchte nur nicht, daß mir unterstellt wird, daß Ombudsmann irgendetwas mit Doppel-N zu tun habe.

Ein Vorletztes, Herr Doktor Maier, ich teile Ihren Ansatz, der zur Versöhnlichkeit neigt, ganz, wenigleich ich das Argument nicht ganz teile. Sehen Sie, Vertrauensverhältnisse hatten wir immer schon, in Ehen, im Eltern-Kind-Verhältnis, und schauen Sie, wie sehr die beiden Beziehungen sich gewandelt haben, durchaus zum Besseren, wie ich glauben würde. In Zusammenhang damit steht auch Ihre sehr vorsichtige Frage: „Was kann das Recht dabei tun?“. In einer Gesellschaft, die bei zunehmendem Pluralismus wohlberaten ist, sich weiterhin auf das Legalitätsprinzip zu stützen, können Sie alles, was Sie in dieser selben Gesellschaft verbindlich haben wollen, nur mit Hilfe des Rechtes machen. Das ist der springende Punkt, ansonsten verstehe ich Ihr Unbehagen am Recht als Jurist auch ganz gut. Ein Letztes zu Ihrem Wunschzettel an den Weihnachtsmann: Die Evolution geht den Weg der tausend Schritte, es ist keiner für sich allein der seligmachende, aber wenn Sie mich ganz schnell fragen würde ich aufgrund meiner Kenntnis der internationalen Szene sagen: Wenn man dem Patienten an die Hand gehen will, und das ist mein Ansatz, dann ist wohl der außerhalb der Anstalt anzusiedelnde Patientenanwalt, unabhängig von der Frage, welche Kompetenzen er

hat, der erste Schritt zu etwas wie Waffengleichheit, indem man den Patienten einfach in seiner Stellung aufbessert. Ich bleibe dabei, daß ich gesagt habe, alle Befunde, alle Analysen deuten darauf hin, daß in diesem Gesundheitswesen im Grunde alle Beteiligten am gleichen Leiden kranken — Anonymität, Maschinisierung, Apparatisierung, Zeitdruck, Entfremdung u. a. — und der, der am relativ schlechtesten dran ist, ist der Patient, und daher meine ich nach wie vor, daß eine klare Positionierung des Patienten in seinen Ansprüchen, in seinen Rechten zu mindestens einmal diesem relativ Schlechtestgestellten in diesem Getriebe einfach mehr Rechte gegeben werden sollten. Ich danke Ihnen.

Rutil: Ich möchte, bevor ich selbst zum Schluß komme, noch kurz auf einzelne Wortmeldungen aus dem Publikum eingehen. Zuerst zur Frage der Alternativmedizin und der Frage von Frau Nachbar: Hier kann ich meinerseits Vermittlung anbieten. Ich habe das neugegründete Referat für alternative Heilmethoden bereits erwähnt, hier können wir gerne in Kontakt treten. Was die Rheumastation anbelangt, ist dies selbstverständlich eine Forderung, die wieder einmal und mit Nachdruck an die Verantwortlichen im Land Steiermark und in der Steirischen Krankenanstaltengesellschaft zu richten ist. Hier finden Sie sicherlich unsere vollste Unterstützung. Die Frage der Ausbildung, die Kollege Berger angesprochen hat, möchte ich auch nicht gerne so im Raum stehen lassen. Daß der Personaldruck, der Personalmangel zu Zweckentfremdung auch der Ärzte führt, obwohl es andererseits eine Ärzteschwemme gibt, hat sicherlich seinen Grund in der nicht spezifizierten Ausbildungsfunktion, obwohl — und das muß ich jetzt zur Ehrenrettung aller Beteiligten, die sich hier schon jahrelang und jahrzehntelang den Kopf zerbrechen, sagen — ausreichend Modelle vorliegen, ausreichend Kataloge ausgearbeitet sind, welche Ausbildungsinhalte für den Praktischen Arzt notwendig sind. Wir haben definierte Ausbildungsziele im Rahmen einer Akademie für Allgemeine Medizin, es fehlt wie immer am nötigen Geld, am nötigen Budget, um den von uns allen im Ärztegesetz bereits durchgesetzten, gewünschten Ausbildungsassistenten für jede Abteilung Realität werden zu lassen. Damit muß ich auch mit dem weitergehen, was die Frau Krüger auch angesprochen hat, das Thema der Personalüberlastung und des Widerspruches, daß Millionen für Apparate ausgegeben werden, beim Personal aber gespart wird. Das war übrigens einer der ersten Sätze des jetzt nicht mehr amtierenden Direktors der Krankenanstalten Ges.-m.b.H., daß er hier einsparen werde — das gilt es aufzulösen, und auch hier wird es neuerlicher Budgetmittel bedürfen. Und damit komme ich zu Ihrer Zwölferfrage. Es gibt so viele Ansätze im gesamten Gesundheitswesen, in der gesamten Diskussion, und die sind nicht zu lösen, ohne daß das uns alle eine schöne Stange Geld kosten wird. Was wir tun können, um auch dem Patientenrecht zum Durchbruch zu ver-

helfen, ist einmal alles das, was an Erkenntnissen und an Konzepten vorhanden ist, aufeinander abzustimmen und endlich in die Realität umzusetzen. Das ist das eine, aber ich möchte mit dem schönen Mammon nicht enden. Wir wissen alle, daß sehr viel sozialisiert ist an der Art, wie wir als Angestellte in den Spitälern, sei es als Pflegepersonal, sei es als Ärztschaft, arbeiten können und müssen. Und wenn Menschlichkeit als Basis für ein Patientenrecht verlangt wird, so muß diese Menschlichkeit auch dem dort arbeitenden Personal einmal zugestanden werden. Nur dann wird es instande sein, ohne die bereits mehrfach zitierten Eingengungen, die ich nicht mehr wiederholen möchte, dieser Menschlichkeit, die, glaube ich, für alle auch heute das Motiv, sich zu beteiligen, war, zum Durchbruch zu verhelfen. Ich danke Ihnen.

Krüger: Ich werde mich bemühen, nur einen Satz zu dieser „einfachen“ Frage zu sagen. Ich glaube, die Einsetzung einer psychologisch geschulten, rechtlich definierten Ansprechperson würde als erstes schon einmal sehr viel atmosphärisches und auch direktiv gerichtetes Spannungsmilieu schaffen.

Karisch: Ich möchte nur ganz kurz auf diese Zwölferfrage antworten. Ich glaube, wir brauchen mehr Partnerschaft und mehr Menschlichkeit in der Beziehung Arzt—Patient und Pflegepersonal—Patient. In der Ehe, in der Familie, überall haben wir heute mehr Partnerschaft, das entspricht ganz einfach unserer demokratischen Gesellschaftsordnung. Sie wird in der Medizin auch nicht aufhaltbar sein. Ich bin davon überzeugt, daß dieses Thema, das wir heute einmal angeschnitten haben, uns in den nächsten Jahren sehr stark beschäftigen wird, ich bin überzeugt davon, daß wir eine Kodifikation der Patientenrechte bekommen werden, nicht gegen die Ärzte, nicht gegen das Pflegepersonal gerichtet, zum Nutzen beider und im Sinne nicht einer Kollision, sondern einer Kommunikation, wie der Herr Dozent Pichler das gesagt hat. Vielleicht noch einen kleinen Vorschlag aus Skandinavien: Dort gibt es eine Versicherung, es gibt dort ein Ärztehaftpflichtgesetz mit einer Art Erfolgshaftung wie das Produkthaftpflichtgesetz. Das hat etwas Positives: Ein objektiv entstandener Schaden wird versicherungsmäßig abgegolten. Der Arzt steht nicht im Scheinwerferlicht, er ist nicht der Böse, und der Patient muß nicht sein Verschulden nachweisen. Ein kleiner Fehler des Arztes wird planiert, es wird nicht festgestellt, wer schuld war, nur wenn es etwas ganz Grobes war, dann kommt vielleicht der Staatsanwalt, dann kommt vielleicht ein Regreß. Aber die vielen kleinen Fehler, die jedem Schneider, jedem Bäcker, jedem passieren können, die wir auch den Ärzten und dem Pflegepersonal zubilligen müssen, die werden abgegolten, und das führt zu einem besseren Verhältnis zueinander. Das wäre vielleicht auch noch eine Möglichkeit.

