

**WARE MENSCH:
RECHTSPROBLEME DER MEDIZINISCHEN UND KOMMERZIELLEN VERWERTUNG VON TEILEN DES MENSCHLICHEN KÖRPERS**

Gerhard PLÖCHL
Linde Verlag, 1996, Wien
ISBN 3-85122-584-8
168 Seiten

Der im „Linde-Verlag“ erschienene Band ist Frucht eines Seminars an der Universität Wien im Sommersemester 1995, das ao. Univ.-Prof. Gerhard PLÖCHL abgehalten hat. Es beinhaltet eine Darstellung der Rechtsprobleme, Lücken und Widersprüche der Rechtsordnung, die in Österreich bei der Verwertung von Teilen des menschlichen Körpers vorhanden sind.

Es sollte die Teilnehmer nicht nur dazu anleiten, sich an dieser Materie im juristischen Denken einzuüben, sondern auch über die akademische Sphäre der Literatursichtung und -bearbeitung hinaus dazu führen, durch Nachfragen bei Behörden, Unternehmen und Experten jene Tatsachen zu erheben, deren rechtliche Seite zu erörtern war (vgl. S 5). Die Ergebnisse dieser Bemühungen bereichern die Darstellung merkbar.

Der Band behandelt folgende Einzelfragen: „Patentschutz von gentechnischen Erfindungen“ (N. RAPEINER, S 9-26), „Organentnahme aus Leichen“ (G. ETZL, S 27-40) und „Organentnahme beim lebenden Spender“ (G. ETZL, S 75-100), „Rechtsschutz des Spenders von Blut und Knochenmark gegen bestimmungswidrigen Gebrauch“ (T. HAMERL, S 41-74), „Handel mit Organen aus strafrechtlicher Sicht“ (M. HEINZ, S 101-122) und „Die Verwendung von abgetriebenen Embryonen und Föten in Medizin und Kosmetik“ (A. STADLER, S 123-140).

Dem Seminar lag ein sachrechtlicher Ansatz zugrunde. Er geht davon aus, daß sofern jede vom Körper abgetrennte Substanz als Sache

qualifiziert wird, sie dann als solche jemandes Eigentum oder herrenloses Gut ist, an dem – allenfalls durch einen eingeschränkten Personenkreis – Eigentum durch Aneignung erworben wird. Ein Drittes gibt es nicht. Wenn und sobald Eigentum an dieser Sache anzunehmen ist, muß geklärt werden, wer Eigentümer ist. Und im Falle einer Eigentumsübertragung muß geklärt sein, an wen Eigentum übertragen wird und was Titel und Modus des Eigentumserwerbs sind. Wer diesen Fragen konsequent nachgeht, stößt immer wieder auf Lücken und versteckte Widersprüche in der Argumentation. (S 141)

Widersprüchlich erscheint, abgesehen vom ethischen Aspekt, die rechtliche Behandlung von abgetriebenen Föten, für die nicht die Einschränkungen von Verfügungen über den als Sache qualifizierten Leichnam gelten: sie gelten rechtlich – sicher auch mit Rücksicht auf das Desinteresse der Angehörigen – nicht als Leiche, wobei bemerkenswerterweise Vorarlberg mit seinem Bestattungsgesetz (§1 LGBl 1969/58) hier eine Ausnahme macht. Beim KAG (Organentnahme aus Leichen) wird von Ettl auf das Problem allfälliger Kompetenzüberschreitung des Bundesgesetzgebers hingewiesen, da die Regelungen ohne Rücksichtnahme auf die Länderkompetenz für das Leichen- und Bestattungswesen erfolgen.

Als rechtliche Lücke fällt angesichts der Sorge um die Regelung der Organentnahme aus Leichen der mangelnde Schutz der lebenden Spender auf; für die Schließung des spezifischen Rechtsproblems (Geschäftsunfähigkeit bei Übergabe) wird eine Perspektive (Notariatsakt für Schenkungen ohne wirkliche Übergabe) vorgeschlagen. Der Lücke im Strafrecht bezüglich der neuen Geschäftsfelder Organraub und Organhandel wird mit Rücksicht auf die handelsrechtliche Bewertung dieser Waren und der damit befaßten Gewerbe von M. HEINZ mit einer Adaptierung der Paragraphen zur Geldwäscherei (§ 165 StGB) zu schließen versucht.