ZWISCHENGELAGERT

oder Khalil Gibran: Und euer Leib ist die Harfe eurer Seele

Langsam wälzt sich der Osten mit seinem „Alles ist möglich“ über täglich zur Bedeutungslosigkeit gelebte Horizonte: schickt sich an, Kalenderblätter in Büros zu fressen, Tage, Zeit abzuhaken... scheucht Bauern aus den Betten... Bauern, jene letzten Hüter von Zeit, letzte ehrfürchtige Wärter deren Absolutheit... und Schichtarbeiter, unfreiwillige Symbole menschlicher Machtansprüche, Symbole des Hochmuts, Zeit zu relativieren, um ihr ein Mehr abzupressen... Der tägliche Osten, der Morgen, von Tausenden verächtlich gähnend beschimpft, von Tausenden erwartet, herbeigeseht, um dem verzweifelten Streit der Gedanken in den weichen Federbetten, diesen „nächtlichen Ausdeutungslagern“, ein gnädiges Ende zu setzen. Das Licht aus dem Osten wezeichnet den Morgen und setzt der quälend langen Krankenhausnacht ein Ende... verlöscht blaue oder grüne Nachtlichter über Türstöcken, Positionslichter des Seins, des gesunden Seins von draußen: in Gestalt der Nachtschwester herbeiklingelbar, rußbar — und doch nicht als Anspruch abrufbar, denn in den Mauern zwischen draußen und drinnen nisten Krankheit und Mangel und Defizit — und Tod...

Krankenhausnächte: angeschlafen mit Schlaftabletten, jenen barmherzigen Fahrkarten aus dem Bewußtsein, dem so mühselig bewußten Sein... und doch in Vielbettzimmern nach kurzer Zeit wachgeschnarcht von leidensfesten oder nur zum Schlaf begnadeten Bettnachbarn, hochgeschreckt von Leibschüsselgeklapper, fortgewimmert von Schmerzenswehklagen... Krankenhausnächte: an makellos weißen Decken gestarrte Lebensraster und ein oft fruchtloses, verzweifelteres Rütteln an den unerbittlich starren Stäben physischer und psychischer Seinskäfige... fruchtlos, weil es keine neuen Seinsimpulse gibt... und mehr oder minder engagierte Nachtschwärmer kämpfen einen oft aussichtslosen Kampf gegen Quantitäten: jene, die sie an fünf Betten gleichzeitig klingeln... Quantitäten in Vielbettzimmern, mancherorts wenigstens schon auf sechs reduziert. Und während am Tag Ärzte mit Wissen und Erfahrung die Krankheit bekämpfen, machen sich nicht ruhen wollende nächtliche Seinskobolde, die in wachen Seelen wüten, genüßlich ans Werk... stellen die wunde Seele dem heil werden wollenden Körper als Hürde in den Weg. Krankheit, das dicke Ätsch, das ein Ohne vor unsere Macht setzt, diese sich zur „Ohn-Macht“ fiebern läßt. Krankenhaus — gemauertes Alarmsignal für Seinsbedrohung... Krankenhaus — öffentlich offenes Nicht-mehr-heil-

Sein... Krankenhaus — zumeist unbewußt vertane Chance auf Solidarität: sich im Leiden zu solidarisieren, es im Miteinander aufgehoben wissen, um sich für Augenblicke daraus fortzustehlen, sich davon zu abstrahieren, sich außerhalb zu stellen, um Wege zu erkennen, diesem beizukommen... Krankenhaus — natürlich auch Rettungsanker, Landeplatz, wo geschickte Chirurgen das Sein schneidend, schweißend und nähend reparieren... täglich in zumeist faszinierend modern eingerichteten Operationssälen dem Tod, jenem oft so gefürchteten Nicht-Mehr, mit laserscharfen Skalpellenden zuleiberücken... ihr Wissen und Können in offene Wunden deponieren, um ein Vielleicht-Doch einzunähen... in der Chirurgie, da Mängel zum Güteil klar diagnostizierbar sind, faßbar... Chirurgie, da der Mangel, das Nicht-mehr-heil-Sein, das Kranksein „Hörner“ hat, an denen man es packen kann... Chirurgie, eine „Externe“, in der das Unheil von außen kommt... oder in Tumoren oder Geschwüren zumindest scheinbar „neben“ der Seele liegt...

Dort aber, wo sich mühseliges Leben in unzähligen Tagen krankgestoßen hat, wundgestoßen, regiert mit manchmal beängstigend sturer Beharrlichkeit das Nicht-Mehr... In eine Interne bringen Menschen zumeist auch nur ein Daß, das Weil, für den Kranken oft selbst gar nicht faßbar, bleibt verschämt zurück: in unlösbaren menschlichen, besser unmenschlichen, Beziehungsproblemen auf Gehöften, in Geschäftslokalen, eleganten Appartements oder engen Gemeindewohnungen, in zerbrochenen Ehen oder erbittert ausgetragenen Nachbarfeinden... und die Internisten müssen ihre Schlüsse allemal aus Gleichungen mit allzu vielen Unbekannten ziehen... müssen mit unendlich viel Phantasie und Menschenkenntnis, Lebens- und Berufserfahrung den Bedingtheiten der Krankheit an den Krängen gehen, ohne alle Bedingungen zu kennen... zur Diagnose EKG und Laborwerte im Blickfeld, doch unabdingbar die kranke Seele im Gesichtsfeld... die Interne, wo Menschen nach innen bluten... die Interne, wo unabänderlich Vergangenes das Jetzt krank macht und dem Morgen die Zeit stehlen will: Seinszeit, Lebenszeit...

Geschickte Chirurgen und erfahrene Internisten: über dem gelbfahlen Leichenweiß todgeweihter Krebspatienten eint sie die Begrenztheit von Geschicklichkeit und Wissen, von Erfahrung und Bemühen und Willen... dort, wo Metastasen gierig das Sein auffressen...

Und nicht ein Krankenhaus, ein „Lebens-

haus“ auf Gebärdstationen, wo sich das Sein im Schreien der zu Noch-nicht-Sein begnadigten Babies noch nicht seiner Ohnmacht schämt, noch nicht des Andere-Brauchens... wo es das Beanspruchten noch jederzeit laut herausschreit... bis es in zäh vertropfenden Jahren in Richtung Interne zusehends verstummt... dort das Andere-Brauchens nicht mehr als hörbarer Schrei, sondern eine traurige Metamorphose durchgemacht zur Krankheit: diese nicht nur, aber auch ein sprachloses Flehen um Zuwendung...