Ein Ertrag der Beiträge ist die Betonung der häufig nicht beachteten Unterscheidung von Einwilligung in die Verletzung der körperlichen Integrität und Geschäftswille für die Übertragung des Eigentums an der körperlichen Substanz. Der geschilderte „Fall MOORE“ zeigt die ökonomischen Größenordnungen, die mit zur Ware gewordenen Körpersubstanzen verbunden sind und nach einer gesetzlichen Regelung verlangen. Jedenfalls gibt es bisher in der Rechtsordnung nur verstreute Vorstellungen des Gesetzgebers über die Zulassung entgeltlicher Verfügungen über den eigenen Körper, die aber – lt. G. PLÖCHL – noch kein einheitliches Prinzip erkennen lassen (z.B. Gewinnerzielungsverbot bei Organentnahme aus Leichen § 62a (4) KAG; Entgeltverbot im § 16 FMedG; die Diskussion um die Unentgeltlichkeit der Organentnahme bei lebendem Spender bewegt sich in der Literatur zwischen drei Positionen: Sittenwidrigkeit des beliebigen Preises, Abdeckung von Aufwand und Risiko und Entgeltverbot; Duldung von Aufwandsentschädigungen bei Blutplasmaspender; Steuerfreiheit der Lieferung von menschlichen Organen, menschlichem Blut und Muttermilch § 6 Abs. 1 Z 21 UstG 1994; Möglichkeit einer Entgeltvereinbarung wegen der Gleichstellung einer nicht gewinnorientierten Spende mit einer Krankheit in § 120 Abs 2 ASVG –vgl. § 80 Abs 2 GSVG, § 76 Abs 2 BSVG, § 53 Abs 2 BKUVG).

Den Schluß des Buches bildet ein ausführlicher Anhang, der Auszüge einschlägiger Rechtsvorschriften, parlamentarische Anfragen und Anträge, Erläuterung medizinischer Begriffe und Unterlagen zum Widerspruchsregister zur Organentnahme enthüllt. Insgesamt ist der Band eine nützliche und aktuelle Darstellung dieser einschlägigen Einzelprobleme und kann gerade für den Nichtjuristen einen guten Überblick und Zugang bieten. In diesem Sinne erweist sich der Charakter einer Seminararbeit von Vorteil, wengleich manche Abschnitte noch eine Überarbeitung verdient hätten.

L. JUZA

TÖTEN ODER STERBEN LASSEN ?

Robert SPAEMANN, Thomas FUCHS

Herder Spektrum, 1997, Freiburg im Breisgau

Band 4571

ISBN: 3-451-04571-0

128 Seiten

Das bedrohliche Heranrollen der Euthanasiedebatte, die verwirrt, verunsichert und in der ehemalige Tabus aufgegriffen und salonfähig gemacht werden, hat auch sein Gutes. Das vorliegende Buch „Töten oder sterben lassen?“ stiftet Klarheit inmitten des Wirrgartens modern gewordener Begriffe wie Sterbehilfe, Beihilfe zum Selbstmord, aktive und passive Euthanasie etc. Der Leser gewinnt über diese Klärung hinaus Einblick in die historisch-soziologischen Zusammenhänge. Er wird mit Argumenten vertraut gemacht, die jegliche Form der aktiven Tötung als unmoralisch entlarven. Es wird nicht verurteilt oder angeklagt, aber doch mit Scharfsinn unterschieden, welche Vorgangsweise menschenwürdig ist, und was im Gegensatz dazu Unmenschlichkeit bezeugt.

Mehrere Autoren zeichnen für den Inhalt verantwortlich. Cordelia SPAEMANN versetzt den Leser in das Euthanasie-Szenario durch die einfache Schilderung des preisgekrönten Nazi-Propagandafilms „Ich klage an“, der in Deutschland seit einiger Zeit zu den sogenannten Vorbehaltsfilmen zählt. Eine junge, unheilbar kranke Frau wird von ihrem Mann getötet – erlöst, wie er es nennt. Vor Gericht gestellt, wendet er das Blatt. Der Angeklagte wird zum Kläger. „Ich will nicht länger schweigen. Ich klage an (...). Eine Rechtsordnung, die verlangt, daß der unheilbar Kranke sich sinnlos mit seinen Schmerzen zu Tode quälen muß, ohne die Möglichkeit einer wohlthätigen Erlösung zu haben, ist zu verwerfen. Sie ist unmenschlich und unnatürlich“. (Seite 11)

Robert SPAEMANN analysiert in seinem Beitrag „Es gibt kein gutes Töten“ die aufkommende Mentalität der westlichen Zivilisation, in der immer lauter die Forderung nach Legalisierung

der Euthanasie aufkommt. Auf der einen Seite wird es als höchstes Ziel betrachtet, sich zu vergnügen oder wenigstens wohl zu fühlen – Leiden muß um jeden Preis beseitigt werden. Andererseits wird zunehmend vom „Wert des Lebens“ gesprochen. Leben wird in mehr oder weniger wert oder sogar unwert eingestuft. Damit ist der fruchtbare Grund gelegt, auf dem die Selbsttötung, als Ausübung der legitimen Autonomie, gerechtfertigt und die Tötung auf Verlangen enttabuisiert wird. Der Schritt zur Tötung ohne Verlangen ist nunmehr klein. Die Euthanasie abzulehnen bedeutet für den Autor aber nicht Lebensverlängerung um jeden Preis. Im Gegenteil: die letzten Ausführungen des Beitrages sind dieser Problematik gewidmet, die zum Teil auch Ursache der Forderung nach aktiver Sterbehilfe ist. „Wo Sterben nicht als Teil des Lebens verstanden und kultiviert wird, da beginnt die Zivilisation des Todes“. (S 30)