Aber spätestens dort, wo sich der Tod seine Gespielen aus Krankenhausbetten holt, mußte man Gott als „obersten Spitalsverwalter“ erkennen. Gott, oft beiläufig als des Todes plakativer Weggefährte in Krankenzimmern auf corpusculis Kreuzen an kahle Wände symbolisiert: zum Anflehen und Anklagen, Wehklagen, zum Bitten und Danken... und Gott sagte zu Moses: „Du sollst dir kein Bild von mir machen!“ Doch heute, da wir täglich in dieser zeichen-, mythen- und gestenlosen Zeit mit hängender Seelenzunge den Ansprüchen unseres Jahrhunderts, rational und möglichst gefühlkeimfrei Geistmensch zu sein, nachhetzten, mußten wir wenigstens unser Nicht-Mehr, das Unvermögen, die Hilflosigkeit, die Ohnmacht, das Kranksein, Nicht-mehr-heil-Sein unter ein Kreuz stellen können, das uns mit einem holzgeschnitzten, metallgegossenen oder gipsgeformten totgelittenen Corpus Christi, einem Gott zum Anschauen und „Anfassen“, dessen Barmherzigkeit vorsolidarisiert... um mit mehr Hoffnung jene zu stärken, die nicht glauben können...

Der Morgen... wenn Betten gemacht, Leibschüsseln verteilt und Temperatur gemessen wird, wenn der tägliche „Offenbarungseid“ bezüglich des Stuhlgangs fällig ist... wenn vielbeneidet, weil mobile, Frauen in ausgemotteten, wattierten Kunstfaserschlafrocken, auf denen großflächig Blumen Lebensfreude mimen, ihre steifen Beine vertreten... wenn Damen die für diesen Zweck eigens neuanengeschafften prächtigen Morgenröcke wie auf einem Laufsteig spazierenführen... wenn Männer in an eine Gefängnisnacht erinnernden gestreiften Anstaltspyjamas oder in lässig sportlichem Frottee sich für den Tag rüsten... Der Morgen, wenn in vierrädrigen, stolz tadellose Hygiene präsentierenden Containern eine erstaunliche Vielzahl verschiedener Frühstücke auf Verteilung wartet... in Kaffee oder Nicht-Kaffee, Wurst oder Nicht-Wurst manifestierte Individualität... dabei hätte man auf alle Fälle lieber das Frühstück des Bettnachbarn!

Die Visite... die gespannt erwartete... jene weißbemaßelte Anhäufung von Wissen und Erfahrung; jene allmächtig scheinenden Urteilsverkünder, bedingte oder unbedingte Urteile aussprechend... allmächtig? Nur mehr zum geringen Teil, oft in nur mehr technisch managebaren Großkliniken oder von Unverbesserlichen angemaßt: ansonsten zumeist eine aus der Ohnmacht des Krankseins dem Arzt zugeschobene Macht, wie ein Schwarzer Peter, den dieser kraft seines Auftrags behalten muß... oft in einer für ihn selbst manchmal unerträglichen Absolutheit aufkrotyriert. Visiten, die nicht nur reich bestückte Verbands- oder Medikamentenwagen vor sich herschieben und kopfwiegend in Krankengeschichten blättern, einen „Fall“ vor sich sehen, sondern sich bewußt mit einer Aura seelenwärmenden Menschseins ans Krankenbett stellen... und erklären und selbst fragen und oft mit einem einzigen Allerweltsscherz wohlthuendes Vertrauen einflößen. Visiten, da sich allerbetts ein jeder ohne Scheu zu Fragen und Bitten rüstet... aber wer kennt sie nicht auch: die Visiten, deren vorbeihendes Weiß lähmende Spannung im Schlepptau hat, da nicht weises, nur wissendes Weiß Zensuren verteilt, Befehle gibt und Urteile verkündet... den Betroffenen keinerlei „Parteienstellung“ zugesteht...

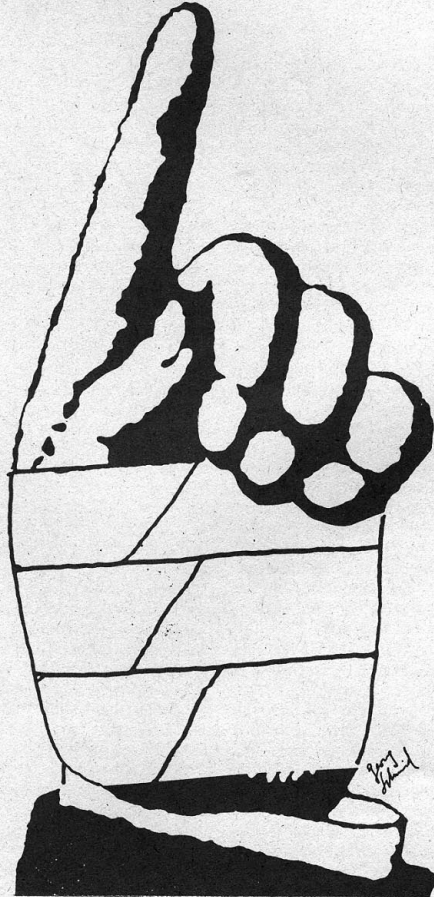
Der Vormittag... Blutdruck wird gemessen, Puls gezählt, Medizin verteilt, Blut gezapft... klappernde geschäftige Vormittagsroutine — unterbrochen von Putzfrauen, die sich über die (weg-)wischleichte sterile Öde unserer Zeit hermachen... unterbrochen von dunkelhäutigen Zeitungsverkäufern: Außenseitern, die Außenseitern zu Geschichte schwarzgedruckte Zeit verkaufen... Ausländer, die man aus Langeweile klischeehaft auf wüstendurchquerende Kamele denkt oder sie schwatzend in längst verschwundenen Nomadenzelten hocken sieht... und wachsende Spannung auf das Mittagessen: weichgekochte, ungewohnte Vielfalt oder bemerkte Unausgewogenheit... hastig genossen oder angewidert beiseitegeschoben, um frei zu sein für den Höhepunkt des Tages:

Die Besuchszeit... wer kommt heute? Kommt „wer“? Kommt jemand? Und blitzartig füllen sich die engen Zwischenräume zwischen den Betten: mit mehr oder minder lästigen, quengelnden, weil gelangweilten, Kindern, mit manchmal hilflosen Angehörigen, mit einem Hauch von schlechtem Gewissen den Kranken erleichtert gut „aufgehoben“ wissend... gelagert. Zwischengelagert? Zwischen dem Ja und dem Nein, zwischen dem Nicht-Mehr und Vielleicht-Doch, manchmal zwischen Leben und Tod... manche Besucher hilflos verlegen — und haben nicht einmal mehr die Krankentafeln, aus denen sie, Fieberkurven stümperhaft interpretierend, ihre eigentliche Sprachlosigkeit kaschieren... moderner Datenschutz hat ihnen diese willkommene Möglichkeit dazu genommen. Besuchs-

zeit: manchmal auch mutig oder selbstverständlich genützt, um Liebe zu zeigen, zu formulieren, sie auf welke, müde Haut zu streicheln... Und in Abstellkammern warten Preßglasvasen, sich verächtlich der vergangenen Gewöhnlichkeit von Gürkengläsern erinnernd... warten auf billige Sträuße oder — dann selbst etwas beschämt — auf teurer prächtige Blumenarrangements... und auf mit Radios und Familienbildern, Zellstoff oder Kompottresten, pickigen Teegläsern oder imponierend bunt bestückten Pillenschachteln vollgerammelten Nachtkästchen schaffen geschäftige Besucherhände Platz für Bonbons, die vielleicht gar nicht gegessen werden sollen... Platz für in Stanniol gewickeltes Lieb-sein-Wollen... schaffen Platz für bunte Illustrierte, in denen Leben können, glamourös beschrieben, das Elend des Krankseins noch deutlicher macht... machen Platz für auf teuren Karten vorgedruckte Genesungswünsche oder — viel zu selten — für ein paar Zeilen mitgebrachter Sprache... manchmal sogar Gott zum Erfüllungsgehilfen für Genesen, Heilwerden zwischen Seiten zi-

tierend... und daneben die wachsende Enttäuschung der Nichtbesuchten, allein gelassen mit ihrem Warum... und langsam entflechten sich das Drinnen und das Draußen wieder... Betten werden gemacht, da oder dort eine zahlenreduzierte Nachmittagsvisite... und das Abendessen als 5-Uhr-Tee... und das endlos bange Warten auf gnädigen Schlaf beginnt... Nur schleppend langsam drapiert der Westen die Nacht an die Fenster, entfacht die blauen oder grünen Seinspositionslichter an Türstöcken, beginnt einen neuen seinsdramatischen Akt im Schauspiel „Leben gegen Tod“, „Sein gegen Nicht-sein“, „Macht gegen Ohnmacht“, dem Schauspiel, in dem ein jeder mitspielen muß: die aus den Logen der Sonder- oder die von den engen Plätzen der Allgemeinklasse... denn scheinbar wahllos holt sich der Tod manchmal Mitspieler aus dem Bettenpublikum.

Der Tod im Krankenhaus: manchmal nur zufällig dort gestorbener, einsamer Schlupfunkt eines einsam gelebten Lebens... oder mitgetragen von eilends herbeitelefonierten Angehörigen... oder be-



gleitet von Schwestern oder Ärzten „besonderer Menschenklasse“... oder tröstlich vorbereitet von einem Krankenhaus-seelsorger... oder besonders „lebendig“ gestorben: mitgetragen von Bettnachbarn, die bewußt neben, nein, mit dem Sterbenden Bett an Bett gelebt haben und diesen nun ebenso bewußt nicht alleine lassen wollen — gerade beim Sterben nicht! Oder die alte Frau, die wie selbstverständlich das Leben, den Tod und Gott in ihrem Koffer mitgebracht hat und ebenso selbstverständlich sagt: „Was ist das für eine Menschlichkeit, für eine Christlichkeit, wenn man mir nicht die Wahrheit sagt... wenn ich schon sterben muß, will ich mich auch darauf vorbereiten dürfen...“ Der Tod, hier verstanden als auch selbstverständlich einzulösende Eintrittskarte zu ewigem Gerettetsein... freilich auch der Tod, der Eltern liebevoll gehätschelter Kinderlachen raubt, wenn er sich Töchter oder Söhne holt... freilich auch der grausame Tod, der hilflose Kinder, verzweifelte Freunde zurückläßt: wahrscheinlich viel leichter gestorben als von uns Lebenden verstanden...

Und das mediengefällige Schlagwort von „Krankheit als Chance“ spuckt sich hämisch durch die Gänge... aber welcher Hohn für die auf dem Schlachtfeld der Krankheit mit dieser Alleingelassenen... welch hochmütiger Zynismus, die Chance auf einen „Gewinn“, ein Ziel, ein Erkennen, eine Erkenntnis zu plakatieren, ohne „Lose“, „Wettscheine“ auszuteilen, ohne einen Mitspielbonus mit den Spielregeln, wenn auch nur klein(laut) gedruckt... Wo sind in den Krankenzimmern auf den technisch perfekt bestückten Versorgungsschienen neben „Sauerstoff“ und „Vakuum“ die Anschlüsse für „Seinsimpulse“? Wo „Seinsimpulszentren“, „Sprache“, Geist- und Erkenntnislabors“, in denen man am Tag Anleihen nehmen kann, um in durchwachten Nächten an den Plafond gedachte, krankmachende, verquere Lebensraster zu verändern... wo institutionalisierte Verbindungslinien zwischen drinnen und draußen, dem Nicht-Mehr und Vielleicht-Doch, dem Ja und dem Nein, dem Gestern und dem ersehnten Morgen? Wo „Auffanglager“ für die gesund entlassenen und die hoffnungslos kranken Hilflösen? Wo „Netze“, die nächtliche Weinkrämpfe oder Nervenzusammenbrüche aus Angst vor dem Heimgesicht werden unnötig machen... Angst vor dem „Heimgedürfen“, das ein oft gefürchtetes Entlassen aus Pflege und Aufgehobensein bedeutet, ein Hinauskatapultiertwerden in ein unlebbares Umfeld... Ein von Ärzten und eigenem Lebenswillen erkämpftes Und-Doch aus dem Krankenhaus herausgetragen — und doch augenblicklich aufgelöst, zunichtegemacht in den kalten Restriktionen der Realität...

Ich habe mich in Massenzimmern nach Gesprächspartnern umgesehen und resignierend unter den dort noch Liegenden nur Beinahe-Bewußtlose, Beinahe Seinslose gesehen... jene, die zu alt, zu gebrechlich, zu krank waren, um am Gang spazierend eine Ahnung vom Draußen zu

schnuppern... ich habe hoffnungslos geist- und verständnislosen Patienten nur verlegen alles Gute gewünscht und keine Fragen gestellt... ich habe beglückend tiefsinnigen Seinsphilosophen zugehört: Menschen, die Fragen nur fragen, um die Antworten bewußt zu leben... ich habe mit Bewunderung auf die ruhig werkenden Hände geschickter Chirurgen geschaut und dabei gebannt auf die gezackten Lebenslinien am Monitor gestarrt, das Leben in dessen Kontrollpiepsen tönen gehört... ich wollte Abläufe beobachten und Mängel beschreiben... und bin doch überall nur auf mich selbst gestoßen...

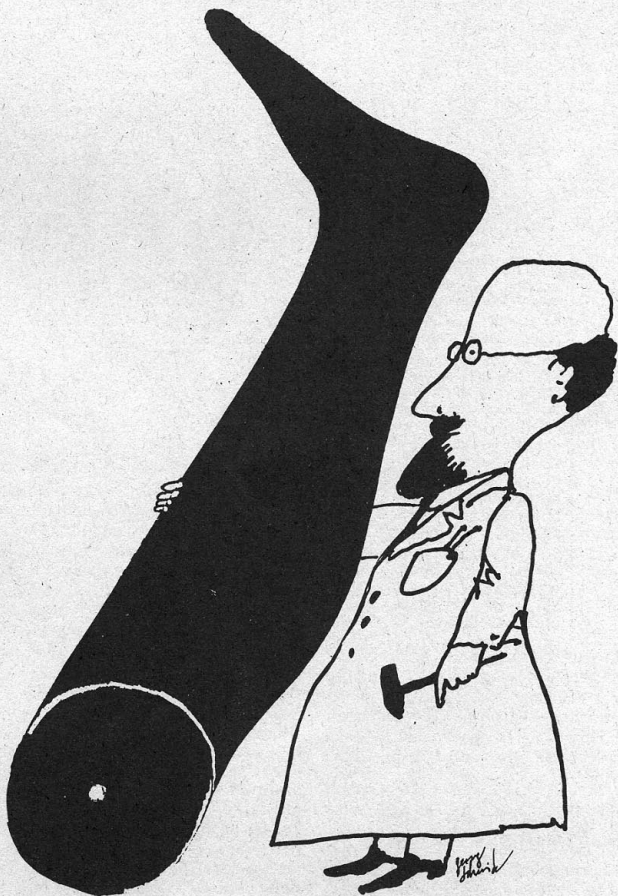
Der beschämenden Würdelosigkeit von Viel- und Noch-mehr-Bett-Zimmern rückt man ohnehin schon landauf und -ab mit Mörtel, Ziegel und Beton zuleibe... Patienten, auf Gängen dem Drinnen nur vorgelagert, in Warteposition auf „Zimmerwürde“, gehören schon beinahe ins Gruselkabinett der Krankengeschichte... Allorts wird um technisch optimale Ausstattung gekämpft... über gute oder schlechte Behandlung macht man sich ohnehin in Boulevardblättern