Thomas FUCHS ist der Autor des ausführlichen Mittelteils des Buches. Das Beispiel der Niederlande aufgreifend, analysiert er die historische Entwicklung der Euthanasiebewegung. Besonders klar sind die Begriffsbestimmungen, die er vornimmt: Aktive, passive, indirekte und freiwillige Euthanasie, sowie Beihilfe zur Selbsttötung. Wie ist nun die ethische Bewertung? Wo liegt der Unterschied zwischen Töten und sterben lassen? Diese Unterscheidung fällt dem Arzt, der zunehmend mit Grenzsituationen des Lebens konfrontiert wird, sehr schwer. Sie ist nicht gleichbedeutend mit dem Unterschied von Handeln und Unterlassen; sie ist auch nicht gleichzusetzen mit der Unterscheidung moralisch richtigen und verwerflichen Handelns. Ebensovienig helfen uns die oftmals mißverständlich gebrauchten Begriffspaare wie natürlich-unnatürlich, natürlich-künstlich weiter. Ganz wesentlich tritt hier der „Handlungssinn“ auf den Plan. „Nicht die physisch-leibliche Handlungsebene ist also ethisch entscheidend, sondern der Handlungssinn des Tun oder Unterlassens“ (74). So ist

beispielsweise das Abstellen einer Infusion, die weder Heilung noch Palliation bewirkt, keinesfalls aktive Tötung, auch dann nicht, wenn dadurch der Tod früher eintritt. Hier wird vielmehr ein ärztlicher Eingriff (Infusion) rückgängig gemacht, da er dem Patienten nicht mehr nützt, sondern schadet.

Der Haupteinwand gegen die aktive Tötung durch Mitleid ist für den Autor in der interpersonalen Bedeutung des Tötungsaktes zu finden. Der Arzt, der bereit ist, seinem Patienten auf dessen Bitte hin zu töten, macht sich zum Richter und Vollstrecker eines Urteils über den Wert oder Unwert eines Lebens. „Die scheinbar zur äußersten Konsequenz geführte Humanität führt in einen grundlegenden Selbstwiderspruch: aktive Euthanasie bedeutet den Versuch, der leidenden Person gerecht zu werden, indem man ihren Organismus zerstört“ (S 79). Der Fall „Chabot“ aus den Niederlanden ist ein beeindruckendes Beispiel für die Ausdehnung der Euthanasie auf psychisch Kranke. Stimmt der Psychiater dem Suizid zu, hat er das „Prinzip Hoffnung“, dessen letzter Repräsentant er selbst ist, vernichtet; er anerkennt das Zerbrechen der Gemeinschaft des Patienten und seiner Umwelt (89). In diesem Kapitel macht der Autor eine erstaunliche Einschränkung. Obwohl deklariert Gegner der Euthanasie, kann er sich doch Situationen vorstellen, „in denen die Hilfe zur Selbsttötung tatsächlich ein letzter Liebesdienst zwischen zwei Menschen sein kann“ (S 90). Der aufmerksame Leser fragt sich, ob diese Aussage nicht doch im Widerspruch zu allen anderen Ausführungen steht!

Die letzten Seiten sind einem Plädoyer für ein würdevolles, menschliches Sterben gewidmet, wobei die Hospizbewegung kurz vorgestellt und als gute Alternative angeboten wird.

Martin SCHMIDT analysiert im letzten Beitrag die psychologischen Aspekte der Handlungsmotive tötender Ärzte. Er greift dabei auf ein trauriges Kapitel der Geschichte Deutschlands zurück, allerdings fehlt es aber nicht an Bei-

spielen der jüngeren Vergangenheit, in denen Ärzte oder Krankenpflegepersonal leidende oder sieche Patienten getötet haben.

Am Ende sind zwei Erklärungen des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie wiedergegeben, die aus den Jahren 1995 und 1996 stammen.

Alles in allem ein wichtiges Buch, das wesentliche Punkte der Debatte über die aktive Euthanasie aufdeckt und gangbare, alternative Wege weist.

N. AUNER

KEINE ANGST VOR NARKOSE UND OPERATION

Ein Patientenratgeber von Cordula KRICZER

Springer Verlag, 1997, Wien

ISBN 3-211-83003-0

54 Seiten

Die Autorin ist langjährige Narkoseärztin. Aus unmittelbarer Berufserfahrung kennt sie die Ängste zahlreicher Patienten vor der Narkose, vor dem Ausgeliefertsein an eine ihnen unbekanntem Technik, die ihnen jede Kontrolle über die eigene Person nimmt. Ängste entstammen vor allem der Uninformiertheit, folgert die Ärztin, und legt nun eine Broschüre vor, die – als Ratgeber – den Patienten zum mündigen, informierten Partner des Arztes machen soll.

C. KRICZER vertraut nicht den im Spital so oft gehörten Beruhigungspillen: „Es geht schon alles gut“, „Schmerzen? Nein, Sie spüren überhaupt nichts“ u.ä. Sie schockt den Leser schon in der Einleitung mit den Horrormeldungen, die sicher jeder Patient vor der Operation im Kopf hat: „Kunstfehler! 3000 Kunstfehler pro Jahr!“ Eine mutige Offenheit. Ehrlich und geeignet, dem einen oder anderen Patienten mit dem Hinweis auf jährlich über 500.000 gelun-

gene Operationen sofort den Wind des Schreckens aus den Segeln zu nehmen.

Dann beginnt sie – systematisch und kompetent – beim ersten „Geständnis“ von Beschwerden des Patienten vor seinem Arzt. Ihr Hinweis auf Offenheit des Patienten zum Arzt und dessen Verpflichtung, alle weiteren Schritte mit dem Patienten zu besprechen, bauen ein Vertrauen auf, das es dem Patienten leichter macht, alle ärztlichen Maßnahmen zu hinterfragen. Der neue „Patientenratgeber“ übernimmt so in leicht verständlicher und doch fachlich ausführlicher Darlegung die Beantwortung aller Fragen, die einem skeptischen, übervorsichtigen Patienten nur einfallen können. Z.B. Rechtsfragen oder, welche Vorbereitungen der Patient vor dem operativen Eingriff selbst in die Hand nehmen soll (Eigenblutspende, Zusammentragen aller Dokumente, Krankengeschichten etc. für das „Klinikköffchen“). Aber auch das unvorbereitete Opfer eines Unfalles wird durch detaillierte Erläuterung der im Krankenhaus verwendeten Apparate zur Diagnose und Behandlung keine Sorge haben müssen, nicht fachlich kompetent und umfassend versorgt zu werden.

Das Kapitel „Die häufigsten Verfahren zur Schmerzausschaltung“ erklärt dem Patienten nicht nur die Bedeutung von eingehenden Vorgesprächen mit dem Anästhesisten, sondern auch alle technischen Details der Verfahren selbst, der eingesetzten Pharmaka und Geräte und deren Wirkung: Die Vollnarkose, die Regionalanästhesieverfahren („Kreuzstich“, Epidural- oder Periduralanästhesie, Plexusanästhesie und Blockadetechniken). Photos und Schemata ergänzen anschaulich die Erläuterungen. Negative Erfahrungen (Kreislauf-, Herzrhythmusstörungen etc.) werden nicht verschwiegen, sondern offen erörtert, wobei allein die Hinweise auf ihr Erkennen und die Therapie dem Leser Grund zur Beruhigung gibt.

Ein eigenes Kapitel „Die Tage danach“ prognostiziert für den Leser, wie er sich nach erfolgtem Eingriff fühlen soll und welche denk-

baren Komplikationen auf welche Art und Weise behoben werden. Dem Patienten, der in der Intensivstation aufwacht, widmet die Autorin eine ausführliche Schilderung, wie z.B. der Patient mittels „Respirator“ seine eigene Atmungsfähigkeit wiedergewinnt, welche Stufen des „Erwachens“ erlebt werden und mit welcher Fürsorge und medizinisch-technischer Unterstützung das Krankenhauspersonal auf das spezielle Befinden des Patienten reagiert.

Das Kapitel „Ihr Kind im Krankenhaus“ ist von besonderer Einfühlsamkeit geprägt. Es wendet sich an Eltern, die durch die Krankheit ihres Kindes gefordert und geprüft sind. Die lebensnahen Schilderungen der Gefühle, Reaktionen und Verhaltensweisen des kindlichen Patienten, die Ratschläge an die Eltern und Maßnahmen der Ärzte, lassen die liebevolle Hingabe der Ärztin an Patienten wie Eltern im ganzheitlichen Sinn erkennen.

Die Kapitel „Kaiserschnitt“ und „Der alte Mensch im Krankenhaus“ verschweigen nicht, daß hier Risiken vom Anästhesisten erkannt und bewältigt werden müssen, die über die sogenannte Routine hinaus gehen. Umso überzeugender ist jedoch die Art der Offenheit, wie diese Risiken erklärt, die Ängste der Patienten erkannt, verstanden und behandelt werden.