oder Leserbriefen her... explodierende Kosten rollen als Dauerzankapfel zwischen Krankenanstalten und Versicherungen hin und her, geistern durch die Medien... es fehlen nur noch die „Harfenlehrer“, die Menschen zeigen, wie Sein, auch Leid, „beispielbar“, lebbar gemacht werden kann.

Ich habe Soll und Haben gesucht und Grenzen gefunden: Grenzen der Macht, Grenzen der Machbarkeit, Grenzen der Medizin... Grenzen zwischen dem Drinnen und Draußen, dem Nicht-Mehr und dem Vielleicht-Doch... Grenzen und mich... unersetzbar gefordertes Menschsein, bereit zu versicherungstechnisch nicht verrechenbaren Streicheleinheiten: der Mensch mit seinem Anspruch auf Menschlichkeit sich selbst Ziel und Grenze...

Wer aber lehrt uns Linien zu denken, zu fühlen, zu leben zwischen den Grenzen: dem Krank- und dem Heilsein, dem Diesseits und dem Jenseits, dem Ich und dem Du?

Denn erst dann wendete Gott das Geschick Hiobs, als dieser für seinen Nächsten Fürbitte einlegte...



ALTERNATIVEN IM GESUNDHEITSWESEN

oder

„WIE AKTIVIERE ICH MEINE SELBSTTHEILUNGSKRÄFTE“

Der Mensch ist nicht teilbar in Körper / Seele / Geist, der Mensch ist Körper - Seele - Geist!

Es gibt keine körperlichen Krankheiten, ohne daß Seele und Geist mitbetroffen sind, es gibt keine seelischen Krankheiten, ohne daß Körper und Geist mitteilen, usw.

Ich will keinen Arzt, der meinen Körper zum Funktionieren bringt, ich will nicht extra zu einem Seelen-Doktor gehen, sondern ich suche den guten alten oder jungen Hausarzt, der mir zuerst in die Augen schaut (Irisdiagnose), dann die Zunge betrachtet (Zungendiagnose) und selbstverständlich die Pulsfrequenz mitbezieht in die Behandlung.

Diagnoseverfahren gibt es unzählige, aber diese brauchen mehr Zeit als die heutzutage üblichen Verfahren wie röntgenisieren und viele aufwendige Laboruntersuchungen.

die diese Selbstheilungskräfte aktivieren, und kann vielleicht mit einer alternativen Heilmethode im Ernstfall sogar an mir selbst Hand anlegen oder manch hungernden praktischen Arzt im Notfall die Notfalltropfen zukommen lassen...

Womit wir schon bei einer derzeit nur unter der Hand und in „Insiderkreisen“ gehandelten Heilmethode wären.

Es treten keine „unerwünschten Nebenwirkungen“ auf und bei der Herstellung dieser Blütenheilmittel wird die Umwelt nicht belastet.

Eine weitere Heilmethode, die für die Umwelt und den gesundheitssuchenden Menschen keine Belastungen ergibt, ist die

Die „Bach-Blüthen Therapie“

38 Heilpflanzen wurden in den 30er-Jahren von Dr. Edward Bach entdeckt. Diese verschiedenen Blüten-Tropfen sind Heilmittel, um verschiedene **typische seelische Krankheitszustände** positiv zu beeinflussen.

„Biochemische Heilmethode“ nach Dr. Schüssler

Dr. Wilhelm Schüssler lebte von 1821 — 1898, studierte in Berlin Medizin, praktizierte in Deutschland und fand ein einfaches und billiges Heilsystem mittels elf Mineralsalzen, die in Milchzucker gelöst sind.

Seite 15 Kleine Zeitung
Samstag 29. September 1990

Die Ärzte nagen am Hungertuch

Klagenfurt. — Die praktischen Ärzte Kärntens fühlen sich von der Gebietskrankenkasse ausgehungert. Die neuen Verhandlungen seien so unbefriedigend ausgefallen, klagen die Mediziner, daß ein Praktiker bereits 70 Stunden in der Woche arbeiten müsse, um sich finanziell über Wasser zu halten. Nach Abzug der Unkosten, blieben nur noch 3.50 Schilling pro Krankenschein.

Und die Zeit des Arztes ist der springende Punkt — denn welcher Doktor, der nur 3 Schilling 50 Groschen pro Krankenschein bekommt und nebenbei noch am Hungertuch nagen muß, hat schon Zeit für eine Hintergrund-Seelen-Erforschung?

Die Aktivierung der Selbstheilungskräfte ist angesagt

Da danke ich mir, Sorge ich lieber vor und beschäftige mich mit Heilmethoden,



Dr. Edward Bach lebte und wirkte 1886 — 1936 in England. Er studierte in London Medizin und arbeitete dort am homöopathischen Krankenhaus auch als Bakteriologe und hatte eine gute Praxis, bevor er sich zurückzog, um eine Heilmethode zu finden, „die allen Menschen frei zur Verfügung steht, damit sie sich selbst helfen können“.

Sein Vorhaben ist ihm geglückt und uns stehen heute diese 38 Blütenmittel zur Verfügung, um negative Seelenzustände wie Angst / Zwang / Zweifel / Fanatismus / Ungeduld / Erschöpfung / Minderwertigkeitskomplexe usw. in ihrem positiven Seelenzustand zu transformieren.

Die Heilkraft dieser Mittel kommt von den Energien, die in den Blüten enthalten sind und die aus diesen in das Medium „Wasser“ übertragen werden.



Diese Naturheilweise beruht auf der Tatsache, daß im Organismus des Menschen eine Reihe von Mineralstoffen enthalten sind. Sie befinden sich im Blut und in den Zellen sämtlicher Organe. Störungen des Mineralsalzhaushaltes führen zur Krankheit. Jedoch bei Zuführung der Mineralstoffe durch die Nahrung oder in Form der **homöopathisch aufbereiteten Schüssler-Salze** wird im Körper die Selbstheilungskraft aktiviert. Für den Laien ist diese übersichtliche Heilmethode leicht erlernbar.

In Graz gibt es seit einigen Jahren einen „biochemischen Verein“, der regelmäßig Seminare abhält. Dort erfährt man auch Adressen von Ärzten, die diese Heilmethode bereits praktizieren, denn die ärztliche Diagnose ist auch für den eigenverantwortlichen Laien meist unumgänglich bzw. eine sinnvolle Hilfe.