Die Broschüre von Cordula KRICZER beantwortet viel mehr Fragen, als einem Patienten je einfallen könnten. Er wird vielleicht gar nicht soviel medizinisch-technisches Wissen, soviel Risiken und Behandlungsvarianten kennen lernen wollen. Aber, was bleibt, ist unschätzbar: ein (wieder-)gewonnenes Vertrauen in den Arzt als umfassend ausgebildeten Fachmann und – vor allem – als mitfühlenden Menschen, der die Ethik seiner Berufung als Grundlage aller Bemühungen nimmt, seelische Ängste und körperliche Leiden des Patienten zu heilen.

P.HARTIG

KOSTEN DER PFLEGESICHERUNG STRUKTUREN UND ENTWICKLUNGSTRENDS DER ALTENBETREUUNG

Christoph BADELT, Andrea HOLZMANN,

Christian MATUL, August ÖSTERLE

Sozialpolitische Schriften, Bd.4

Hsg. Christoph BADELT

Böhlau Verlag, 1996, Wien, Köln, Weimar

ISBN 3-205-98442-0

2. verb. Auflage, 242 Seiten

Die Autoren – der Leiter der Abteilung für Sozialpolitik an der WU Wien und sein Team – haben mit der vorliegenden Arbeit eine seriöse sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Grundlage für anstehende sozial-politische Entscheidungen gelegt. Wenngleich sich die modellhaften Berechnungen auf die – demographisch bedingt – bedeutende Herausforderung der Politik durch den sprunghaft anwachsenden Betreuungs- und Pflegebedarf älterer Menschen beschränken, so sind die Ergebnisse dieser Spezialstudie auch für weitere, besonders verwandte Problembereiche wie etwa die Kinderbetreuung und –pflege oder die medizinische Versorgung schlechthin, nicht nur methodisch, sondern auch sozialpolitisch höchst interessant und anregend.

Solche, die Altenbetreuung weit übersteigenden Überlegungen der Autoren stehen im Zusammenhang mit einem erweiterten Gesundheits- und Pflegebegriff:

„Während die traditionelle Orientierung in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen eine vorwiegend kurative ist, sind neuere Ansätze in zunehmendem Maße auch von den Prinzipien der Rehabilitation und Prävention getragen. Das Ziel der Bewahrung bzw. Wiederherstellung eines selbständigen, selbstbestimmten Lebensalltags soll auch für hilfs- und pflegebedürftige Menschen im Vordergrund stehen. Die Hilfestellung soll im individuell benötigten Ausmaß und in individuell angepaßter Struktur und Qualität ergänzend und

unterstützend erfolgen und soll jene Flexibilität aufweisen, die es erlaubt, wechselnden Bedürfnislagen Rechnung zu tragen.... Weiters verlangt ein ganzheitliches Menschenbild die Integration medizinisch-pflegerischer und psychosozialer Aspekte in der Versorgung, was in der Praxis der Altenbetreuung (ganz ähnlich wie in der Kinderbetreuung, Anm. E.F.) eine Erweiterung traditioneller Berufsbilder und eine Ausweitung der jeweiligen Tätigkeitsfelder erforderlich macht. So wird beispielsweise eine Hauskrankenpflegeperson, die einem ganzheitlichen Pflegebegriff verpflichtet ist, ihren traditionellen Aufgabenbereich der medizinischen Pflege um viele Tätigkeiten psychosozialer bzw. auch organisatorischer und administrativer Natur ergänzen müssen (vgl. HOLZMANN 1991). Aber auch die Einbeziehung des informellen Sektors, insbesondere pflegender Angehöriger, in der Form der Würdigung und Unterstützung ihrer Betreuungsleistungen seitens der Öffentlichkeit ist unter anderem Ausdruck einer ganzheitlichen Sicht menschlicher Bedürfnisse. Schließlich entspricht es auch dem ganzheitlichen Zugang, den Bedürfnissen der Betreuungspersonen gebührende Aufmerksamkeit zu schenken“ (30).

„Orientierungen und Inhalte der Betreuung finden auch in den Organisationsformen bzw. in der Institutionenlandschaft ihren Niederschlag. „Neue“ Orientierungen finden ihre institutionelle Entsprechung beispielsweise in einer stärkeren Betonung der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung, womit den Klienten ein Verbleib in ihrem eigenen Heim und in ihrer gewohnten Umgebung ermöglicht wird. Doch nicht nur der Ausbau verschiedenartiger ambulanter sozialer Dienste, sondern auch deren Koordinierung im Sinne eines ganzheitlichen Betreuungsangebots ist ein Erfordernis neuer Betreuungskonzepte. (...) Von besonderer Bedeutung ist die Schaffung organisatorischer Voraussetzungen für inter-institutionelle und inter-professionelle Koordination und Kooperation. Sowohl die Zusammenarbeit zwi-

schen dem formellen und dem informellen Sektor als auch die Koordination der Wirkungsbereiche verschiedener Institutionen im stationären und ambulanten Bereich ist Voraussetzung für ein effektives ‚Case Management‘ (d.h. die Erfassung der individuellen Bedürfnislage eines Klienten und die dementsprechende Kombination geeigneter Pflegeressourcen“) (31).