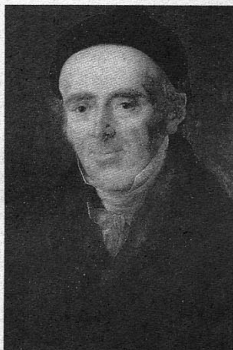
Eine ergänzende Maßnahme hiezu ist die

„Haar-Mineralien-Analyse“

Diese gibt Aufschluß über Mangel oder Überschuß von Mineralien oder Spurenelementen. Es ist ein Test zur Feststellung von Stoffwechselstörungen im Mineralstoffhaushalt des Menschen.

Die derzeit bekannteste, sogar in Österreich schon von einigen fortschrittlichen Ärzten und vielen ganzheitlich denkenden Menschen geschätzt und praktizierte Heilmethode ist die

„Homöopathie“



Portrait: Dr. Samuel Hahnemann

Der Arzt Samuel Hahnemann (1755 – 1843) ist ihr Begründer. Auch die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode, die die Selbstheilungskräfte eines Menschen anregt und unterstützt. Die Grundlagen der Arzneien kommen aus der **Pflanzen-, Tier- und Mineralwelt**.

Diese Arzneien gibt es in verschiedenen hohen Potenzen (D3 / D6 / D12 / D30 / D100 usw.). Das heißt, in verschiedenen hohen Verdünnungen.

Bei der homöopathischen Behandlungsmethode ist es unerlässlich, daß der Arzt seinen Patienten genau kennenlernt. Ebenso muß der Patient seine „Reaktionen auf ein Mittel“ dem Arzt möglichst genau erzählen. Arzt und Patient müssen sich also ergänzen und miteinander arbeiten.

In Salzburg werden homöopathische Heilmittel sogar schon von der Gebietskrankenkasse finanziert. Die Steiermark wird sich hoffentlich ein Beispiel daran nehmen.

Die Merkur-Versicherung hat eine Informationsbroschüre über Homöopathie herausgegeben. Darin findet sich auch eine Liste der homöopathisch behandelnden Ärzte Österreichs.

Es tut sich schon was.

Viel zu wenig Beachtung wird auch der

Kneipp'schen Wassertherapie

geschenkt. Diese Behandlungsmethode sollte in unseren Landeskrankenhäusern wieder des öfteren praktiziert werden, denn auch dabei entstehen keine schäd-

lichen Nebenwirkungen und keine **Sonderabfälle** wie bei der Produktion der derzeit verwendeten Medikamente.

Sonderabfälle und Problemstoffe

Diese sind wohl auch eines der wesentlichsten Argumente dafür, daß allen

● Krankheitserkennungsmethoden (Diagnosen) und

● Krankheitsbehandlungsformen (Therapien),

bei denen keine Umweltbelastungen und unerwünschten Nebenwirkungen am Menschen auftreten können, der Vorrang einzuräumen ist.

Denn Medikamentenreste sind Sonderabfälle, wenn diese im Haushalt übrigbleiben, heißen sie **Problemstoffe** und dürfen nicht mit dem normalen Hausmüll gemeinsam entsorgt werden. Sie müssen bei sogenannten Problemstoff-Sammelstellen abgegeben werden, oder in der Apotheke! Denn diese Medikamente/Salben/Tropfen können, wenn sie in den Kreislauf der Natur gelangen (z. B. über eine Mülldeponie), **unsere Luft, unser Wasser und unseren Boden gefährden**. Aber was bewirken sie im Menschen? Darum ist es wohl einsichtig, daß wir keine Heilmethoden und Heilmittel mehr verwenden sollen, bei deren

● Herstellung (siehe Seveso usw.)

● Verwendung (die Apotheke informiert über unerwünschte Nebenwirkungen) und

● Entsorgung (wenn Reste übrig bleiben!)

Keine wie immer gearteten Belastungen für die Umwelt entstehen.

Wir sollten auch daran denken, daß beim Röntgenisieren radioaktive Abfälle entstehen, mit denen noch unsere Kinderkinder viele Jahrhunderte lang ein mehr oder weniger strahlenbelastetes Leben werden führen müssen.

Verantwortung

Ein verantwortungsbewußter Mensch überlegt sich jedenfalls, ob seine „**Behandlung oder erwünschte Heilung**“ nicht vielleicht „**schädigend für andere**“ sein kann.

Ein verantwortungsbewußter Mensch überdenkt seine **Lebensgewohnheiten** und sollte versuchen, so zu leben, daß **Körper-Seele-Geist im Gleichgewicht** bleiben oder wieder ins Gleichgewicht kommen.

Dr. Bach sagte: „Jeder körperlichen Krankheit ist zuerst eine seelische Störung vorausgegangen. Deswegen muß auch die Seele zuerst ins Gleichgewicht gebracht werden – erst dann kann der Körper gesunden.“

Moderne Medizin

Die Anwendungen und Entwicklungen der „modernen Medizin“ sollten auf diese Unglücksfälle und unglücklichen Men-

schen beschränkt bleiben, wo es keine Alternativen gibt.

Nämlich dort, wo es durch **äußere Gewalteneinwirkung zu Deformationen des Menschen** gekommen ist.

Das können sein Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle oder Deformationen durch fortdauernde Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten des menschlichen Körpers, wie dies bei Schulkindern oft der Fall ist, wenn sie acht bis zwölf Jahre lang viele Stunden täglich auf einem Platz ruhig sitzen müssen. Oder wie dies oft lebenslang bei der völlig unmenschlichen Schreibtisch-Arbeit notwendig ist.

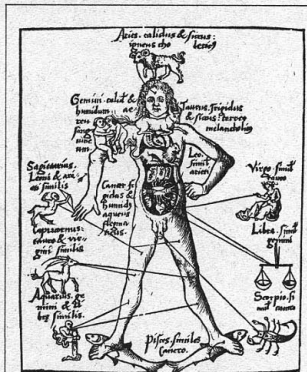
Solchen Deformationen, z. B. der Wirbelsäule, ist auch mit alternativen Heilmethoden kaum beizukommen.

Nicht unerwähnt soll die

Astrologie

sein! Denn schon der durchaus nüchtern denkende Hippokrates meinte:

„Ein Medicus, der in der Sternenkunst unerfahren ist, gleicht einem Auge, welches keine Kraft zum sehen hat.“



Tierkreismann, der die Beziehung von Tierkreiszeichen / Planeten / Körperteilen und Organen aufzeigt. Darstellung aus der Margerita Philosophice des Gregor Reisch von 1503.

Und Goethe mahnte zur Vorsicht:

„**Viel Wunderkuren gibt's jetzunter, bedenkliche, gesteh' ich's frei! Natur und Kunst tun große Wunder und es gibt Schelme nebenbei.**“

Mehr darüber in der Broschüre **„Alternative Heilmethoden oder Wie helfe ich mir selbst“**.

Mit einer verwandten Thematik beschäftigen sich die Broschüren:

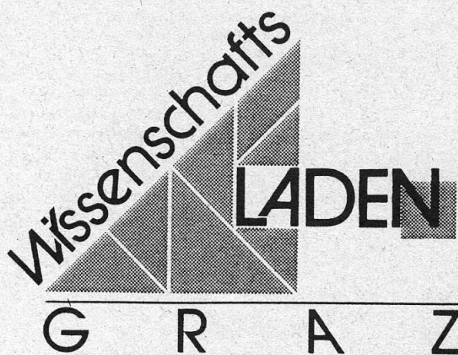
„**Baubiologie oder Wie wohne ich gesund**“

„**Tips für Umweltbewußte**“

„**Wasser-schön + -spar-Tips**“

„**Wie lege ich einen Komposthaufen an oder wie entlaste ich die steirischen Mülldeponien**“

„**Tips für Frischluftfreunde und für Allergiker**“



Ralf Aschemann

Wissenschaftsladen Graz

Ein Geschäft, das mit Wissenschaft handelt? Ja, dies ist die Grundidee des Grazer Wissenschaftsladens, der darüber hinaus seine "Waren" sogar seinen KundInnen schenkt!