Auch hinsichtlich der für die vorliegende Studie grundlegenden Betreuungsbedürftigkeit könnte etwa für die empirische Erfassung der „Lebensaktivitäten bzw. der ihnen zugeordneten Betreuungsleistungen“ in einer Studie für Kinderbetreuung dasselbe Erhebungskonzept wie für die vorliegende Altenpflegestudie verwendet werden:

„Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege:

- Aufrechterhalten von Körperfunktionen (Atmung, Kreislauf, Körpertemperatur, etc.), · Hilfe bei der Ausscheidung
- Wundpflege, Lagerung
- Mobilisation
- Medikation
- Körperpflege
- Hilfe beim An- und Auskleiden
- Essensversorgung
- Tätigkeiten der Haushaltsversorgung:
- Wohnungs-, Zimmerversorgung
- Tätigkeiten der psychischen und sozialen Betreuung:
- Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung
- Hilfe bei sozialer Integration
- Beaufsichtigung
- Psychosoziale Betreuung“ (36).

Ähnlich aufschlußreich – wiederum nicht allein für den Sektor der Altenbetreuung, sondern auf weiten Strecken auch für die medizinische Kinderbetreuung – sind schließlich die „Konturen sozialpolitischer Konsequenzen“ aus den diversen Kostenanalysen und -prognosen.

Es geht den Autoren sehr konkret um vier medizinische und pflegeökonomische Bausteine für ein gesundheitspolitisches Gesamtkon-

zept mit beträchtlichen familien- und beschäftigungspolitischen Fernwirkungen.

„*Erster Baustein: Eine aktive Gesundheitspolitik zur Verringerung der altersspezifischen Betreuungsbedürftigkeit.*“

„Als erste politische Schlußfolgerung ergibt sich daher die Forderung nach einer raschen und weitgehenden Schwergewichtsverlagerung der Gesundheitspolitik auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Fachliteratur zur Prävention hat hinlänglich nachgewiesen, daß ein Großteil der Krankheitsursachen – und damit auch ein Großteil der Ursachen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit – lebensstilbedingt sind. Gesundheitsförderung stellt demgemäß darauf ab, die Lebensstile der Menschen bzw. die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen zu ändern“ (169 f); und zwar wieder ganz klar: nicht nur der älteren, sondern aller Menschen, besonders auch schon der Kinder, bei deren Erziehung ja bereits viel, wenn nicht fast alles an gesundheitsförderlichen oder –schädlichen Verhaltensweisen grundgelegt wird. In der „öffentlichen Gesundheitspolitik“ geht es hier um eine „Verbesserung der Integration von Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitspolitik, wie sie in den vorhandenen Modellen der Gesundheits- und Sozialsprengel bereits in zukunftsweisender Form praktiziert wird“ (170).

„*Zweiter Baustein: Die Realisierung ungenützter Potentiale zur Kostensenkung.*“

Solche Möglichkeiten sind vor allem kosten-senkende Strukturverschiebungen von den kostspieligeren zu den kostengünstigeren Behandlungs- und Betreuungssystemen: von stationären zu normalerweise ungleich billigeren ambulanten Diensten oder, innerhalb des stationären Sektors, von den mit Abstand teuersten „Akutspitälern“ (Abbau von „Fehlbelegungen“ mit Pflegefällen) zu „alternativen Betreuungseinrichtungen“ wie „Langzeitpflegestationen“ oder „Rehabilitationszentren“ (171), die freilich vielfach erst zu schaffen sind. Diese Überlegungen und Lösungsvorschläge –

durch seriöse Kostenvergleiche für den Bereich der Altenbetreuung massiv untermauert – gelten, wie einschlägige deutsche Untersuchungen nachweisen, annähernd gleichermaßen auch für andere, (etwa Kinder-) Betreuungseinrichtungen.

„*Dritter Baustein: Eine offensive und wohlausgewogene Politik zur Unterstützung der ehrenamtlichen Arbeit.*“

„Die relativen Kostenvorteile des ambulanten Sektors hängen – wie mehrfach dargestellt – eng mit den unentgeltlichen Leistungen des ‚informellen Sektors‘, vor allem mit den Betreuungsleistungen von Familienangehörigen, zusammen“ (173). Das heißt, die Kostensenkungsstrategien im Baustein 2 würden nicht greifen ohne entsprechende Voraussetzungen in einer, den ungeheuren Anforderungen an die Familien entsprechenden, Familienpolitik und –kultur. Die absolut unentbehrliche wie unersetzliche Rolle der Familie, die Gesellschaft nicht nur ständig zu reproduzieren, sondern die Menschen buchstäblich von der Wiege bis zur Bahre durchgehend zu „tragen“, kommt – durch die der vorliegenden Studie verfügbare empirische Datengrundlage zur Altenfrage, ohne Zusammenschau der Betreuungs- und Pflegeleistungen auch an Kindern und anderen Familienmitgliedern – hier fast zu schwach zum Ausdruck. Auf andere Quellen gestützt, darf man diese im sog. „informellen Sektor“ erbrachte Familienleistung annähernd gleich groß oder sogar größer einschätzen als alle entgeltlichen Leistungen aller formellen Sektoren zusammen; bezogen auf den Betreuungs- und Pflegesektor als ganzen, über 90%. Das Volumen außerhäuslicher Betreuung (in Kinder-, Pflege- und Altenheimen) ist kleiner als 10% und dennoch nur mit größter Mühe zu finanzieren.

„Sozialpolitik zur Sicherung von Betreuungsleistungen hat sich deshalb auch auf die Stärkung der familiären Netze und anderer Formen der ehrenamtlichen Arbeit zu beziehen, um einem Abbau der Leistungsfähigkeit

dieses Bereichs (wie bei leider abzusehender Verstärkung der Krise der Familie zu befürchten, Anm. E.F.) entgegenzuwirken.“

Auch die Diskussion der Plausibilität der Kostenprognosen machte klar, wie stark die künftige Kostenentwicklung durch Veränderungen in der Leistungsfähigkeit der familiären Netze nach oben wie nach unten relativiert werden könnte. Eine dramatische Reduktion der unentgeltlichen Arbeit würde wohl die Betreuung alter und hilfsbedürftiger Menschen völlig unfinanzierbar machen (173).

Eine Reihe von vorgeschlagenen Maßnahmen im Rahmen dieses Bausteins zur Sicherung der familiären und anderer Formen ehrenamtlicher Arbeit gelten der sozialen Absicherung der Pflegepersonen, die zurecht als „Schlüssel zur Sicherung der Betreuungsleistungen“ (174) gesehen werden.

Im Hinblick auch auf den vierten Baustein meinen die Autoren: „Ein ‚Welfare Mix‘ in dem Sinne, daß öffentliche und private Verantwortung für betreuungsbedürftige alte Menschen geteilt wird, ist sowohl im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung als auch für deren Finanzierbarkeit als das einzig praktikable Zukunftsmodell zu betrachten“ (173).

„*Vierter Baustein: Die Klärung des Ausmaßes der öffentlichen Verantwortungen samt Klarstellung der finanziellen Implikationen.*“

Obwohl – dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend – zurecht nicht von vornherein, sondern erst nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten im familiären, beruflichen, nachbarschaftlichen Bereich, an den Staat als Träger von Betreuungsleistungen gedacht wurde, wird – so das letzte Ergebnis der ausgiebigen Analysen und Prognosen der „Kosten der Alterssicherung“ – eine Zunahme der öffentlichen Ausgaben für die Altenbetreuung – und damit auch der steuerlichen Belastung – in Kauf genommen werden müssen“ (175). Denn selbst wenn sozialpolitische Entscheidungen zur Sicherung stärkerer privater Finanzierung der vor allem nach 2010 durch die demographische Entwicklung

zu erwartenden explosionsartigen Zunahme der Betreuungskosten rasch getroffen werden, wird sich das Problem sozial schwacher betreuungsbedürftiger Menschen stellen.

Das Ausmaß des öffentlichen Engagements in der Altenbetreuung – ob die Verantwortung des Staates, der Länder oder Gemeinden für eine „Vollversorgung“ oder, wie im Falle der Pensionsversicherung, nur eine Teilversorgung oder in der Kinderbetreuung nur eine subsidiäre Marginalverantwortung (für Kindergärten etc.) eingegangen wird – bleibt freilich eine politische Entscheidung, die von den Autoren deshalb rasch eingefordert wird, weil jeder Übergang auf private Vorsorgen, wie aus der Pensionsvorsorgedebatte hinlänglich bekannt, der Ansparleistungen einiger Jahrzehnte bedarf.