Allerdings haben wir unserer potentiellen Kundschaft drei Steine in den Weg gelegt, um nicht schnell ausverkauft zu werden:

a) Jede Anfrage oder jedes Problem, mit dem wir konfrontiert werden, darf keinen kommerziellen Hintergrund haben; wir werden also für eine Firma keine psychologisch fundierte Werbestrategie entwerfen!

b) Weiters sollen unsere KundInnen uns nicht mit "Privatsorgen" behelligen, daher werden wir nicht den Wert Ihres Autos schätzen: Die Anfragen sollen einen breiten Personenkreis betreffen, gesellschaftlich bedeutsam sein!

c) Schließlich soll für die Anfrage-rInnen mehr als "Theorie" herauskommen, die Ergebnisse und Resultate unserer Arbeit sollen etwas bewirken, verändern: Das Zauberwort der "Umsetzbarkeit" von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die alltägliche Lebenswelt der Betroffenen ist einer unserer Leitsterne!

Brücke zum Elfenbeinturm

Die grundlegenden Ideen des Grazer Wissenschaftsladens stammen aus den Niederlanden, wo derartige Institutionen seit Mitte der siebziger Jahre Bestandteil aller holländischen Universitäten sind.

Vom Konzept wollen wir - wie unsere Vorbilder auch - einen Brückenschlag versuchen zwischen jenen, die den Wissenschaftsbetrieb als SteuerzahlerIn maßgeblich mitfinanzieren, und denen, die im Elfenbeinturm sitzen und Lehre und Forschung betreiben.

So soll der Zugang zur Hochschule zum Beispiel Umweltgruppen, kleinen Gemeinden, BürgerInnen-Initiativen und Einzelpersonen geöffnet werden, wobei wir als Koordinations- und Vermittlungsstelle aktiv werden. Davon profitieren alle Beteiligten:

Die AnfragerInnen erhalten Antworten zu Problemstellungen, die Studierende in universitären Ausbildungsformen (Diplomarbeit, Seminar usw.) bearbeiten, wobei sie von ProfessorInnen und AssistentInnen betreut werden.

Kein "Einbahnstraßen"-Wissenstransfer: Alltagserfahrungen und Bedürfnisse aus der Bevölkerung fließen in die wissenschaftliche Forschung ein, gleichzeitig beschäftigen sich Studierende während ihrer Ausbildung mit praxisorientierten Fragestellungen!

So arbeitet unser Team

Im Wissenschaftsladen Graz arbeiten sechs Teilzeitangestellte aus den Bereichen Technik, Natur- und Sozialwissenschaften.

Mit unserem Fachwissen, den Kontakten zu ExpertInnen innerhalb und außerhalb der Hochschulen sowie unserem Zugang zur Fachliteratur beantworten wir "kleinere Anfragen" selbst.

Bei größeren Projekten halten wir regelmäßigen Kontakt mit der/m Studierenden samt BetreuerIn sowie

der/m AnfragerIn, begleiten den Fortgang der Arbeit. Deren Ergebnisse schließlich sollen in allgemein verständlicher Sprache formuliert und öffentlich präsentiert werden.

Apropos Öffentlichkeit: Fünf öffentliche Stellen (Land Steiermark, Stadt Graz, Bundesministerien für Wissenschaft und Forschung sowie für Umwelt, Jugend und Familie und last not least die Arbeitsmarktverwaltung im Rahmen ihrer "Aktion 8000") finanzieren den Wissenschaftsladen Graz, der deshalb in der Regel seine Dienstleistungen gratis bereitstellen kann.

Um die Qualität unserer wissenschaftlichen Arbeit zu gewährleisten, tagt mindestens einmal jährlich der wissenschaftliche Beirat, dem jeweils vier Professoren der Universität und der TU Graz angehören. Darüber hinaus sitzen im Vereinsvorstand VertreterInnen des Mittelbaus sowie der Hochschülerschaften der genannten Universitäten.

Erste Erfahrungen

Inzwischen publizierten wir unseren ersten Zwischenbericht, der unsere

Erfahrungen seit der offiziellen Eröffnung am 11.6.1990 widerspiegelt. Aus diesem ist die Graphik entnommen, welche die 88 eingegangenen Anfragen thematisch ordnet. (Inzwischen sind - Stichtag 31.10.1990 - 105 Anfragen bei uns eingelangt.)

Es zeigt sich, daß Problemstellungen aus dem Umweltbereich unsere KundInnen stark interessieren. Diese ökologischen Anfragen sind dabei recht konkret formuliert und umspannen einen abgegrenzten Komplex aus der unmittelbaren Lebenswelt der Betroffenen.

Weiters kristallisierte sich heraus, daß die Anfragen nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext (Einbezug der Sozialwissenschaften zur ganzheitlichen Betrachtungsweise) gesehen werden können: Eine Bestätigung für unseren interdisziplinären Ansatz!

Kontakt

Sie erreichen uns in der Grazer Elisabethstraße 32 (Innenhof) dienstags bis freitags zwischen 9 und 12 Uhr sowie dienstags von 16 bis 19 Uhr und nach telefonischer Vereinbarung (0316/38 46 77).

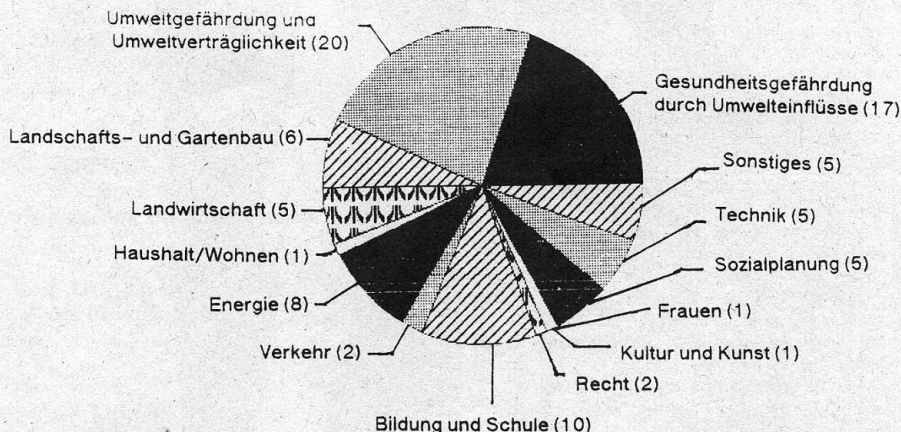


Abbildung : Anzahl der Anfragen pro Themengruppe am 5.9.1990

Wußten Sie...

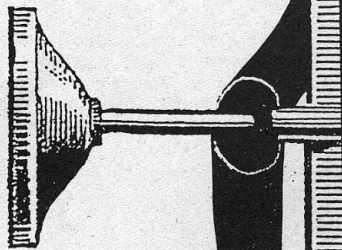
...daß sehr häufig „die wissenschaftliche Erkenntnis von heute der Irrtum von morgen“ (Martini) sein kann?