Alles in allem darf die vorliegende Studie über „Kosten der Pflegesicherung“ als gelungenes Modell einer nicht nur ganzheitlich gewissenhaft durchdachten, sondern auch empirisch gut abgesicherten Grundlage zeitgemäßer Politikberatung gewürdigt werden; für Sozialpolitiker i.w.S. zweifellos Pflichtlektüre, aber auch für Studenten und Praktiker auf allen Teilgebieten – Medizin, Ökonomie, Sozialwissenschaft – und erst recht für interdisziplinär Interessierte unbedingt lesenswert.

E. FRÖHLICH

DER VERWUNDETE ARZT – EIN PSYCHOGRAMM DES HEILBERUFS

Peter GATHMANN

Claudia SEMRAN – LININGER

Kösel Verlag, 1996, München,

ISBN 3-466-34360-7

285 Seiten

Der Mythos vom Arzt als Heiler, seiner Macht und oft nur vorgestellten Größe wird im Buch von Univ.Doz.Dr.Peter GATHMANN, der leitender Oberarzt der psychosomatischen

Station der Uniklinik Wien ist und Dr.phil.Claudia SEMRAN-LININGER, Chefredakteurin einer medizinischen Wochenzeitschrift, einer behutsamen und scharfsinnigen Analyse unterzogen. Der Arzt ist bestenfalls erst auf dem Weg, ein echter Heiler zu werden, lautet die These der Autoren. Die Hindernisse auf diesem Weg aufzuzeigen, ist Aufgabe des Buches.

Die Grundfrage, die dabei gestellt wird, lautet: Wer wird aus welchem Grund Arzt? Die Frage, die vorerst leicht zu beantworten scheint, eröffnet bald ein breites Problemfeld für religiöse, philosophische und psychoanalytische Betrachtungen. Die Frage nach dem Arzt, dem Heiler, ist zugleich die Frage nach der Liebe und damit auch ihrem Verwundetsein.

Anhand einer Typologie werden Medizinerkarrieren einander gegenübergestellt und hinterfragt: Anästhesisten zwischen Anpassung und Burnout-Syndrom, Kinderärzte auf der Spur ihrer eigenen, gefährdeten Kindheit, Praktiker, die den autoritären Strukturen der Krankenhäuser entgehen wollen und sich in aufreibender Krankenscheinjagd verbrauchen.

Eines der Hauptanliegen des Buches ist es, den Typus des intuitiven Mediziners, der fähig zur ganzheitlichen Betrachtungsweise seiner Patienten ist, herauszuarbeiten. In einfühlsamer und nüchterner Weise wird die Angst des Mediziners vor seiner eigenen Verletztheit, seiner eigenen Neurose transparent gemacht. Die zentrale Hypothese lautet: Wir wählen kompensatorisch aus unseren Defiziten heraus unsere Berufe oder, anders ausgedrückt: Wir werden dorthin berufen, wo noch ein Reifebeweis zu erbringen ist und wo noch Entwicklung im eigenen Menschsein angesagt ist. Gefahr droht, wenn die eigenen Defizite tabuisiert werden

und in den Aktivismus einer mechanisierten „Machermedizin“ münden. Heilung im umfassenden Sinn wird nach Ansicht der Autoren nicht vom Heiler bewerkstelligt, sondern durch ihn ermöglicht. Voraussetzung dafür ist die Aufdeckung und Akzeptanz der Verwundungen seelischer Art sowohl beim Arzt als auch beim Patienten. Weiters kommt das Verhältnis des Arztes zu Berührung und zum Berührtwerden zur Sprache. In Berührung mit sich selbst zu kommen, Kontakt mit allen Ebenen des eigenen Seins herzustellen ermöglicht erst, ein Heiler zu werden – einer, bei dem die Berührung zur wahrhaftigen Geste heilsamen Wirkens geworden ist. Im Zusammenhang damit werden die Familienstrukturen werdender Ärzte durchleuchtet und ihr Einfluß auf das spätere Arzt-Rollenbild aufgezeigt. In wiederholter Bezugnahme auf die Tiefenpsychologie C.G.JUNGS wird erhellt, daß das gleichzeitige und befreite Wirken von Animus und Anima, den männlichen und weiblichen Wesensmerkmalen im Menschen *conditio sine qua non* für die Integrität des Menschen, des Arztes und der Medizin im allgemeinen sind. Kulturhistorisch fundiert wird erklärt, wie die westliche Medizin zur Medizin der „Götter in Weiß“ werden konnte, und wie die Verdrängung des Femininen aggressives Spezialistentum förderte. Gegen Schluß des Buches unternehmen die Autoren den Versuch, über das rein Faktische hinauszugehen und konkrete Visionen für eine Gesundung der Medizin und der Mediziner zu entwerfen, nicht ohne dabei die Selbstverantwortung des Patienten außer acht zu lassen. Als ein Buch, das zum verbesserten Dialog zwischen Ärzten und Patienten beitragen kann, sei es jenen und allen Interessierten empfohlen.

B. KUMMER