... daß ca. 80% unserer jetzigen medizinischen wissenschaftlichen Erkenntnisse erst in den letzten 30 bis 40 Jahren erworben wurden?

... daß jeder Österreicher pro Jahr etwa 880 Arzneimittel in Anspruch nimmt? (In Deutschland ist es die doppelte, in Frankreich fast die dreifache Menge)

... daß nahezu 99% der bundesdeutschen Bürger im Krankenhaus geboren werden und weit mehr als die Hälfte dort stirbt?

... daß die häufigsten Todesursachen zivilisationsbedingt sind? Krebs, Herzinfarkt, degenerative Stoffwechselleiden, Leberzirrhose, Verkehrsunfälle (nach H. Schipperges die „fünf großen Killer“).



... daß von den ca. 30.000 registrierten Medikamenten selbst ein guter Arzt höchstens 300 bis 500 auch verschreibt?

... daß die Ärzte in Österreich 81 Millionen (in der BRD 550 Millionen) Verschreibungen vornehmen?

... daß jeder Österreicher pro Jahr 11 (jeder Bundesdeutsche 10) Medikamentenpackungen vom Arzt verschrieben erhält?

... daß jeder Österreicher (und Bundesdeutsche) durchschnittlich täglich ein Medikament einnimmt und daß er im Laufe seines Lebens rund 30.000 Tabletten schluckt?

... daß sich ein Arzt einem Patienten höchstens 5 Minuten widmen kann, wenn er von 60—80 Patienten am Tag in seinen Sprechstunden aufgesucht wird?

... daß es sich bei den kranken Menschen zu etwa 70% um chronisch Kranke (Dauerpatienten) und zu etwa 30% um akut Erkrankte handelt?

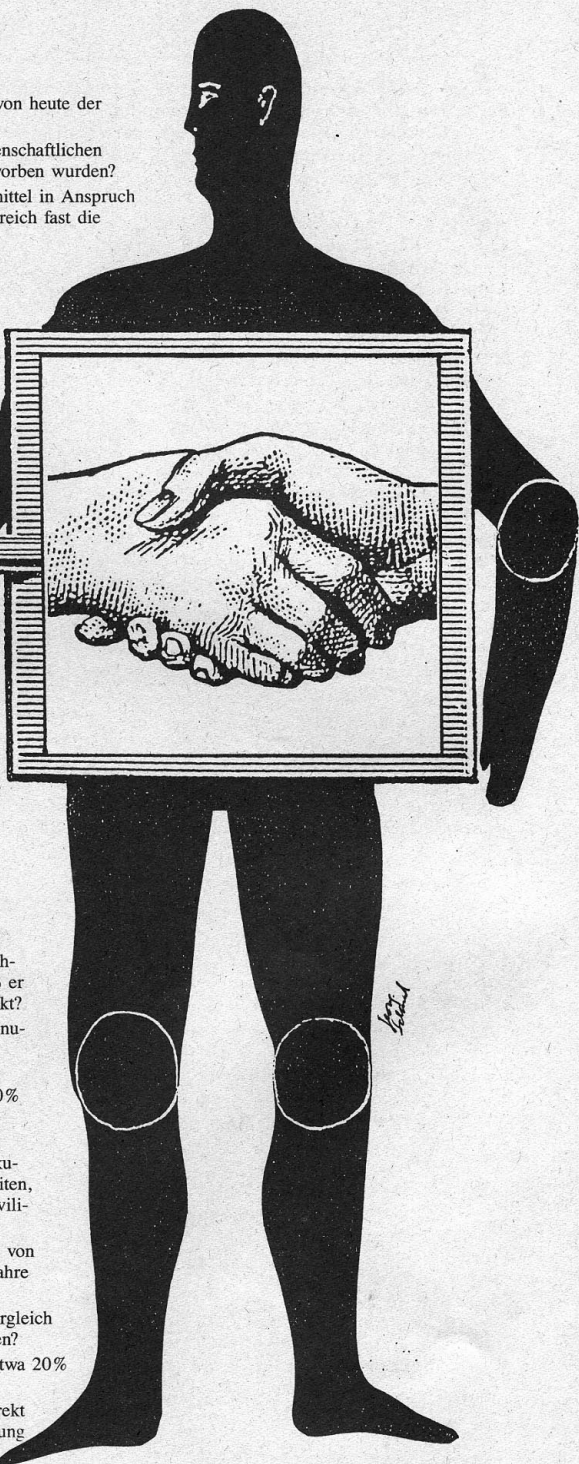
... daß im Jahre 1930 etwa 50% der Menschen an akuten Krankheiten, vor allem an ansteckenden Krankheiten, starben, und daß heute über 80% an chronischen, zivilisationsbedingten Leiden sterben?

... daß wir um die Jahrhundertwende eine Arztdichte von 1:2000 hatten, heute etwa von 1:500 haben und im Jahre 2000 möglicherweise von 1:250 haben werden?

... daß die Kosten für medizinische Forschung im Vergleich zum Gesamtgefüge der Medizinkosten unter 1% liegen?

... daß die Kosten für die medizinische Versorgung etwa 20% des Bruttosozialproduktes ausmachen?

... daß jeder Bürger im Durchschnitt direkt und indirekt fast 20% seines Einkommens für seine Gesunderhaltung und vor allem für seine Heilung ausgibt?



AUTOREN DIESER NUMMER

Redaktion:

„Die Medizin braucht neues Denken“
Symposium an der Universität Graz
am 26. 1. 1990
Dr. Grete Schurz

„Patientenrechte“
Enquete des Modell Steiermark
am 23. 4. 1990
Mag. Beate Frakele

Sprüche sammlungen auf den Seiten 13, 17
und „Wußten Sie...“
Dr. Alois Wolkinger

Gestaltung und Illustrationen
Georg Schmid

Dr. Wolfgang ROUTIL
Präsident der Ärztekammer Graz,
Praktischer Arzt

Dipl.-Ing. Marina SCHOELLER
Buchautorin, Erwachsenenbildnerin

Dr. Grete SCHURZ
Psychologin; Frauenbeauftragte der Stadt Graz

Univ.-Prof. Dr. Marianne SPRINGER-KREMSEK
Ärztin und Psychotherapeutin am Institut für Tiefen-
psychologie und Psychotherapie in Wien

Dr. Werner VOGT
Kritischer Mediziner; Buchautor; Unfallchirurg am
Lorenz-Böhler-Krankenhaus

Univ.-Prof. Dr. Alois WOLKINGER
Moraltheologe, Universität Graz

Dr. Friederike ZECHNER
Dipl.-Dolmetsch

Ing. Harald ETTL
Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher
Dienst

Univ.-Doz. Dr. Herwig HOLZER
Landeskrankenhaus Graz

Dr. Lindi KALNOKY
Landtagspräsidentin
Geschäftsführerin der Steirischen
Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge

Dr. Eva KARISCH
Obfrau des Vereines für
Konsumentenschutz in der Steiermark

Univ.-Prof. Dr. Thomas KENNER
Vorstand des Physiologischen
Institutes der Universität Graz

Dr. Gertraud KRÜGER
Sprecherin des
Salzburger Patientenforums

Univ.-Doz. Dr. Johannes W. PICHLER
Direktor des Institutes
für Rechtspolitik, Salzburg

